

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**CAMPUS COMITAN DE DOMINGUEZ**

**Nombre del Alumno:**

Ugarte Venegas C.de Jesus.

**Catedratico:**

Dr. Juan Carlos Gomez Vazquez.

**Asignatura:**

Cardiologia.

**Evidencia/ Actividad:**

Resumenes precisos de la unidad.

**Semestre:**

Quinto Semestre, Unidad No.3.

placa de ateroma → fenómeno de rotura o erosión con trombos subyacente a una  
se añaden espasmo coronario y embolización distal de tray trombo.

**Angina Inestable.** Grado de obstrucción de la Luz determina ST

SCA CEEST acentuado > 20 min (habitualmente obstrucción completa, abundante  
7-12 mortalidad hospitalaria que sin elevación.  
Trombina y suero infarto transmuro

→ + madurez S-L mortalidad (Se ignora Gases, 12-1)

SCA CEEST obstrucción subtotal o total intermitente x embolización distal de  
tray de trombos neo en plaquetas. Se sospecha que determinen focos aislados  
de Neerros rodeadas de zonas con inflamación mixocárdica con su ↑ Trepomina

→ a lo largo es sup, afecto con ↑ Frec a niveles de edad con comorbilidades  
(↑ carga de inf coronaria) ↑ tasa de reinfartos y de isquemia recurrente  
en Ephenol → Inervación Atípica

EH6 en Proposo primeros 10 min

apetiv cada 4 h hasta dolor, aumentando con interval, 6 y 24 hrs y antes al tar  
A mayor no disminuciones y Amplitud → Per primos fue.

Onda T negativa mejor primos fue, salvo inversión profunda en las  
pueriles. Sin eleva → normal 2-3 días

↑ Trepomina (per primos fue)

Flaccun Trepomina Cardiacapartur (si es negativa apetiv 6-12 hrs,  
salvo > 12 hrs ciclo anginoso).

Cuadrante y TFE en ER.

Eco en Sin elua, para axial FEVI ↓ = per primos fue

Rx Mortalidad Gase, Tm, Persut.

Crosade → Rx Hemorragia → No.

IBP de dificultad  
de mantenerse en el  
Clapado que.

Ho. ingreso y aporo

Plantone EH6 48 hrs tras revascularización, oxígeno en isquemia  
o Sat O2 ↓ 40%.

Doler → Hefiner.

Bradycardia o Cardia Vagel → Ahipm.

en Bypass segunda Clopid 3 días antes para curar Sangrado

Noble Terapia Antiagregante

AS 160 325mg, segunda 75-100 mg de puer ruda.

Clopidogrel 300-600 mg en ACTD urgente

→ manteniendo 75 mg hasta en 12 meses

Tras SCASEST Póble Tiempo antagagante 12 meses → en re bajo nemingue.

Paukhal. Hupa No tuce W, Enoxaparin SC (lipum 4 peso mol)

Fondaparinux (inh fue x act SC) en 9 re sugudo como en anuinos

Bivalirudina (inh dicee tumbina W) en pcedueto muanne agute

Ho Antagagoso → B bloqumtes (no en luso (d))

Les qe no ls toleran → Calcio antagagmtes -

No Vasocau tuce (B-B, en Pnometul)

SCACEST → IAM clauso

SCASEST → IAM subendo cardico, microinfarto o angina inestable

reosus + Fue de IAM

Trombons Coronaria epicardica + hialitad, xoptura placa Akroma.

IS min tras oclosure coronaria completa → reosus micocárdico

- embolia coronaria
- Vasospasmo
- dicee act coronario, - luto gume
- antitrombin quies

(Clíma: Poder qe no cede al reposo ó Nitroglicerina, + luto qe Angina.

Sintomas vegetativos (sedación fría, náuseas, vómitos, ansiedad y sensacón de de male inminente

En reposo, + Fue en Primera hora del día (act supetua, cambios circulatorios conplexión y act plaga fana)

max maldad tras 2 hrs las inicio sintomas

EF

Hipertrofia supetua ó pansupetua. Sy distensión Ventricular: retractoros, angulo apical aument, ↓ m luso de mides corchucas, disdoblamiento segudo mde, ectores apitantes. Tu sem → Fe bnecha

Sople en apex de LM origen capemio

o luso mde → intento VD o Refrta corchucas en Taponamiento

- 1 No insu cardíaco **Clasi 1h/1p**
- 2 Insu cardíaco leve (ceptantes, 3R, congestión pulmonar).
- 3 Edema agudo de pulmón
- 4 Shock cardiogénico.

### Tto en fase Forrester.

- 1 Aconsueto O<sub>2</sub> con BR
- 2 Diuréticos
- 3 Tipo de IAH VD → ↑ precarga con liq
- 4 Tipo Shock Cardiogénico ↑ G<sub>l</sub> con aminas, vasodil / ↓ precarga con diuréticos y vasodiladores

EVG no normal incluso en 15 min

evaluar VD V3R ó V4R **sobre todo en IAH inf**  
con post V7, V8, V9

isquemia T negativa simétrica

Infarto ó necrosis onda Q

Onda T (isquemia miocárdica)

Lesión ↑ ST

+ pérdida o isoelectrica: isquemia subendocárdica

- negativa isquemia subepicárdica o transmural

Seg ST (corrient lesion miocárdica)

↓ subendo

↑ subepi

Q patológico necrosis miocárdica transmural (concluyente)  
sin Q (limitados subendocárdico o No transmural).

**SACEST**

localización isquemia

**Evol EKG IAH**

1. T altas perdidas, elevación ST, - onda T  
se va completando necrosis → ST isoelect, se demuestran Q en donde se eleva ST

\* **Aneurisma Ventricular** ST persiste en zonas de necrosis

Sin onda Q → temblores miocárdicos en rx, + fue alguna persistente y Reinstante.  
regulación activa en contracción

**Fluoridos de elección** Timpoma Cardioespantico Tó 1 (ante 3, 4 hrs)  
flahe 2 sem

→ PB muy expectancia. ↑ 81. muy curado.

(PB enzim. t. muscular (otras, cerebro, intestino o glan. reinales)

↑ 4-8 hrs y desaparece 48-72 hrs

Plasoglobina ↑ ~~pr~~ 2 hrs, permanece 24, res soluble o expectancia

Ita (Perforación puer. (-12 hrs)

El 6 agente

Origen Escaramecha repaso en cama 7ms 24 hrs (+ en 16)

Dolor nervinos IV u opiáceos, **Antitrombotico** (metilclapramida)

exista AINES → protromboticos, ↑ riesgo cardiovascular, reinfarto, muerte.

Control PA y perforación puer. (Antitromboticos y B-B en ausencia IC)

Bradicardia → Atropina IV

Antitrombotico en PST

Lo antes posible 160-325mg AAS **aspirina** **irreversible** (sin recubrimiento de protección entérica, o IV) 70-160mg **de pr** **vidua**

ACTP angioplastia Coronaria Transcatal percutánea → **Primer**

**Perforación** (entre 2 hrs del primer cateterol)

→ Tiempo "Puesta-Batón" < 90 min

~~Trombolisis~~ **Trombolisis o Fibrinólisis** en los 30 min es lo mismo

No especificas Fibrina

- Estreptococcus; estreptococo, antigénico puede dar lugar a alergias

- **Anistreplase** **Urokinasa** → deshecho → desuso.

Especificas Fibrina (obligatorio concomitante con Heparinas)

- Alteplase (cat. tis. plasmínico)

Preteplase

Tenecteplase → **Bolus** **unico**

ACTP en Shock cardiogenico o cardiogenico Fibrinólisis

**Recomendación** **Coronangiografía** a pr. sometidos a Fibrinólisis eficaz, entre 3 y 24 hrs

# Pericarditis (CTO)

Agudo < 3m  
Crónico > 3m

- 25% recurrente
- 5-28% Taponade
- 4% Constricción

Según Eco - Seca  
- con derrame  
- con o sin Taponade  
- Constricción.

- Dolor precordial
- Frote pericardico
- Cambios EKG sugestivos
- Derrame pericardico

Sospecha de 2/4

Dolor sin timpor. Retroesternal en Pericardio parietal, pleurítico, ↑ en inspiración profunda, con tos, ejercicio, irradiación supracardíaca, disminuye al inclinarse hacia adelante.

Frote uído al pasar mano, se escucha mejor en borde esternal izquierdo con pulmón inclinado hacia adelante en expiración, put en sístole.

EKG precoz de 1 Uhl:  
E I 80% casos (hasta 2 sem) ↑ de ST, depresión PR en mismas derivaciones.  
Estadio II (1-3 sem) resuelve PR y ST. Alzación T (Si o aplanada)  
E III (fines 2-3 sem) inversión T  
E IV (> 3 meses) se normaliza todo.  
→ 1 mes sem fin infarto

Sx Dressler y postpericardiotomía etio inmunológica  
Fiebre, pericarditis, pleuritis, neumonitis y artralgias  
Free de anticardiolipinas  
→ post de cirugía.

Ent T. conetiva LES y AR, free de derrame pericardio anatómico, pero a veces pericarditis aguda.

Progenar en inmunodeprimidos postop, rotura esfago hacia pericardio.

Tb. Uremia por con un R. Terminal, tendiendo a ser fibrinoso o hemático.

Denomina **Pencárdico** > 50 ml síntomas dependen de la cantidad ml  
 e intensidad de molestias, por pencárdico, se impide aspirar o **sg Ewart**.  
 (ruidos y sople tuberos en vértice de la escápula y en dorsum grande)

Pro Tarea Reestructuración laboral en "modelo de competencias" o "competencies".

ERG juga sinusul, Jwal QRS.

EcoCar **Análisis de perfil** para contar y distribución, sí o no de temporada  
**Análisis de** Suplemento  $\rightarrow$  Tb o no suplementa, cuantos **FR** ayudo o creencia

16 the disks  $\{p_i\}$  and  $\{q_i\}$  are constructed

Adenosindezinmina (ADZ) es muy sugestivo, aunque no definitivamente  
(el uso en tratamiento bajo (30%) es para estudios activos de terapia).

Tipos de Curvaturas: acomodación de la curvatura general de la columna; con suficiente rigidez para comprometer el traslado de curvaturas ventra y compresión extrínseca

Principles of Neurophysiology

Innocent life in paradise & experiments in prison.

Comprime  $\rightarrow$  del, porque aumenta después ventriculo en diastole, ya es cuando se tiene la presión más baja  $\rightarrow$  producen **cargas tan sistemáticas**  
↓ bc

Mecanismo de compensación Act Simpática y Eje RAH por T6L y posterior part. cualquier pseudotumor puede desencadenarlas.

Cholera + Free Neoplasm & Idiopathic

Teg progredi en paises en desarrollo

**Clinica** de inicio de la ICG y congestión venosa. **EF** p. 4er y 9º

- Hipotensión art
  - Taquicardia
  - Oliguria
  - T.p. venosa central
  - disnea con apnea
  - cefalea hipotónica
  - edema pulmonar
  - síndrome de shock
- expansión vel. en vena o surge por el colapso de las venas
- Centinela de shock → poder shock

*Pencardoteksis; panuon, ventura*

Cd de tipificación completa (de la diastole).

aprisionalmente del corazón, destacar la diastole.

**Percarditis (crónica) Constructiva.** dificultad de llenado ventricular, ventrículo obliteración de la cavidad pericárdica con t. de granulación, fibrosis y calcificación del pericardio (proceso fibroso) prelo post

pericarditis aguda o subaguda o como cról de membranas crónicas.

Vel de agitación ↓

Etología **mayormente descarta**, con t. fue Tb.

**Antes Angioma Sistémico**

angioma sistémico

hipo-oxígeno → t. agudo + distensión hipótica → **Centaridre con líneas escleras**

Por distensión hipótica y angioma sis, con angioma sistémico, **Siempre prima en Pericarditis Constructiva.**

Antes

Sig distensión → angioma sistémico a la pared del pt.

• Chocado o golpe (knock) pericárdico, no confundir B3

**EHL** ↓ vel EHL, aplanar e inversión T y fue P. mitral y F.A.

Por 80% calcificación pericárdica → **mejor en TC**

Eco engrosamiento pericárdico **Tono y Cardiacorenano** más Kaldor.

**Cardioma No Necesario**

**No Pericardectomía** único definitivo; puede longitudoalmente en pericardio, extirpación del mismo.

**Hereditaria Dpantoma 5-10%**

Señales clínicas Vegetación infecc que afectan en endocardio; valvulas, papilares, tendinoso, marcapulsos o destituidos

## EI (Apuntes)

Los métodos en Cardiacopatías predominantes Leven revelan 10%

→ Prevalencia cardíaca, semitras (cácteres interna, lucha ex, alimentación positiva, hemodilución)

+ Free S. aureus

→ estrucción coagulación negativa, principal 80% señal valvular posterior pura

→ Staph., Streptococcus Viridans (cardíaca oral) Gallotylus (S. bovis)

→ Staph. aureus.

→ prevalencia en sujeto obliga a Colonización ca Endo, actinomyces, distritado

→ E. faecalis 90% que cum en

valvulas actin pericardio en implante transcateter.

Gallotylus

Con cultura negativa Consumo para antibio (estreptocócos)

Inequidad de accer Coxiella burneti, Legionella, Bartonella quintana, Brucei, Mycoplasma y Aspergillus.

Crecimiento dentro o exigente (mantener al menos 2 sem)

HACEK Genim Bacilos de cardíaca oral (alta line embólica).

Haemophilus parvulus parvifluente, parviphilus.

Acinetobacter actinomycetomcomitans.

Cordobacterium

Enterella condens → medicador hemencia.

Kingella kingae → ostomielitis y artritis artrica en 2 años y

Endocarditis en niños y adultos.

## Clinica

+ Agresivos S. aureus ayuda dada la infección destruye valvulas, myocardium, → IC y embólicas.

- Agresivos Viridans o HACEK, si ayuda + apomac inmunes.

- Fiebre 90% + Free

- Síntesis nro o supravivencia prev >85%. (Método 80-45%) → aórtica.

- Fluoración 25%, erupción 10%.

Hemorragia infect en artritis 8%.

Hematuria infect en artritis 5%. Nódulo Osler, guberna, planta, palpitos.

Hematuria infect en artritis 5%.

→ Fue Rx <sup>like been > 10 m, monies</sup>  
<sup>mitral, aortic</sup>

*Principales cultivos Enrichment (20-30-1)*

2ML extracardíacos + Fue

*Candida Der* → principal *S. aureus*, + Fue *Triclosan*,  
the enrichment selectio *palmer*, de con eco *transloc*.

*Asociada a Válvula protésica* der con *S. epidermidis* → *forma biofilm*

↓  
*También en Intercardíacos*

*Candida* → *dx ex*

en Cure de Válvulas *Cultivo + PCR (Gold Standard)* *nutrient* *valvular*.

*Eco Translocación* *tra protésica valvular*.

*Translocación* *Cephe* 5-7 días *inicial negativa*, *tarde* *en*  
*unos* *lallucos*

*RM* *no* *cata* *de* *Noke*

*Angio RM* → *repor* *poder* *de* *microscopio* *microscopio*

*Abdominal* → *Enrichment* *experiencia*, *luna* *experiencia* *en* *forma*  
*de* *cultivo*.

*1to* *Bacterias* *der* *al* *III* *4-6sem*, *6* *par* *valvular*  
*protésica*.

*Empirica* → *ratia* *cloxacilina* + *amp* + *gent* *menodisa* *der* *infecto*  
→ *protésica* *vanco* + *ritam* + *gent*.

*Establecimiento* *gent* + *Ritam* → *un* *disponible* *biofilm*.

*Mejora* *a* *B-luc* → *Vanco* *o* *Rap* *tomicina*

*Previamente* *valvular* *se* *mantene* *experiencia* *transloc*  
*der* *sem* *pe* *estable* → *nunca* *infecto*

*El* *der* *S. aureus* *cloxacilina* *monitoreo* *2* *sem*

Fluclorax en procedimiento odontológico (enema preoperatorio o postoperatorio) en gastroenterología.

Amoxicilina o Augmentin (clindamicina en odontología) 30-60 min antes.

Cefazolin intravenoso antes de intervención quirúrgica, se aplica en procedimiento quirúrgico y a los 48 hrs.

Profilaxis de S. aureus → Mupirocin local y  
Clorhexidina en pastillas

Metformina 15-20% S. aureus 40%  
40% a 8 años

Neisseria y Streptococcus <10%.