

CRECIMIENTO AURICULARES

Realizado por:

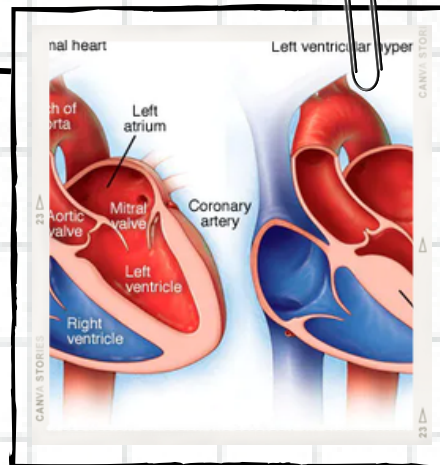
Erick Villegas Mtz.

29/07/2022

Proyecto.

PRINCIPIOS

Es asociado con hipertrofia o dilatación del ventrículo derecho. Cualquier patología que provoque aumento de presión en las cavidades derechas puede provocar una dilatación de la aurícula derecha.



2



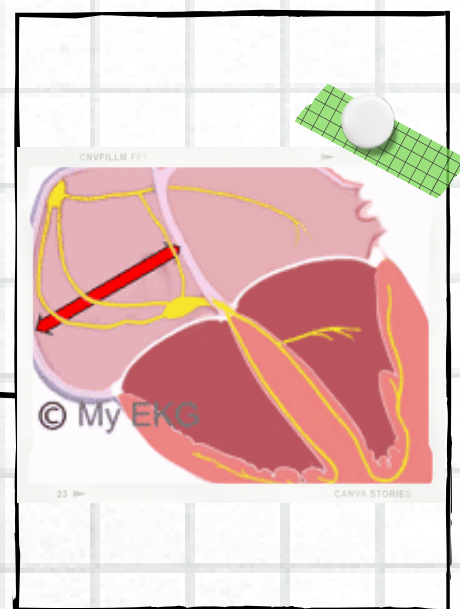
- **Cardiopatías congénitas:** tetralogía de Fallot, síndrome de Eisenmenger, estenosis pulmonar congénita, atresia tricuspídea.

CAUSAS

- Enfermedades pulmonares: EPOC, hipertensión pulmonar, TEP agudo, neumotórax, derrame pulmonar masivo.
- Enfermedades valvulares derechas: estenosis tricuspídea, estenosis pulmonar

ECG

La onda P es la onda inicial del ciclo cardiaco y se considera normal cuando mide menos de 2.5 mm de altura (0.25 mV) y menos de 0.12 s de longitud (3 cuadros pequeños).



3

4

CRITERIOS DE LA HIPERTROFIA VENTRICULAR DERECHA

- Complejos QRS en precordiales derechas con ondas R altas y especialmente si se registra una onda Q previa.
- Onda R > 7 mm en V1.

HIPERTROFIA IZQUIERDA	HIPERTROFIA DERECHA
S en V1 + R en V5 o V6 > 3,5 mV (3,5 cuadros): Índice de Sokolow	R >= 7 mm en V1, R/S >= 1 en V1
RI + S III >= 26 mm	S profunda en V5-V6
S profunda en V1-V2	R alta en aVR
R alta en I y aVL	Desviación del eje de QRS a la derecha
Desviación del eje a la izquierda	

TRATAMIENTO

El tratamiento recomendado para tratar de manera inmediata la insuficiencia cardiaca aguda se caracteriza por el uso de diuréticos intravenosos, oxigenoterapia y vasodilatadores.

TAQUICARDIA- BRADIARRITMIAS

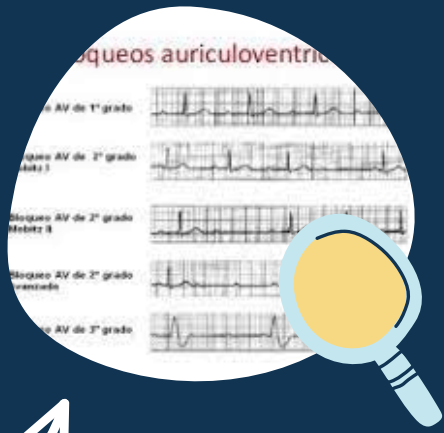
Taquicardia

Es el aumento de la frecuencia cardíaca producido por cualquier motivo. Puede tratarse de un aumento normal de la frecuencia cardíaca debido al ejercicio o a una respuesta al estrés. La taquicardia sinusal se considera un síntoma, no una enfermedad.



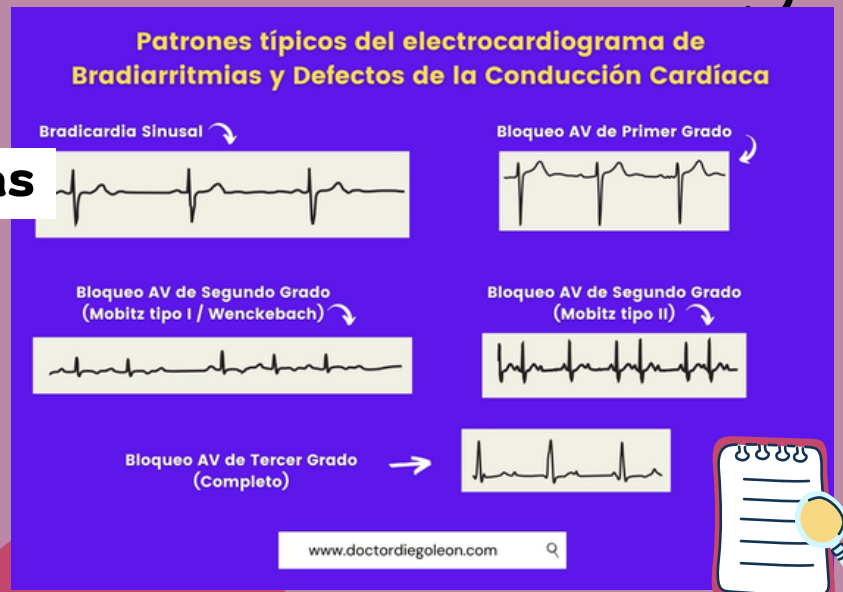
Bradiarritmias

Son una observación clínica frecuente y comprenden diversos trastornos del ritmo, como la disfunción del nódulo sinusal



Tipos de bradiarritmias

- Bradicardia sinusal
- Bloqueo sinoauricular
- Bloqueo AV
- Bloqueo auricular
- Bloqueo ventricular



Síntomas

- Dolor en el pecho
- Desmayos (síncope)
- Aturdimiento
- Pulso acelerado
- Falta de aire



Algunos tipos de taquicardia...

- Fibrilación auricular (mas comun)
- Taquicardia ventricular (no permite que los ventrículos se llenen y compriman)
- Taquicardia supraventricular (palpitaciones que comienzan y terminan abruptamente.)
- Fibrilación ventricular (Las señales eléctricas caóticas y rápidas hacen que los ventrículos tiemblen en lugar de contraerse de una manera coordinada)

Manifestaciones clinicas - bradiarritmias

- Mareo, vertigo
- Síncope
- Fatiga
- Angina, disnea
- Incapacidad mental

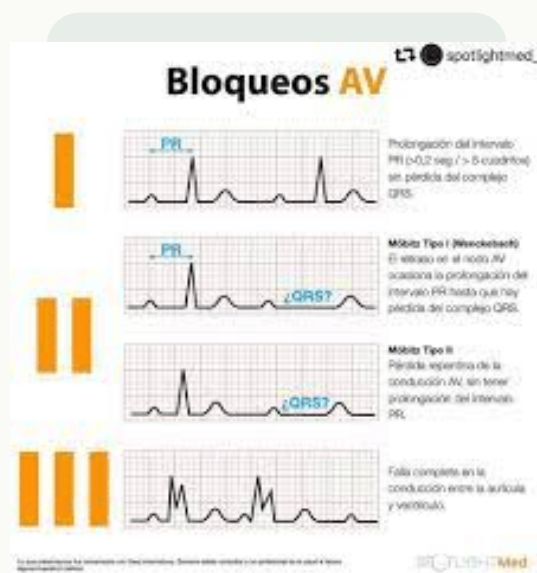


BLOQUEOS AV

El bloqueo auriculoventricular representa un retraso en la conducción de los impulsos eléctricos a medida que se mueven a través del sistema de conducción auriculoventricular.

CLASIFICACION

- De primer grado: la conducción eléctrica hacia los ventrículos se retrasa.
- De segundo grado: la conducción eléctrica se bloquea de forma intermitente.
- De tercer grado (completo): la conducción eléctrica está completamente bloqueada.



Tratamiento

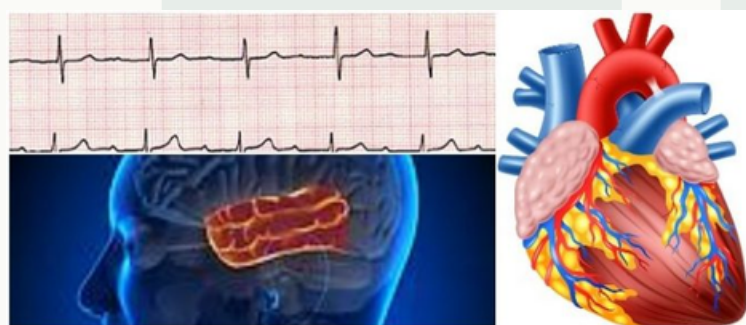
- En ocasiones, implantación de un marcapasos artificial.
- El bloqueo auriculoventricular de primer grado no suele requerir tratamiento.

Diagnostico

- Electrocardiografía
- Cada grado de bloqueo presenta un patrón característico. El bloqueo auriculoventricular de primer grado solo puede detectarse mediante ECG, que muestra el retraso en la conducción.

CAUSAS

- Desarrollo de tejido fibroso en el sistema de conducción del corazón
- Arteriopatía coronaria
- **OTRAS CAUSAS**
- Cardiopatía valvular
- Defectos cardíacos congénitos



BLOQUEOS COMPLETOS E INCOMPLETOS DE LAS RAMAS

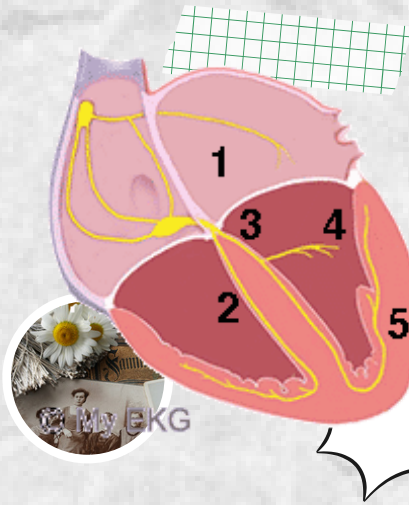
REALIZADA POR:

Erick
Villegas
Martinez

1)

Conducción intraventricular - anatomía

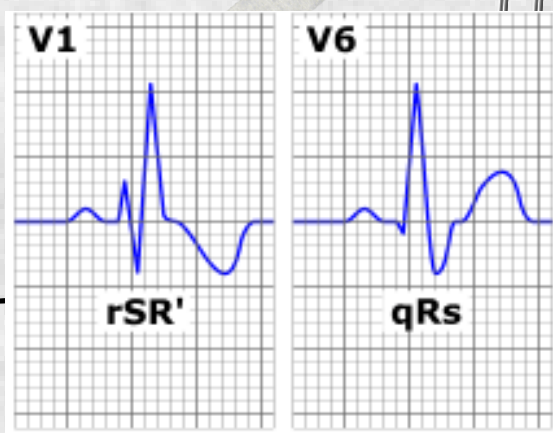
- 1. Nodo auriculoventricular y haz de His.
- 2. Rama derecha.
- 3. Rama izquierda.
- 4. Fascículo anterior.
- 5. Fascículo posterior.



2)

Bloqueos completos de rama

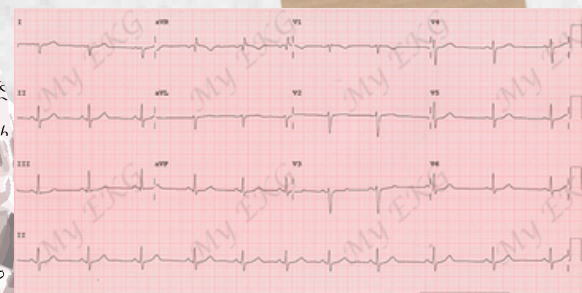
Se produce cuando hay una obstrucción total del impulso en la rama derecha o en la rama izquierda antes de subdividirse. Se caracterizan en el electrocardiograma por presentar un ensanchamiento del complejo QRS (mayor de 0.12 s).



3)

Bloqueos fasciculares izquierdos o hemibloqueos

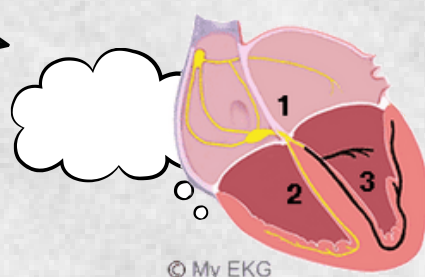
- Se producen cuando la interrupción de la conducción está en uno de los fascículos de la rama izquierda.
- En estos bloqueos no se produce un retraso en la duración de la despolarización ventricular, por lo que el complejo QRS es estrecho.
- Su principal característica en el electrocardiograma es la desviación marcada del eje cardíaco.



4)

Bloqueos incompletos de rama

- El impulso se conduce por ambas ramas, pero de forma más lenta por la rama afectada.
- En el electrocardiograma se observan con mínimo ensanchamiento del complejo QRS (entre 0.11 s y 0.12 s) con alteraciones similares a los bloqueos completos



5)

Bloqueo incompleto de rama derecha

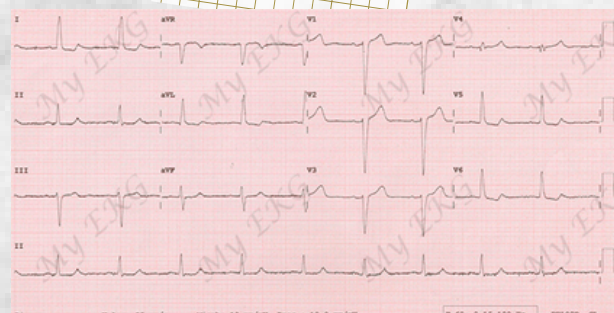
- Definido por una duración del complejo QRS entre 110 y 120 ms en adultos.
- Los otros criterios son similares a los del bloqueo completo de rama derecha

- Duración del complejo QRS entre 0.11 s y 0.12 s.
- Patrón de rsr', rsR' o rSR' en las derivaciones V1 o V2.
- Onda S de mayor duración que la onda R en las derivaciones I y V6

6)

Bloqueo incompleto de rama izquierda

- Duración del complejo QRS entre 110 y 120 ms en adultos.
- Presencia de un patrón de hipertrofia ventricular izquierda.
- Deflexión intrinsecoide superior a 60 ms en las derivaciones precordiales izquierdas.
- Ausencia de onda Q en las derivaciones I, V5 y V6

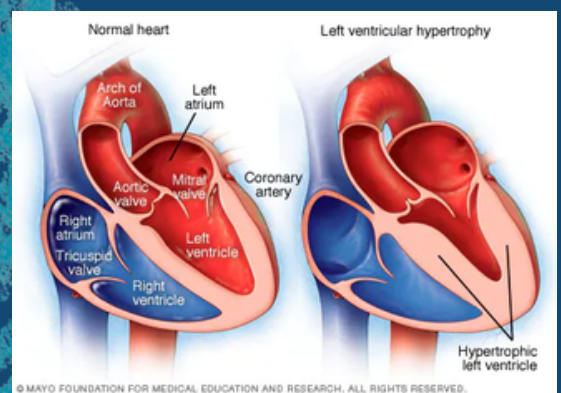


En ambos bloqueos incompletos puede haber alteraciones del segmento ST o de la onda T.

HIPERTROFIAS VENTRICULARES

¿De que se trata?

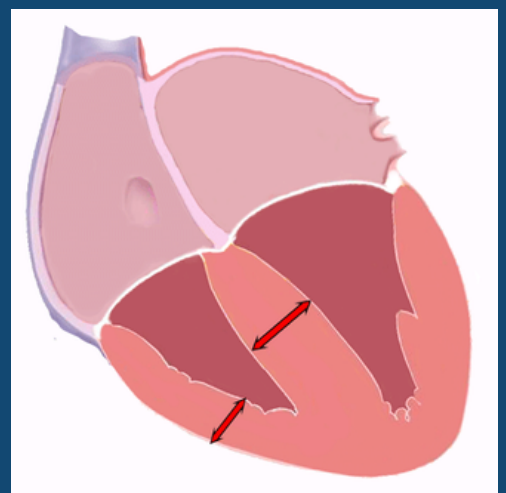
- Es el agrandamiento y engrosamiento de las paredes de la cavidad de bombeo principal del corazón.
- La pared del corazón engrosada pierde elasticidad, lo que lleva a un aumento de la presión para permitir que el corazón llene su cavidad de bombeo para poder enviar la sangre al resto del cuerpo



La hipertrofia de los ventrículos por lo general se desarrolla de forma gradual. Es posible que no presentes signos ni síntomas, en especial durante las primeras etapas de la enfermedad.

A medida que la hipertrofia progresa, puede aparecer:

- Dificultad para respirar
- Cansancio
- Dolor en el pecho, a menudo después de ejercitarte
- Sensación de latidos rápidos, fuertes como aleteos (palpitaciones)
- Mareos o desmayos



Causas

- Amiloidosis.
- Miocardiopatía hipertrófica.
- Entrenamiento atlético
- Presión arterial alta (hipertensión).
- Estenosis de la válvula aórtica

Factores de riesgo

- Sexo
- Raza
- Diabetes
- Antecedentes familiares
- Peso
- Edad.



Resultado de estos cambios:

- Reducción del suministro de sangre al corazón
- Insuficiencia cardíaca
- Arritmia
- Enfermedad cardíaca isquémica
- Accidente cerebrovascular
- Paro cardíaco repentino

Complicaciones

La hipertrofia cambia la estructura y el funcionamiento del corazón. El ventrículo dilatado puede:

- Debilitarse
- Endurecerse y perder elasticidad, lo que evita que la cavidad se llene adecuadamente y aumenta la presión en el corazón
- Comprimir los vasos sanguíneos de la cavidad (arterias coronarias) y restringir su suministro de sangre

Prevención

- Dejar de fumar.
- Dieta saludable
- Actividad física.
- Mantener un peso saludable
- Control de la presión arterial alta.

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

¿QUE ES?

- Es la muerte de las células miocárdicas después de la privación prolongada de oxígeno
- Es la respuesta letal culminante a la isquemia miocárdica no aliviada
- Las células miocárdicas empiezan a morir después de 20 min. de privación de oxígeno



CLASIFICACION

1. IAM: Sin elevación de ST
 - Sugiere trombo coronario no oclusivo
 - Angina inestable
2. IAM: Con elevación de ST
 - Sugiere trombo coronario oclusivo



DIAGNOSTICO

- Clínica
- ECG: se muestran cambios agudos con elevación del segmento ST e inversión de la onda T. uno o dos días después del infarto se profundiza la onda Q
- Las concentraciones de troponina T y troponina I se vuelven detectables en sangre en 15 a 20 min. La mioglobina se detecta en 1h, y alcanza su concentración máxima 4 a 6 h después del infarto



SIGNOS Y SINTOMAS

- Inicio súbito de dolor, el dolor puede irradiarse a cualquier parte del segmento superior del cuerpo, pero por lo general se irradia a brazo izquierdo, cuello o mandíbula.
- Son frecuentes las náuseas y vómito
- Debilidad
- Ansiedad
- Diaforesis



COMPLICACIONES

- Comunicación interventricular (CIV) postinfarto.
- Rotura cardíaca.
- Insuficiencia mitral isquémica aguda.
- Shock cardiogénico.
- Aneurisma ventricular izquierdo (complicación diferida).



OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Establecer si el paciente es candidato para recuperación miocárdica.
- Aliviar el dolor
- Evitar o tratar arritmias

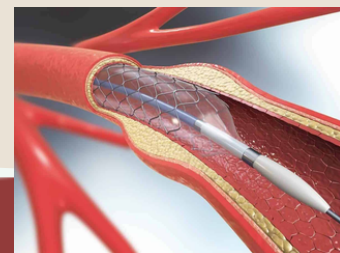
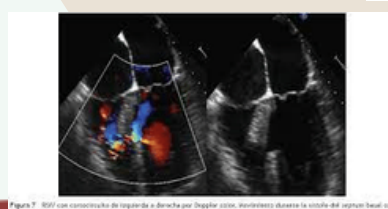
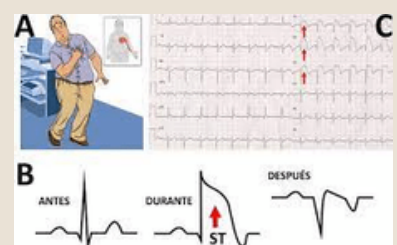
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- Administración de aspirina inmediato
- Si es candidato intervención coronaria percutánea o fármaco fibrinolítico intravenoso
- Morfina
- Anticoagulantes



EXAMENES DIAGNOSTICO

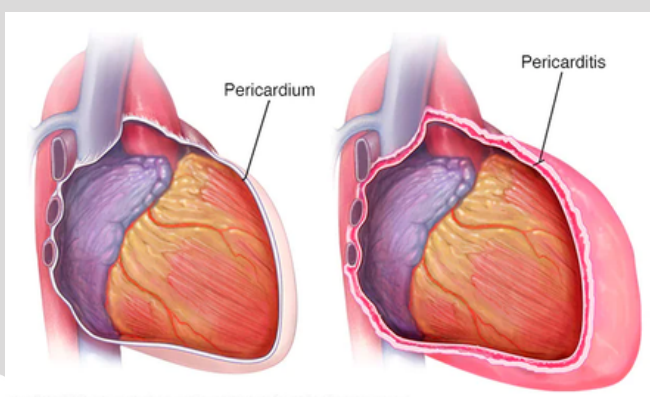
- Electrocardiograma
- Ecocardiograma torácico
- Cateterismo





PERICARDITIS

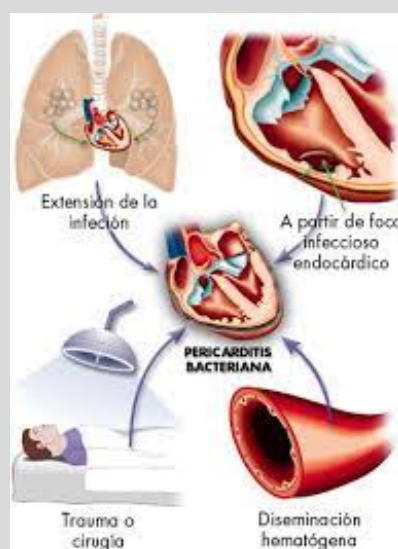
Es la inflamación del saco pericardico que rodea al corazon



1

Causas

- Trumatismo cardiaco
- Infarto de miocardio
- Traumatismo toracico
- Infeccion
- Neoplasia



2

MANIFESTACIONES

- Dolor toracico agudo, se agrava cuando el paciente respira, tose o cambia de posicion
- Dificultad para respirar
- Tos seca
- Fiebre

3

Diagnostico

- Se puede escuchar un FROTE en la revisión con el estetoscopio
- Puede haber signos sistémicos de inflamación(fiebre)
- La cardiografía indica acumulación de líquido en el saco pericárdico

4

Complicaciones

Derrame pericárdico
Taponamiento cardiaco



Tratamiento

- Reposo.
- Oxigenoterapia
- Antiinflamatorios no esteroideos, corticosteroide y diuréticos
- Pericardiosintesis

5

