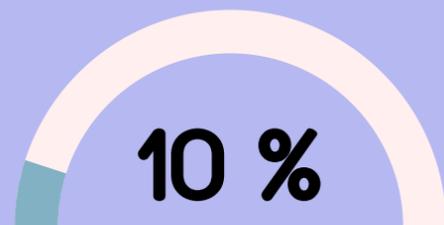




## BLOQUEO AV

El bloqueo transitorio de la conducción AV es frecuente en jóvenes y muy a menudo surge como consecuencia de hipertonia vagal que se observa en hasta el 10% de los adultos jóvenes.



Sumamente rara en adultos sanos es la insuficiencia de la conducción AV adquirida y persistente y se calcula que su incidencia es de 200 casos por un millón de personas por año.

### CAUSAS

Pueden ser:



- Funcionales o Estructurales

### CLASIFICACIÓN:

- Según su intensidad
- Primer a tercer grado
- Bloqueo AV completo
- Según el sitio en que ocurre dentro del sistema de conducción AV.

**BLOQUEOS AV**  
SIGUEME EN @MEDESTUDIO\_

- Primer grado**
  - Prolongación del intervalo PR (>020 ms)
  - No hay pérdida del complejo QRS
- Segundo grado (Mobitz I)**
  - Prolongación progresiva del intervalo PR hasta que hay una onda P que no conduce (no seguida de complejo QRS)
- Tercer grado (Completo)**
  - No hay relación entre las ondas P y los complejos QRS
  - Mayor Frecuencia de las ondas P
- Segundo grado (Mobitz II)**
  - Onda P que no conduce
  - Intervalos PR sin prolongación

- 1.El bloqueo AV es una complicación rara de la reparación quirúrgica de VSD o ASD
- 2.La coronariopatía puede ocasionar bloqueo AV transitorio o persistente.
- 3.En el infarto de miocardio agudo, el bloqueo AV surge de manera transitoria en 10-25% de los pacientes.

### DIAGNOSTICO:

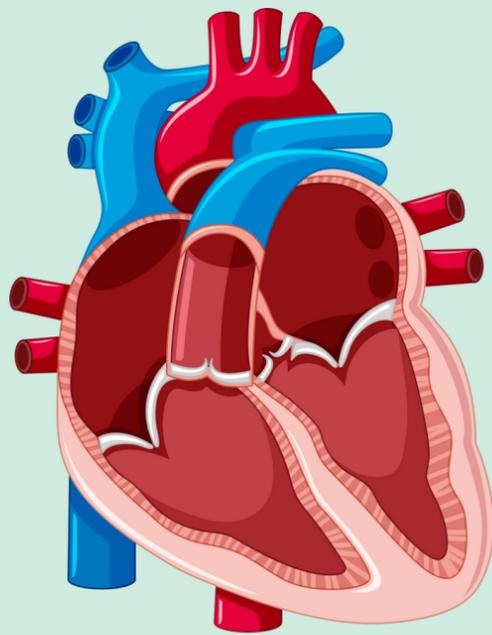
Por electrocardiografía, la cual define la gravedad del trastorno de conducción y permite al clínico extraer deducciones en cuanto al sitio del bloqueo.

Es importante diferenciar entre los bloqueos de segundo grado tipo I y tipo II, porque estos últimos tienen consecuencias más graves en el pronóstico.

### TRATAMIENTO:

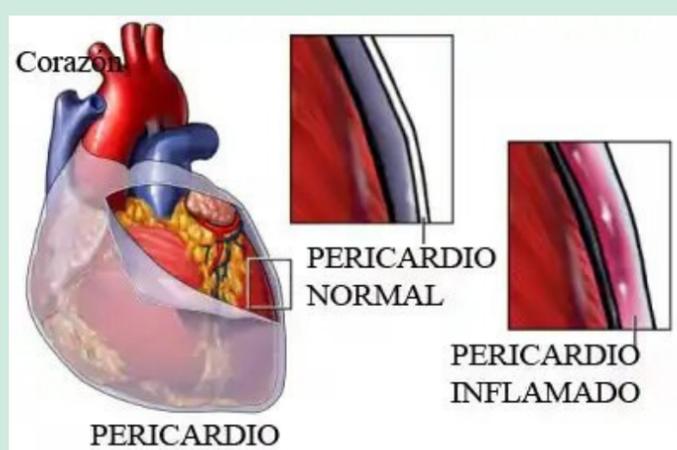
La estimulación artificial temporal o permanente con marcapasos. Medida terapéutica más fiable en individuos con síntomas de la enfermedad

# PERICARDITIS:



Proceso patológico más frecuente que afecta el pericardio.

## CARACTERISTICAS:



- **DOLOR PRECORDIAL:** El dolor suele ser intenso, retroesternal y en el área precordial izquierda. Es frecuente la confusión con el infarto miocárdico agudo
- **FROTE PERICÁRDICO:** Es audible, En casi 85% de los pacientes con pericarditis aguda, y puede poseer incluso tres componentes por cada ciclo cardiaco.
- **DERRAME PERICÁRDICO:** Casi siempre se acompaña de dolor, los ruidos cardiacos pueden ser más débiles.
- **ECG:** La pericarditis aguda evoluciona en cuatro fases.



## DIAGNOSTICO:

- La ecocardiografía es la técnica de imagen más usual. Es sensible, específica, sencilla, no invasiva

## TRATAMIENTO:

- No hay un tratamiento específico para la pericarditis

**Maydelin Gálvez Argueta**

# INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

UDS



Es una de las entidades diagnosticadas con mayor frecuencia en sujetos hospitalizados en países industrializados.

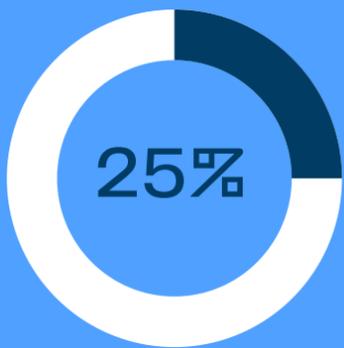
Más de la mitad de las muertes por AMI ocurren antes de que la persona afectada llegue al hospital.

## CUADRO CLINICO:

Hasta en el 50% de los casos parece haber un factor desencadenante antes de que se manifieste STEMI, como el ejercicio vigoroso, el estrés o una patología médica o quirúrgica.



La molestia inicial más frecuente en personas con STEMI es el dolor, profundo y visceral.



## EXPLORACIÓN FÍSICA:

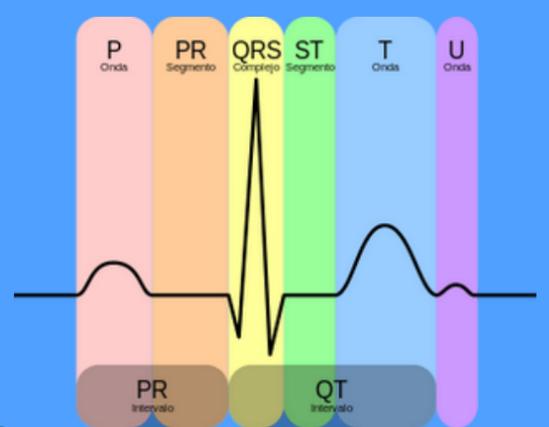
Casi todos los pacientes muestran ansiedad e inquietud; intentan sin éxito disminuir el dolor moviéndose en la cama, cambiando de postura y estirándose.

25% de los individuos con un infarto de cara anterior tienen manifestaciones de hiperactividad del sistema nervioso simpático.

## MÉTODOS DE LABORATORIO

Se dividen en cuatro grupos:

1. ECG
2. Marcadores cardíacos séricos
3. Estudios de imágenes del corazón
4. Índices inespecíficos de necrosis e inflamación hística



## TRATAMIENTO:



- ANTITROMBÓTICOS
- B-BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS
- INHIBICIÓN DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINAALDOSTERONA



Maydelin Gálvez Argueta

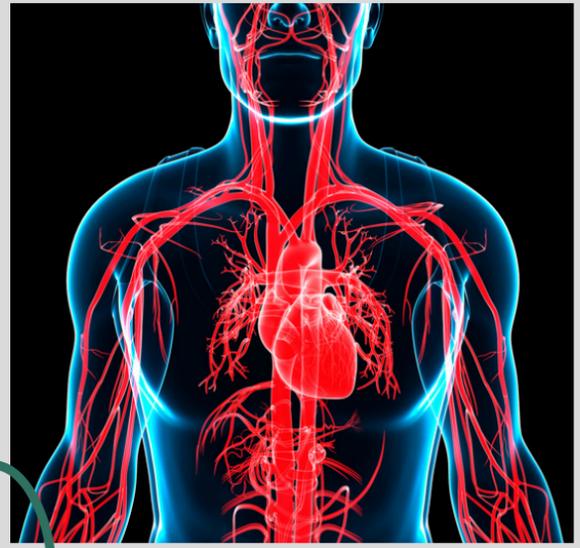


# BRADIARRITMIAS Y TAQUICARDIA

**La activación eléctrica del corazón normal se origina en el nódulo sinoauricular (SA), el marcapasos predominante.**

1

La disfunción del nódulo SA puede ser asintomática y manifestarse sólo en una anomalía ECG, como bradicardia sinusal, paro sinusal y bloqueo de salida; o como taquicardia supraventricular



2

La taquicardia puede acompañarse de palpitaciones, angina de pecho e insuficiencia cardiaca.

3

La bradicardia con hipotensión, síncope, presíncope, fatiga y debilidad.

4

Los sujetos con la variante con taquicardia-bradicardia del SSS, tienen un mayor riesgo tromboembólico, y los que tienen riesgo más alto, incluidos los pacientes >65 años

## TRATAMIENTO

### MARCAPASOS PERMANENTES

- Tratamiento de la disfunción del nódulo SA con marcapasos.
- Tratamiento con marcapasos en la hipersensibilidad del seno carotídeo y síncope vasovagal

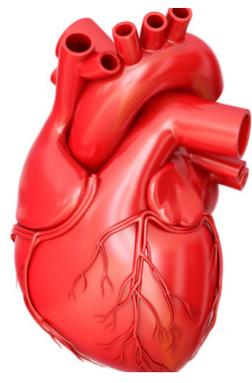
5



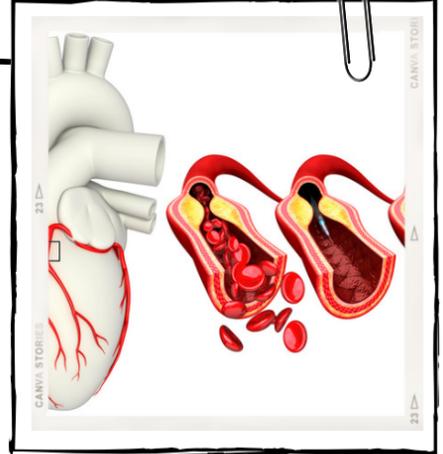
# BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA Y DERECHA

Realizado por:

MAYDELIN G.A



La deficiencia intrínseca de la conducción por las ramas izquierda o derecha provoca una prolongación del intervalo QRS



2

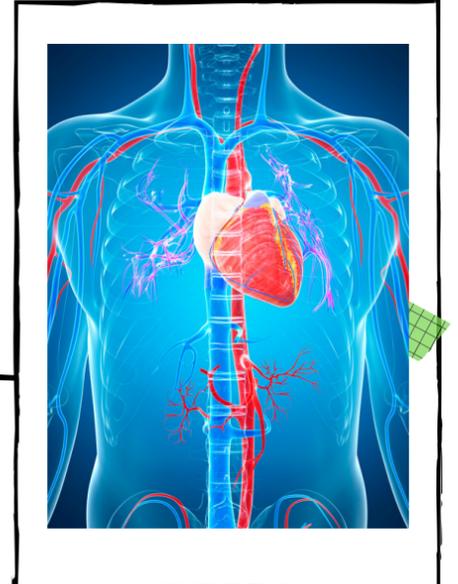


El bloqueo de rama izquierda altera tanto la fase precoz como la tardía de la despolarización ventricular.

El bloqueo de rama derecha se produce también en ciertas cardiopatías congénitas y adquiridas.

Cuando existe un bloqueo completo de rama, el intervalo QRS mide  $\geq 120$  ms; si el bloqueo es incompleto, varía entre 100 y 120 ms.

El bloqueo de rama izquierda indica a menudo una de cuatro enfermedades de fondo que aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular:  
Coronariopatía  
Hipertensión cardíaca  
Valvulopatía aórtica  
Miocardiopatía.



4

Los bloqueos de rama del haz de His pueden ser crónicos o intermitentes; algunas veces se relacionan con la frecuencia cardíaca.

MAYDELIN GALVEZ ARGUETA