

Válvulas { 2 **auriculoventriculares**: tricúspide y bicúspide.
2 sigmoideas o semilunares: **pulmonar** separa VD de arteria pulmonar y **aórtica**: VI de aorta.

ICC: clasificación de la NYHA: I: no s/s, II con ejercicio importante, III leve y IV en reposo.

Alteración de la postcarga: fuerza que se opone el vaciamiento cardiaco: HTA, HT pulmonar, estenosis arterial.

IC izquierda: disnea, ortopnea, fatiga, edema pulmonar, oliguria, diaforesis... ICD.

ICD: por causa aguda (embolia pulmonar, infarto derecho) o por ICI: ingurgitación yugular, edema, derrames pleurales, ictericia, ascitis...

Mecanismo de Frank-Starling: redistribución sanguínea, acude más al corazón que se distiende más y se contrae más. Así mejora el gasto cardíaco dentro de unos límites.

Cribado de HTA: c/2 años si normal ($\leq 129/84$) y c/año si normal alta ($\leq 139/89$).

AMPA: para diagnosticar HTA son 5 menos: $\geq 135 \geq 85$. Si es de bata blanca \rightarrow valores superiores.

2 medidas c/12h, 4 días descartar primeras del día ó 7 días no descarta ninguna. (\leftarrow Diagnóstico)

Seguimiento 3 días más.

Efecto de bata blanca: elevación. **Fenómeno** de bata blanca: diferencia de 20 en PAS y de 10 PAD.

Hipertensión enmascarada: TA normal y con mapa alta. \rightarrow Más morbilidad cardiovascular.

Urgencia hipertensiva: $>180/110$ sin afectación de órganos diana. con afectación: **emergencia** de hipertensiva.

- Nifedipino SL: contraindicado por bajada muy rápida.

SCA: isquemia aguda por disminución en el aporte miocárdico de O_2 : trombo o vasoespasmo coronario.

3 características del
**dolor torácico de
angina**



1.- Desencadenado por el ejercicio, estrés o frío.

2.- Cede con reposo o nitro.

3.- Es opresivo, quemazón, pesadez y no se modifica la con presión, respiración ni movimiento

Puede acompañarse de cortejo vegetativo: náuseas, vómitos, fatiga, debilidad o sudoración.

Si cumple los 3 angina típica // cumple dos \rightarrow angina atípica // cumple 1 o 0: dolor torácico no cardíaco.

Clasificación CCS: angina de pecho (Canadá)

- Actividad física ordinaria normal
- Limitación ligera
- Limitación manifiesta de actividad normal
- Incapaz de nada, angina en reposo.

Angina inestable: cumple alguno: angina de reposo prolongado > 20 minutos, angina grave CCS 3-4 último mes, angina postinfarto, inestabilidad (CCS 3-4) de angina previa.

Clasificación Killip: para IAM con ST según función hemodinámica:

- Clase I: IAM no complicado con ICC.
- Clase II: IAM complicado con ICC moderada crepitantes basales y galope S3.
- Clases III: ICC grave: crepitantes hasta campos medios. EAP.
- clase IV: shock cardiogénico.

Elevación ST: oclusión total. Sin elevación oclusión parcial.

Escala de estratificación del riesgo del SCASEST: riesgo de Grace o TIMI.

Angina en DM, mujeres, ancianos \rightarrow s/s atípicos: disnea, epigastralgia y síncope.

- ✓ Infección en úlceras: >105 bacterias/gramo.
- ✓ Alta compresión: mejor que la baja, solo si es venosa y sí $>0,8$
 - 35-40 mm Hg hasta mitad de la pantorrilla en EE con forma normal según la ley de Laplace.

✓ Tobillo vendado > 18cm.

ECG
12 derivaciones

	Miembros		Monopolares: AVR, AVL, AVF.
			Bipolares: I, II, III. (Dos polos eléctricos)
	Precordiales	→	V ₁ a V ₆ : todas monopolares.

Arritmia: estímulo ↑ del Haz de Hiss: supraventricular. Estímulo por debajo de la bifurcación: ventricular.

❖ *Ritmos supraventriculares:*

Taquicardia sinusal: onda P y QRS normal, ritmo regular: 100-160x'.

Arritmia sinusal: onda P y QRS normal, ritmo irregular: entre 60-100x'.

Flutter auricular: no P, QRS estrecho y normal. Ritmo auricular 200-250x'. Hay ondas F (dientes de sierra)

Fibrilación auricular: FC auricular > 400x'. No hay ondas P. Ritmo auricular caótico y constante.

Taquicardia supraventricular paroxística TSVP: ritmo regular 150-250x'. Onda P frecuentemente no visible, hay un foco ectópico auricular que lanza estímulos repetidos y rápidos. QRS normal y estrecho.

❖ *Ritmos ventriculares:*

Taquicardia ventricular: FC > 100x' con la P frecuentemente no visible precursor de FV. QRS > 0,12 seg.

TV no sostenida: 3 o más CVP consecutivas. FC > 110x'. Dura menos de 30seg. Es autolimitada.

TV sostenida: la TV no se interrumpe por si sola. Dura > 30 segundos.

Torsade de Pointes: forma específica de TV con aspecto retorcido de la TV con QRS mayor de 0,14 seg.

Fibrilación ventricular: ritmo irregular con línea sin ondas P ni QRS identificables.

❖ *Braquirritmias:*

Bradicardia sinusal: <60x' con ritmo regular y la P normal y QRS normal.

Bloqueo AV de 1º grado: cada vez P se sigue de un QRS pero con intervalo PR alargado >0,20 segundos.

Bloqueo AV de 2º grado:

- **Mobitz I o Wenckebach:** el PR se alarga latido a latido hasta que una onda P no se sigue de un QRS y se reinicia el ciclo.
- **Mobitz II:** periódicamente una o más ondas P no siguen de QRS.

Bloqueo AV de 3º grado o completo: no existe relación entre las ondas P y los complejos QRS.

El bloqueo cardíaco completo casi siempre requiere de empleo de marcapasos.

Asistolia: ausencia de actividad eléctrica.

Marcapasos: 3 letras ESR 1ª Estimula 2ª Sensa 3ª Respuesta
--

Catéter de Swan-ganz

- Se aloja un extremo en una ramificación de la arteria pulmonar capta la:
 1. Presión en **aurícula derecha** (4-10cm H₂O o 3-4 Hg),
 2. **arteria pulmonar** (PSAP 15-25 Hg y PDAP 4-12 mm Hg)y
 3. **capilar pulmonar** (6-12 mm Hg. Si <6 hipovolemia, si >18 congestión pulmonar y > 25 EAP.), además de realizar la medición del gasto cardiaco y de la temperatura central. Mide 110 cm. Poner mejor por yugular interna. Cuando el catéter está en AD, se hincha el balón para facilitar su progresión.
- 3 luces: proximal 30cm, **azul**. Presión aurícula dcha y se introduce suero frio.
- Luz distal: **amarilla**. En gran ramificación de arteria pulmonar. Mide la presión en esta arteria.
- A 0,5cm del final del catéter hay un balón que al hincharse se enclava mide la presión capilar pulmonar. Solo meter aire, de 0,8 a1,5 cc, nunca líquidos.

Complicaciones frecuentes: rotura del balón, infarto pulmonar, rotura arteria pulmonar, arritmias, infecc...

Cardioversión: en taquicardia ventricular, taquicardia auricular paroxística, fibrilación auricular y flutter auricular. Se comienza con 50-200J y no debe coincidir con la T.

Desfibrilación: en fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso. *Monofásico 360* y bifásico la 1ª: 150-200J, la 2ª: 150-360J y siguientes 150-360J.

Úlceras arteriales:

- Al final del pie, difícil de tratar, extremos definidos. Base pálida, profunda, necrosis y poco tejido de granulación. Dolor severo que mejora con el declive. Precisa revascularización de la arteria.

Úlceras venosas:

- Tobillo, maléolo. Superficial con extremos irregulares y mucho tejido de granulación. Edema, dermatitis por éstasis, color marrón rojizo y venas dilatadas de la piel. Dolor moderado que mejor al levantar la pierna. Si no hay TVP: pueden darse masajes.

Si no existen signos de insuficiencia venosa crónica y el ABPI es anormal, superior a 1,2 o inferior a 0,8 se supondrá úlcera de tipo arterial.