



**Nombre del alumno: Yoli Melina
Escobedo Montejo**

**Nombre del profesor: Dra. Martha
Patricia Marín López**

Nombre del trabajo: Mapa conceptual

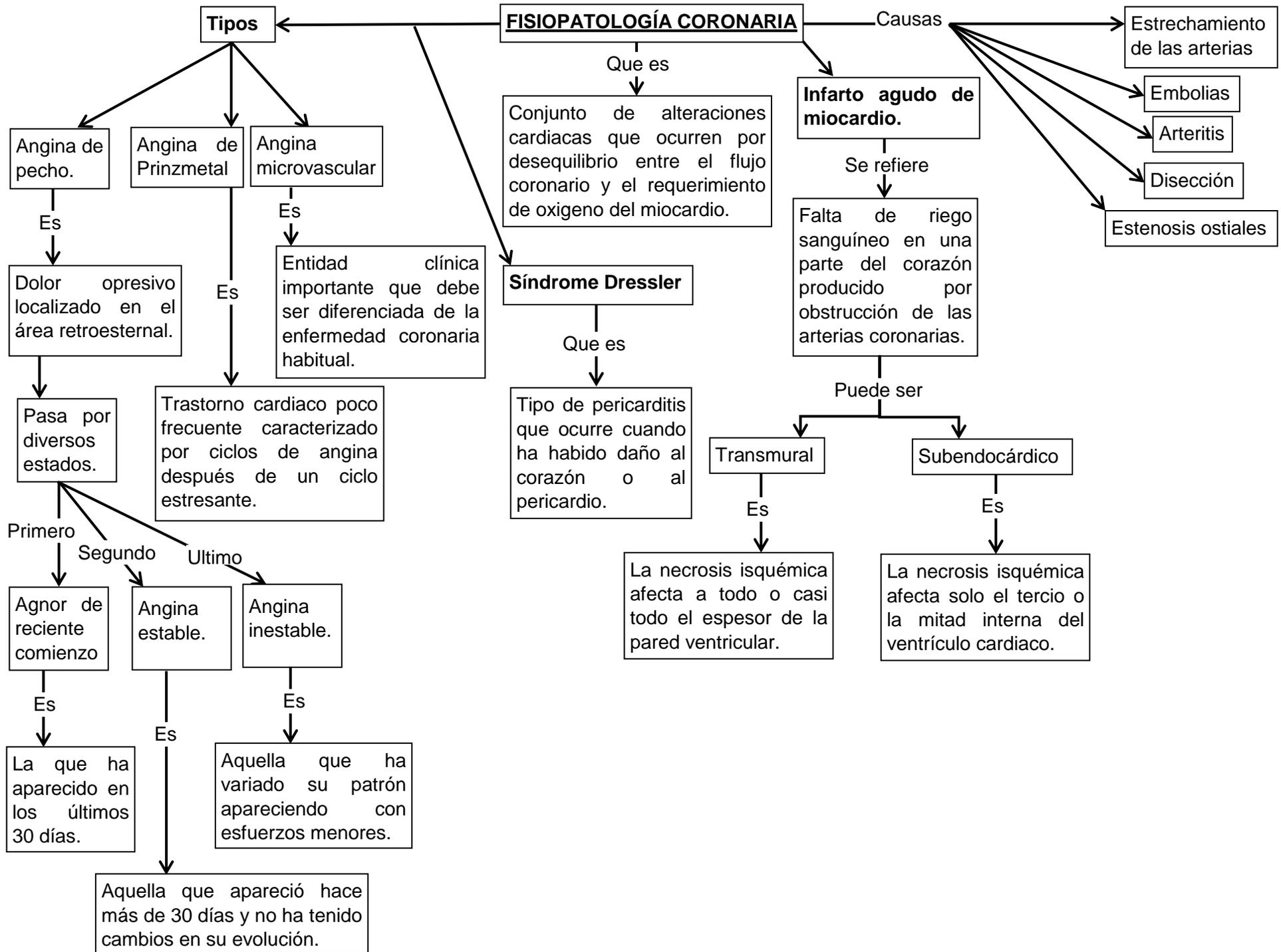
Materia: Fisiopatología I

PASIÓN POR EDUCAR

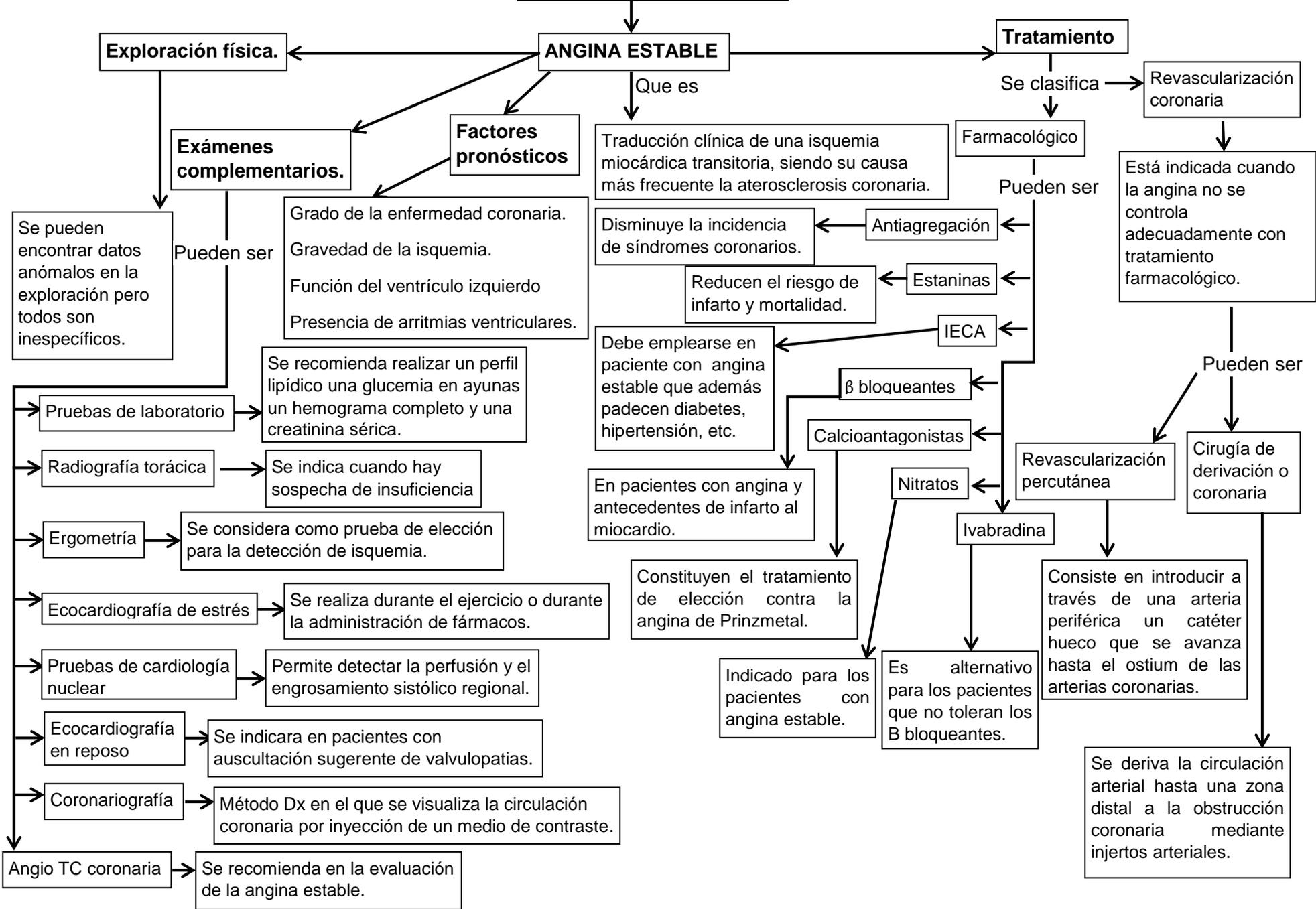
Grado: 4to. Cuatrimestre

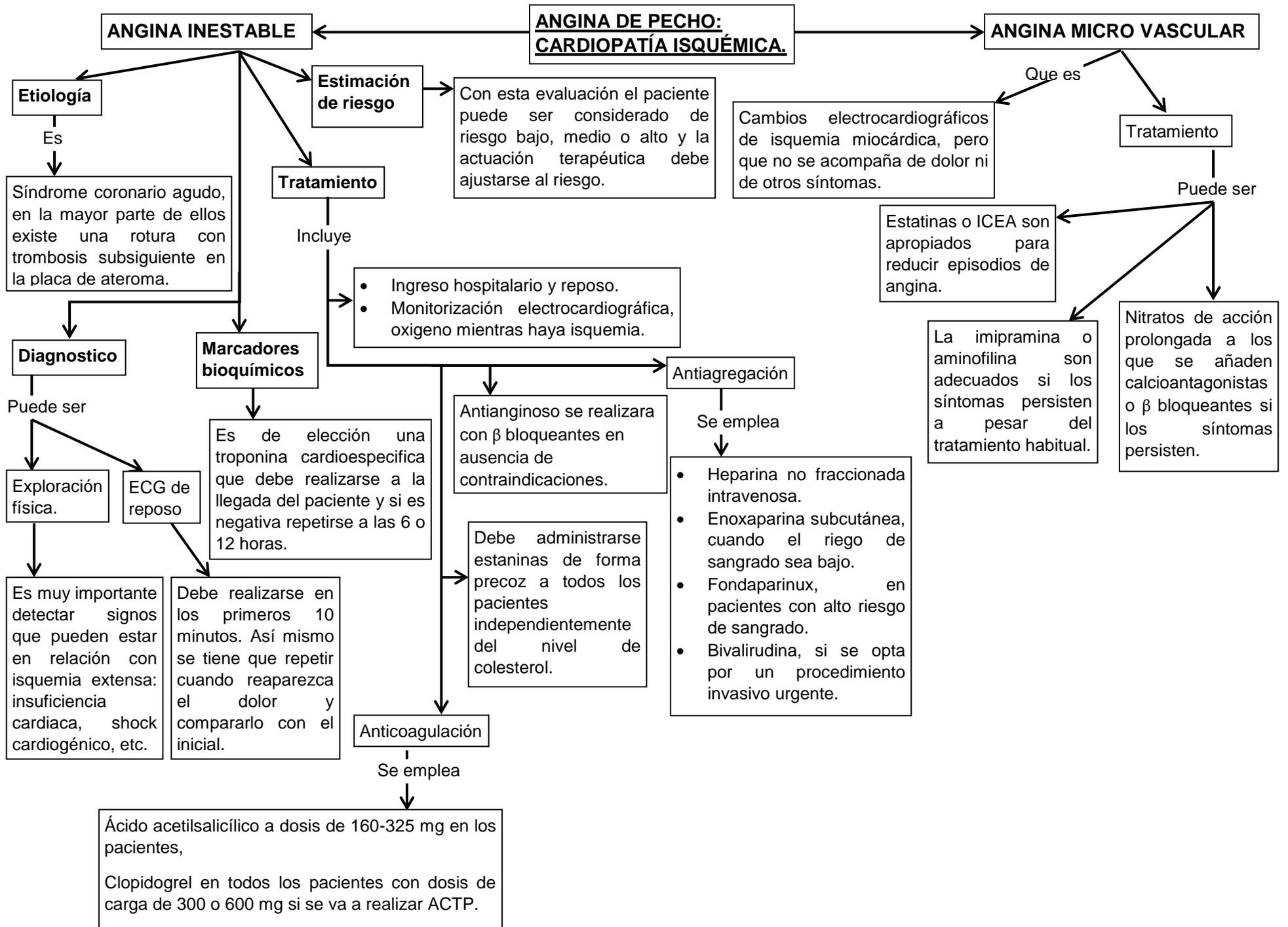
Grupo: C

Frontera Comalapa, Chiapas a 16 de octubre del 2020.



ANGINA DE PECHO: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.





TRASTORNO DEL RITMO CARDIACO.

Anomalías en la génesis o propagación del impulso cardiaco del corazón.

BRADICARDIA

Tratamiento

Disfunción sinusal e hipersensibilidad del seno carotideo

Etiología

En la mayoría de los casos se asocia a cambios degenerativos propios de los ancianos.

Manifestación clínica.

Presíncofes y síncofes asociados a bradicardia extrema y en ocasiones intolerancia al ejercicio.

Diagnostico

ECG

En el se pueden observar bradicardia sinusal o bloqueo sinoauricular, pausas o paradas sinusale, etc.

Holter

Es útil para detectar la bradicardia o bloqueo sinoatrial, las fases de taquiarritmia y las pausas posteriores.

Alteraciones de la conducción auriculoventricular

Etiología

Incluye Aumento del tono vagal, isquemia, infecciones, infiltraciones miocárdicas, tumores, bloqueo AV congénito, enfermedades degenerativas

Tipos

Bloqueo AV de primer grado: aumento del tiempo de conducción.
 Segundo grado: existen algunos impulsos auriculares que no conducen.
 tercer grado: no existe ninguna onda P que conduzca a los ventrículos.

Farmacológico

Se limita a las situaciones agudas pues a largo plazo no ha demostrado mejoría.

Marcapasos

Dispositivos electrónicos programables conectados a uno o más electrocateteres que se colocan en las cavidades cardiacas.

Complicaciones

Síndrome de marcapasos.

Aparición de síntomas como mareos, presincope, síncope, fatiga etc.

Taquicardia mediada por el marcapasos

Producida por la presencia de capacidad para la conducción ventriculatrial a través del sistema de conducción.



Figura 47. Derivación V1 de un electrocardiograma mostrando dos episodios de bloqueo sinoauricular de segundo grado ("faltan" dos ondas P; siendo el intervalo P-P de la pausa el doble que el del ritmo sinusal previo y posterior)



Figura 48. Pausa sinusal mayor de 3 segundos interrumpida por latidos de escape nodales (N) y extrasístoles ventriculares (V) que reprodujo el síncope en paciente con hipersensibilidad del seno carotideo. El implante de un marcapasos hizo desaparecer los síntomas

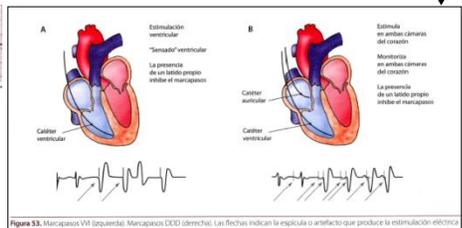


Figura 53. Marcapasos VVI (izquierda). Marcapasos DDD (derecha). Las flechas indican la espícula o anillo que produce la estimulación eléctrica

Tras la estimulación auricular rápida el NS tiene un tiempo de recuperación que esta alargado en pacientes con enfermedad del NS.

Masaje del seno carotideo.

Eficaz para descartar la hipersensibilidad del seno carotideo.

Bloqueo farmacológico del SNA

Se mide la frecuencia cardiaca intrínseca del NS independientemente de la influencia del SNV. Se determina bloqueando ambos sistemas con fármacos.

Tiempo de recuperación del nodo sinusal

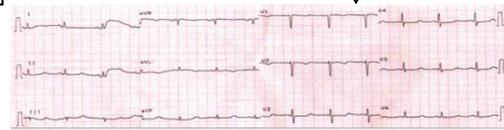
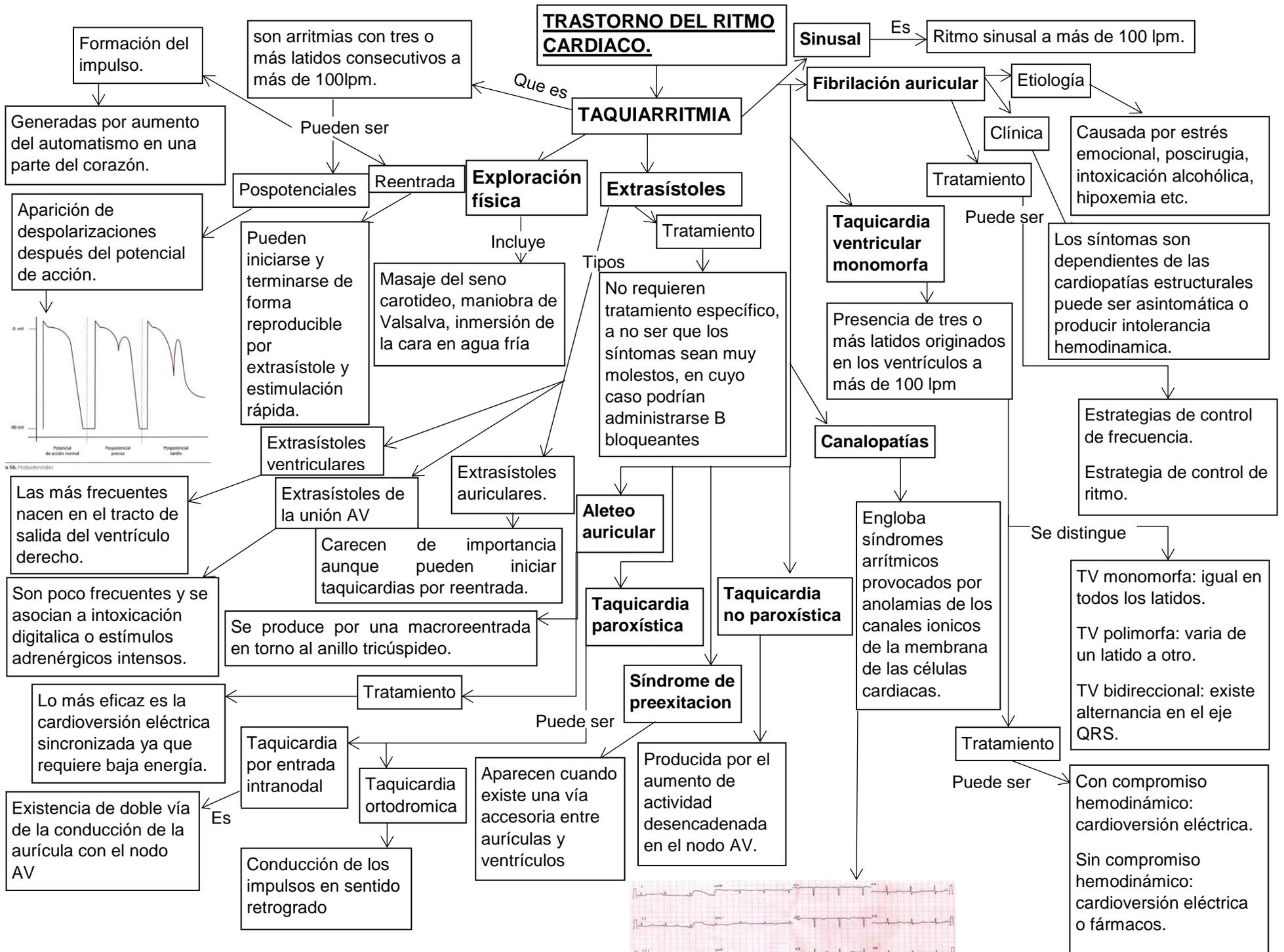
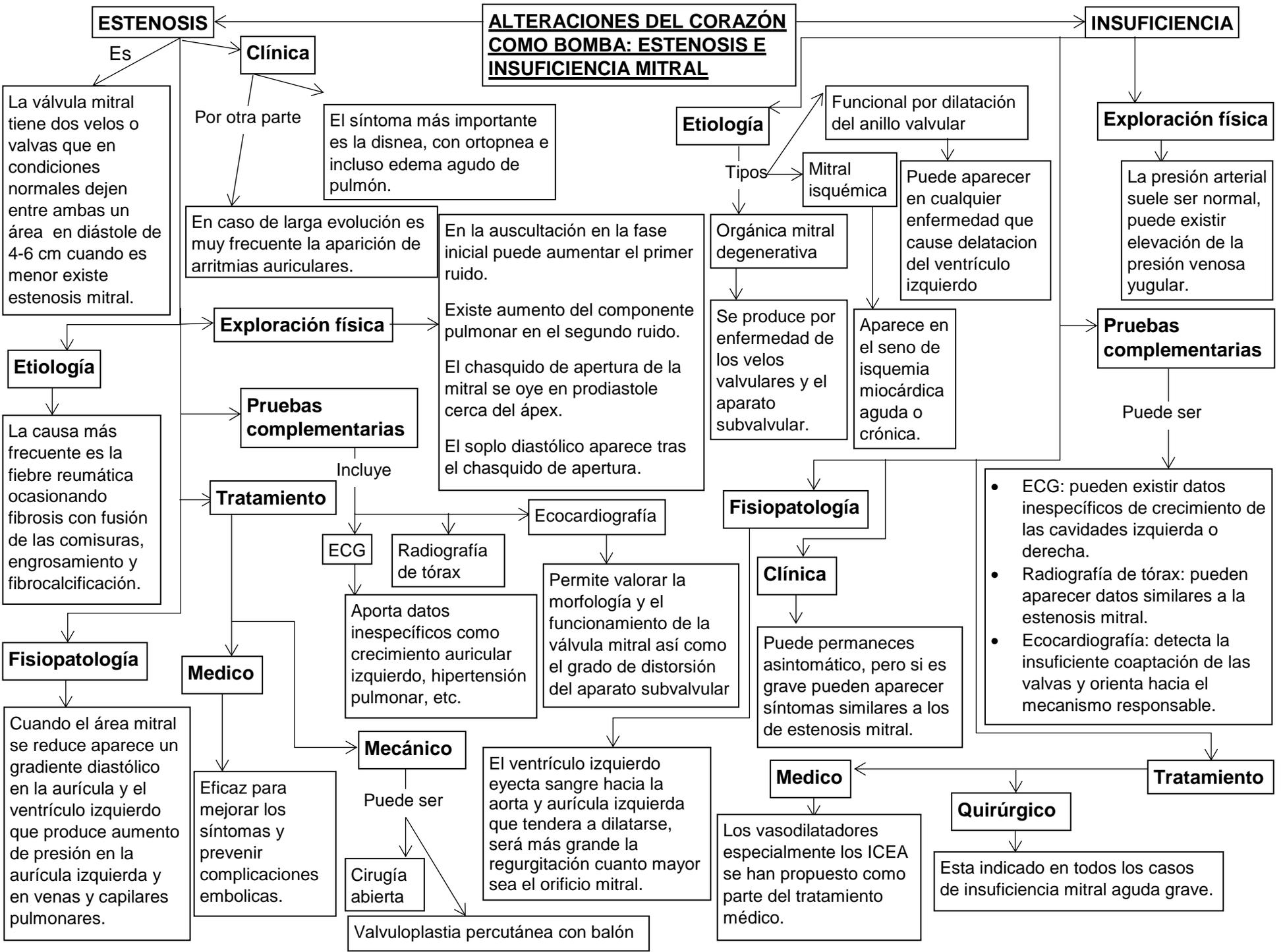


Figura 88.12.12. 12 derivaciones de una paciente con CF largo (QTc = 340 ms) secundaria al empleo de un medicamento sin presencia de hipopotasemia secundaria a diuréticos. Al inicio del registro existe un artefacto de movimiento que afecta a la línea de base.

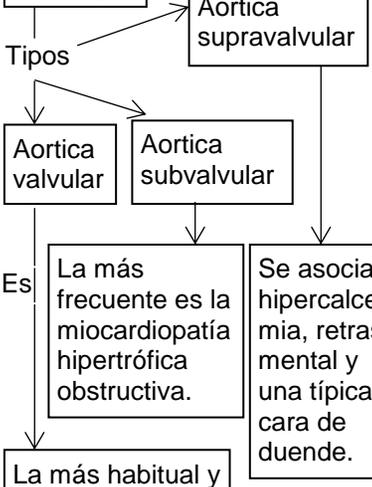


ALTERACIONES DEL CORAZÓN COMO BOMBA: ESTENOSIS E INSUFICIENCIA AORTICA

ESTENOSIS

INSUFICIENCIA

Etiología



Clínica

Puede ser asintomática, sin embargo cuando aparecen los síntomas suele ser progresiva, los síntomas más importantes son la angina, el síncope de esfuerzo y la disnea.

La TA puede ser normal o baja y el pulso periférico de escasa amplitud. El impulso apical suele ser sostenido y no está desplazado.

La causa más frecuente ha sido la fiebre reumática, endocarditis infecciosa o por traumatismos cerrados cardiacos.

Etiología

La causa más frecuente ha sido la fiebre reumática, endocarditis infecciosa o por traumatismos cerrados cardiacos.

Exploraciones complementarias

ECG

Cuando es crónica hay signos de crecimiento de VI. Cuando es aguda puede haber cambios en el segmento ST y la onda T

Fisiopatología

Provoca una disminución del gasto cardiaco y aumento del volumen y presión telediastolico en el ventrículo

Clínica

Suele permanecer asintomática, hasta que aparece la dilatación y disfunción sistólica del VI. El síntoma más importante es la disnea de esfuerzo por congestión pulmonar.

Radiografía de tórax

El dato típico es la cardiomegalia, la aorta puede estar dilatada, y en caso agudo hay signos de congestión pulmonar.

Ecocardiografía

Muestra la incompleta coaptación de las valvas aorticas en diástole y mediante Doppler permite estimar la gravedad.

- La más habitual y puede estar producida por:
- Estenosis aortica congénita
 - Estenosis aortica reumática
 - Estenosis aortica senil degenerativa

Se incrementa la presión AI, y en el lecho vascular pulmonar, se prolonga el periodo eyectivo del VI para compensar la obstrucción.

Fisiopatología

Tratamiento

Se indica intervención Qx a pacientes con estenosis aortica moderada o en pacientes asintomáticos con función sistólica normal.

En los niños el tratamiento es la valvuloplastia percutánea con balón

Pruebas complementarias

ECG

Suele haber datos de hipertrofia ventricular

Ecocardiografía

Muestra la morfología, calcificación y movilidad de la válvula aortica

Prevención

Primaria

- Informar al paciente acerca de los FR
- Realizar ejercicio moderado 4 hrs, a la semana
- Mantener una alimentación adecuada

Secundaria

- Realizar historia clínica completa
- Investigar presencia de FR en los pacientes, los antecedentes y estudios realizados

Exploración física

La TA sistólica suele estar elevada y la diastólica disminuida, el impulso apical es hiperdinamico, puede palpase un frémito por el soplo diastólico en el borde esternal.

Tratamiento

Solo estará indicado si hay existencia de hipertensión arterial.

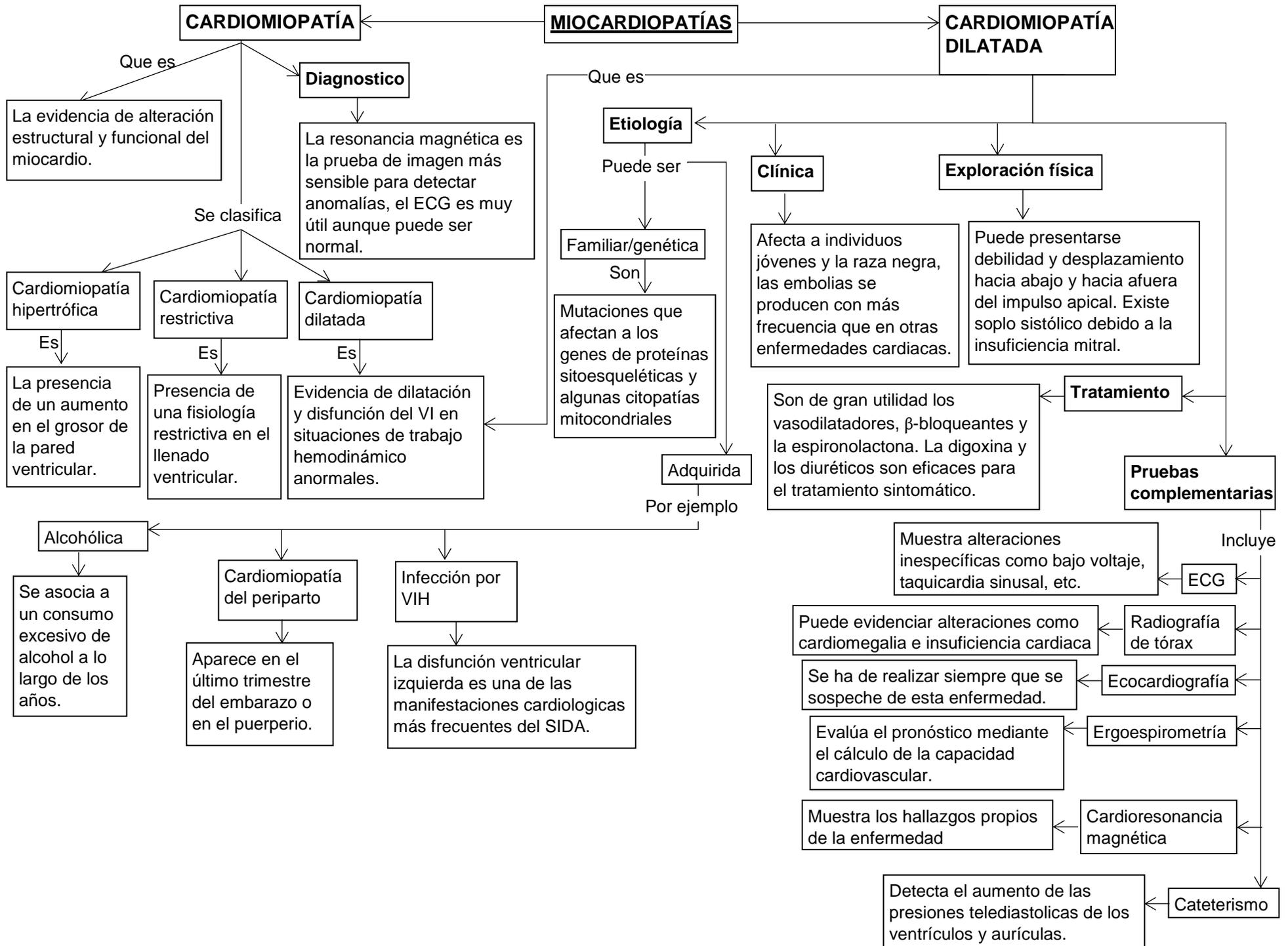
Los pacientes sintomáticos con insuficiencia severa tienen indicación Qx al igual que en la insuficiencia aguda grave.

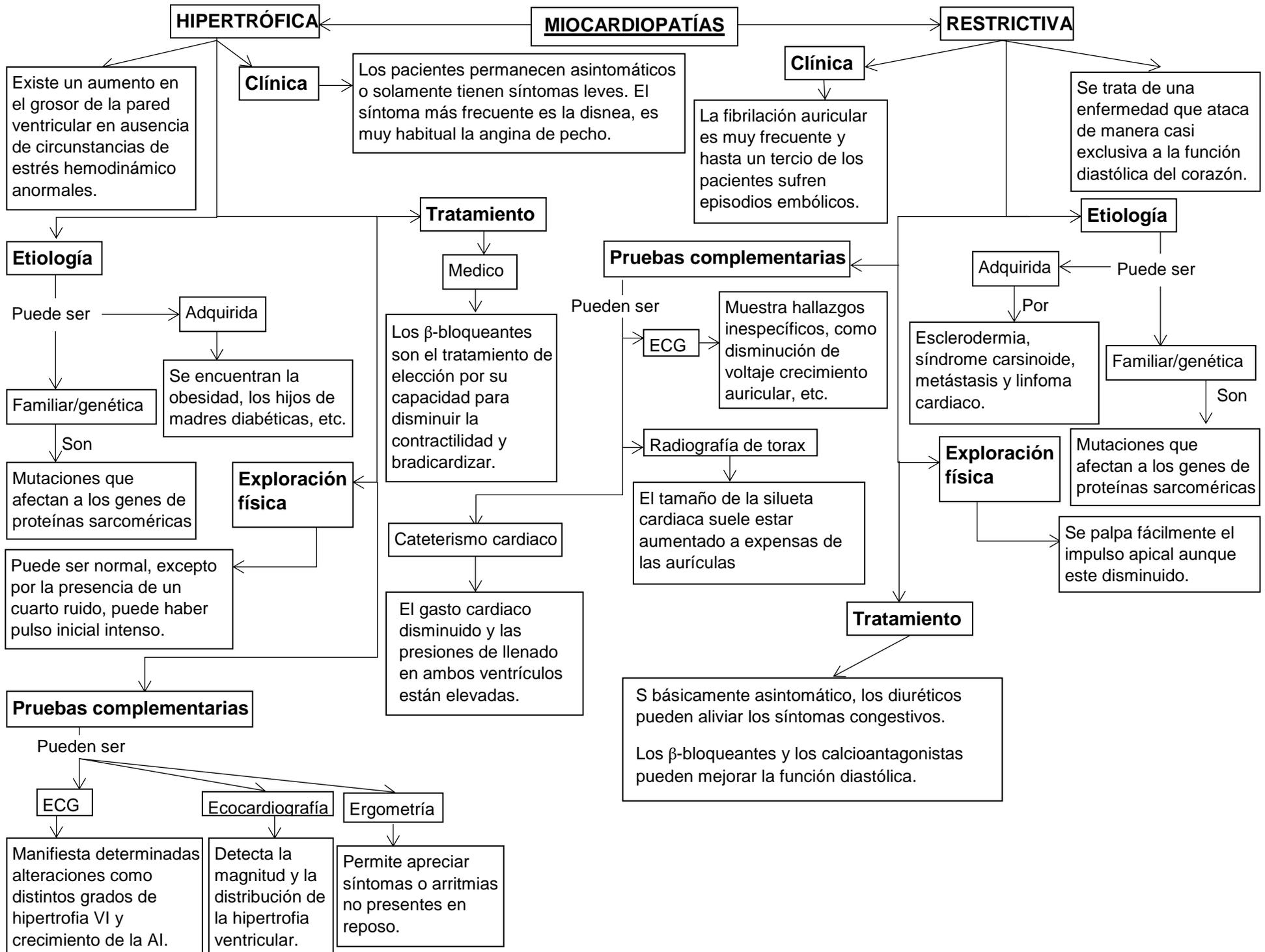
Radiografía de tórax

Analítica

Los niveles elevados de péptidos natriureticos ayudan a predecir los síntomas en pacientes asintomáticos

Existe dilatación postestenotica de aorta ascendente.





BIBLIOGRAFÍA

UDS. Antología fisiopatología I. Pp.76-78.

ENARM. Cardiología y cirugía cardiovascular. Grupo CTO. México. 2da. Edición. Pp. 112-125.

ENARM. Cardiología y cirugía cardiovascular. Grupo CTO. México. 2da. Edición. Pp. 68-96.

ENARM. Cardiología y cirugía cardiovascular. Grupo CTO. México. 2da. Edición. Pp. 156-183.

ENARM. Cardiología y cirugía cardiovascular. Grupo CTO. México. 2da. Edición. Pp. 191-211.