



Esmeralda Jiménez Jiménez

Dr. Romeo Suarez Martínez

Mapas de Cardiología

Cardiología

Grado: 5°

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 7 de Noviembre de 2024

ESTENOSIS TRICUSPIDEA

Etiología

- ▶ La principal causa es reumática

Clinica

▶ Insuficiencia Cardíaca Derecha

- Ingurgitación yugular
- Hepatomegalia
- Ascitis

▶ Debajo del Crasto

- Debilidad muscular
- Astenia

muy bien



Fisiopatología

- ▶ Se produce un aumento de presión en la AD que provoca congestión venosa

Diagnostico

- ▶ Midiendo el Area tricuspide o por el CI medio diastolico (>2 mmHg)

ECG

- Crecimiento de la AD

Radiología

- Cardiomegalia por Crecimiento de AD

Tratamiento

- Dieta baja en Sal
- Diureticos

Cirugia

↳ Px con ET severa
(gradiente 25mmHg)

→ Px asintomaticos que se van operar de otras valvulas.



ESTENOSIS AORTICA

- Obstrucción a la eyección de VI que puede localizarse en:
 - Plano Valvular → E. Aórtica Valvular
 - Por debajo del mismo → E. Subvalvular
 - Por encima → E. Supravalvular

FISIOPATOLOGIA

- Obstrucción de salida de la sangre del V.I en sistole.
- El aumento de la poscarga en la hipertrofia Ventricular mantiene la función sistólica del V.I, que afecta lo diástole.

CLINICA

- ▶ Angina → 50% asociado a coronariopatía. Mas frecuente
- ▶ Síncope → (De esfuerzo).
- ▶ Disnea → Aparece el pronóstico vital es de 2 años

- Ventricul
1240 y rd.
+ atelectas

PRUEBAS

- Electrocardiograma → Complejo de QRS incrementado
- Radiografía de tórax → Silbeteo cardíaco
- Eco + Doppler → Área cardíaca y Velocidad del Flujo Sanguíneo
- Ecocardiograma → Morfología Cardíaca

TRATAMIENTO

- Depende del grado de severidad de la estenosis
- Valvuloplastia aórtica
- Ho Quirúrgico → prótesis mecánica, biológica y valvuloplastia

Estenosis Mitral

Definición:

Consiste en la reducción del Orificio valvular mitral a menos de 2cm^2 , con obstrucción del flujo de entrada al Ventriculo Izq.

► Condiciones Normales

Apertura mitral es de $4-6\text{cm}^2$

► Moderada

$1-1.5\text{cm}^2$

► Estenosis mitral ligera

$1.5-2\text{cm}^2$

► Severa

Por debajo de 1cm^2

Etiología

- Reumática → La + frecuente
- Congenita →
- Degenerativa → Personas Avanzadas

Fisiopatología

- Área Valvular está $< 1-1.5\text{cm}^2$
- Presión de la Aurícula Izq aumenta y comienza las manifestaciones clínicas → **Diseña de esfuerzo**
- Caída de FA → ↑ de FC y pérdida de la contribución de la Contracción auricular al llenado ventricular.
- Rotura de pequeñas venas pulmonares, congestionadas por el ↑ de presión → **Hemoptisis**



+ → Fibrilación auricular (12%)

Endocarditis NO Infecciosa

La endocarditis trombotica no bacteriana o no infecciosa afecta a pacientes de edad avanzada o que presentan una enf. en estadio terminal → principalmente

- Neoplasias
 - adenocarcinoma pancreatico
 - adenocarcinoma pulmonar
 - tumores linfomaticos

Las Valvulas izquierdas estan sometidas a una mayor sobrecarga mecanica

↳ por lo que presentan:

- Pequeñas erosiones en su superficie que favorecen la trombosis

Estos pequeños trombos se desprenden con facilidad, originando

• Infartos en multiples localizaciones:

- Cerebro
- Riñon
- Bazo
- Intestino y
- Extremidades

Tratamiento

- Anticoagulación
- Manejo de trastorno subyacente

↳ A menos que las Imágenes Cerebrales encuentre una lesión propensa a la transformación hemorrágica el tx debe incluir **anticoagulación** por tiempo indefinido con **Heparina**

Consecuencias del estado de hipercoagulabilidad se produce el depósito de:

- Fibrina
- Plaquetas y
- Eritrocitos en los velos Valvulares del Corazon

↳ Produciendo verrugas o Vegetaciones

↳ Asientan sobre

• Valvulas dañadas

• y sobre se ↓

↳ Mitral y la Aórtica

Diagnostico

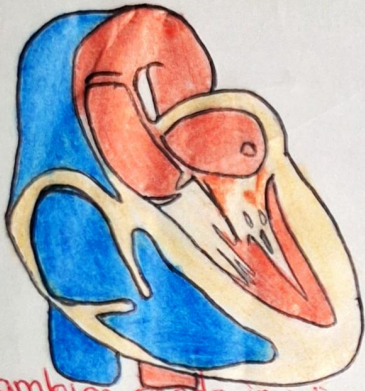
• Debe sospecharse en px con enf. crónicas que presentan síntomas compatibles con una embolia arterial.

Deben obtenerse

- Hemocultivos seriados y
- Ecocardiograma

Endocarditis Infecciosa

Es una infección intracardíaca, de origen bacteriano en la mayoría de los casos, cuya lesión más característica son las **Vegetaciones**.



Pueden localizarse:

En una o más válvulas cardíacas e involucrar tejidos adyacentes como:

- Cuerdas tendinosas
- Endocardio mural
- Miocardio
- Pericardio así como afección endovascular remota.

También puede implicar cuerpos extraños intracardíacos

- Prótesis
- Desfibriladores
- Cables de marca pasos

Etiología

Principales vías de entrada: **Cambios local, piel y vías respiratorias superiores.**

Microorganismos asociados:

- ▶ Staphylococcus (especie + común)
- ▶ Streptococcus
- ▶ Bacilos gram -
- ▶ Hongos
- ▶ Organismos HACEK

Haemophilus P.
Actinobacillus A.
Cardiobacterium H.
Eikenella Corrodens
Kingella kingae.

Fx de Riesgo

- ▶ Paciente portador de una **prótesis valvular cardíaca**
- ▶ Pacientes con **enfermedad Congénita Cardíaca**
- ▶ Pacientes con **Post Transplante Cardíaco** que desarrolla **Valvulopatía**
- ▶ Paciente con **Valvulopatía adquirida** con **estenosis o insuficiencia**

Manifestaciones Clínicas

▶ Fiebre

▶ Fatiga

▶ Hemorragias en Astilla.

▶ Escalofríos

▶ Soplos Cardíacos e Insuficiencia

MIOCARDIOPATIAS

Miocarditis

Consiste en la afectación cardíaca por un proceso inflamatorio.

Etiología

La causa más frecuente es la infección viral. También puede deberse a otras infecciones (bacterias, hongos, parásitos - Chagas - VIH). Otras causas son las enfermedades autoinmunes, fenómenos de hipersensibilidad (farmacos, fiebre reumática), radiación, etc.

Fisiopatología

El daño miocárdico puede ser causado por invasión directa del miocardio, producción de una toxina miocárdica o mediación inmunológica.

Miocarditis vírica

Producida por Virus Coxsackie B; es la más comúnmente llamada idiopática. Afecta a poblaciones jóvenes con mayor frecuencia.

Clinica

- Generalmente se asocia a pericarditis (dolor de características pericardíacas, fiebre).
- Varía desde un estado asintomático hasta la insuficiencia cardíaca congestiva rápidamente mortal.

Diagnóstico

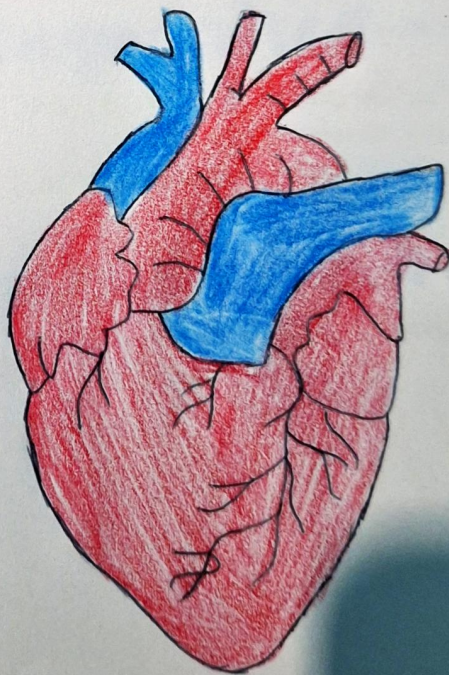
► La exploración física es normal o inespecífica

- ECG
- Laboratorio
- Radiografía de tórax
- Ecocardiograma
- Biopsia

Tratamiento

Sintomático

Tratar la insuficiencia congestiva y las arritmias si se presentan.



Miocardiopatía Restrictiva.

Insuficiencia cardíaca fundamentalmente diastólica debida a rigidez de pared ventricular por infiltración y fibrosis. Está comprometido el llenado diastólico al final de la diástole.

Etiología ——— Clínica

- Primaria o idiopática
- Infiltrativa (amiloidosis, sarcoidosis, hemocromatosis)
- Enf. por almacenamiento (Fabry, depósito de glucógeno, Gaucher, Hunter)
- Carcinoma, metástasis

- Intolerancia al ejercicio
- Astenia
- Disnea
- Dolor precordial
- Insuficiencia Cardíaca derecha

Exploración Física

- Signos de congestión pulmonar y periférica (edemas, hepatomegalia)
- Signo de Kussmaul
- A la auscultación, se puede existir tercer ruidos, cuarto ruidos o ambos.

Funcionalidad → Distorsión Diastólica
Volumen VI → No ↓
FEVI → 50% - 60%

Espesor Parietal → No ↑

↳ Diagnóstico ———

- ECG → Ondas de bajo voltaje y alteraciones inespecíficas del ST y la onda T
- Radiografía de tórax
Silbete cardíaca normal o ligera cardiomegalia

Tratamiento

- El tratamiento es el de la Insuficiencia Cardíaca diastólica



PERICARDITIS

FISIOPATOLOGIA •

Pericarditis aguda: inflamación de la cavidad pericárdica. Ritmo irregular y podría causar taponamiento cardiaco.

Pericarditis crónica: constrictiva pasa por la aparición de un tejido fibroso alrededor del corazón que lo comprime e impide su normal dilatación.

Etiología •

Infección viral o bacteriana, aunque también puede estar asociada a:

- Causas idiopáticas o inespecíficas
- Ent. sistémicas como el cáncer, la insuficiencia renal, la leucemia, el VIH, la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico o tuberculosis.
- Patologías o cirugías cardíacas

Diagnostico •

- Auscultación cardíaca
- La Radiografía de tórax y una ecocardiografía pueden revelar la presencia de líquido en el pericardio
- Análisis de Sangre: leucemia o el VIH.
- Hemocultivos: detectar bacterias o microorganismos

• Cuadro Clínico

- Dolor torácico
- Disnea
- Hipotensión arterial
- Shock
- Edema
- Taquicardia

• Complicaciones -

- ▶ Taponamiento cardiaco: hipertensión
- ▶ Derrame pericárdico: líquido comprime el miocardio, limita su capacidad de bombeo, y en consecuencia, hace que se disminuya el gasto cardíaco con cada contracción.

• Tratamiento

AINEs: Ibuprofeno 400-800mg c81H por 10-15 días.

Indometacina: 75-225mg diarios por 10-15 días

COLCHICINA: 0.6mg 2 veces al día o con Ibuprofeno en caso de recurrencia.

Dolor persistente: AINEs, Colchicina o Glucocorticoides → 1-1.5mg/kg/día 4sm

TAPONAMIENTO CARDIACO

Síndrome clínico generado por aumento de la presión intrapericárdica por acumulación de líquido en el saco pericárdico.

Etiología

- Pericarditis Idiopática
- Pericarditis Neoplásica
- Pericarditis Crémica

Fisiopatología

Alteración del llenado Diastólico Ventricular

- ▶ Presión venosa elevada: Congestión venosa sistémica y pulmonar
- ▶ Disminución del Volumen latido:
 - ↓ del gasto cardíaco -
 - ↑ la presión.

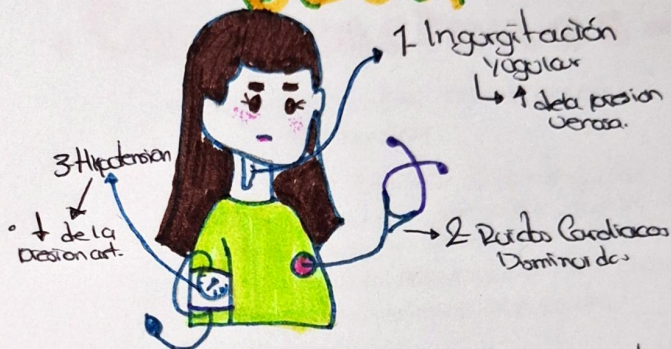
Clasificación

- Agudo** → Se genera en minutos por traumatismos, rotura de aneurismas.
- Subagudo** → Secundario a pericarditis neoplásica, urémica o idiopática.
- Regional** → Secundario a derrame exentrico localizado o Hematoma localizado.
- Baja presión** → Hipotensión Grave.

Tratamiento

- ▶ Pericardiocentesis

TRIADA DE BECK



Es la triada clásica del taponamiento cardíaco

CLINICA

- Ingurgitación yugular
- Taquicardia sinusal
- Pulso paradójico
- Hinchazón facial
- Sudoración
- Obnubilación mental.

Diagnostico

- **Cuadro Clínico**
- **Electrocardiograma**
 - Alternancia eléctrica de P, QRS o T disminuido de la amplitud del QRS
- **Radiografía de tórax**
 - Cardiomegalia cuando el líquido acumulado es > 200 ml

① Diuréticos y Vaso dilatadores