



Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

Nombre de la alumna: Victoria Belén de la Cruz Escobar

Nombre del profesor: Dr. Romeo Suarez Martínez
Nombre del trabajo: "Cuadros: Temas 2º unidad"

Materia: Urgencias Médicas I

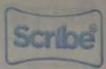
Grado: 8º
Grupo: "A"

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez, Chiapas a 01 de mayo de 2023

¿Cómo puedo leer un ECG?

27 Marzo 2023



1) Ritmo = Sinusal

Lo normal
Onda P precede al complejo QRS

2) Ritmico o Arritmico

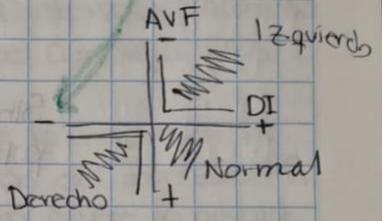
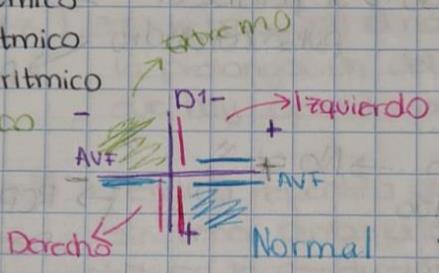
Medir el espacio o distancia entre R-R

3) Frecuencia Cardiaca

- 300 → Ritmico
- 1500 → Ritmico
- 6 seg → Arritmico

4) Eje eléctrico

DI/AVF



Duración

↳ La onda P dura
< 0.12 seg y < 2.5
de 3 a 5 cuadritas

- ✓ 1) si tiene presencia de onda P
- ✓ 2) ritmico
- ✓ 3) 187
- ✓ 4) Eje eléctrico normal

Taquicardia ventricular

- Ausencia de onda P
- Ritmico
- Taquicardia > 150 lpm
- QRS = Anchos

Taquicardia supra

- Ausencia de onda P
- Ritmico
- Taquicardia > 150 lpm
- QRS = Estrechos

Taquicardia Sinusal
"Normal"

⇒ Causa que lo origina ↓

T. supra

→ Estable

Masaje carotideo
Adenosina
① 6 mg
② 5 min si no mejora 12 mg

TA ✓ estable

→ Inestable

→ Cardioversión eléctrica

→ Hipotenso
→ Inadivible la

T. Ventri

→ Pulso → Se percibe el pulso carotideo

→ Procainamida 20-50 mg mⁿ

→ Amioradona 150 mg

→ Sin pulso → No se " " "

→ RCP
→ Desfibrilación eléctrica

Fibrilación ventricular

- Sin onda P
- Ritmo: Arritmico
- QRS: NO
- Ritmo caotico

1º RCP

2º Desfibrilación eléctrica

Antiarritmico Procainamida 20-50 mg

Amioradona 150 mg

Fibrilación auricular

- sin onda P
- Ritmo irregular
- FC: Variable
- QRS: Presente

Clasificación x FC

- >100 lpm: Alta respuesta
- 60-100 lpm: Moderada
- <60 lpm: Baja

Estable → ~~Normal~~ FARVR

→ Amioradona I.V. bolo

con taquicardia ↓ 150 mg

① 10-15 mg/kg p/24

② 1 mg/min p/6 despues en 10 min

0.5 mg/min p/6 hrs

Es uno de los dos/tres que se puede desfibrilar

Inestable

→ Cardioversión eléctrica

Antiagregantes

CHADS₂

Bloqueos (AV) auriculoventricular

I = Prolongación de intervalo PR (>0.2 seg / >5 cuadritos)
sin pérdida del complejo QRS

II = Mobitz I = El retraso en el nodo AV ocasiona la prolongación del intervalo PR hasta que hay pérdida del complejo QRS

Mobitz II = Pérdida repentina de la conducción AV sin tener prolongación del intervalo PR

III = Falla completa en la conducción entre la aurícula y ventrículo

Tratamiento

I = Sintomático → Atropina

1 mg bolo IV cada 3-5 min

max 3 mg

II y III = Dopamina infusión 5-20 mcg/kg/min o adrenalina

III = marcapaso

- Oxígeno suplementario
- Si lo sat% es $< 95\%$
- Sulfato de morfina 1.V
2 mg
- Terapia de reperfusión
- Trombolisis

Cuadro de dolor
torácico de corta evolución

Infarto Agudo al Miocardio con elevación del ST

- El electrocardiograma es parte esencial pero no suficiente
- ECG ayuda a determinar lo arteria culpable

Resultado de una obstrucción
parcial o total de una
arteria coronaria

El aumento del ST
supone un conjunto de
procedimientos

Relacionada con
la rapidez de la Saturación

- Malestar torácico
tipoiáquico
- Disnea
- Náuseas
- Vómitos
- Astenia y adinamia
- Pérdida del estado
de alerta

Se define como angina el dolor o malestar en el pecho que aparece como consecuencia de la falta de aporte de sangre

- Modificación del estilo de vida
- Nitratos
- Bloqueadores beta
- Antagonistas del calcio
- Inhibidores de la ECA
- Angiotensina
- Bypass de la arteria coronaria

Angina de pecho estable / inestable

- Diagnostico
- H.C
- Anamnesis
- Exploración física
- ECG
- RX
- 1 BAC
- ECCG
- Angiografía

- Causas
 - A.E
 - Ejercicio físico
 - Estrés emocional
 - Exposición a T° frías
 - muy calientes
 - Comidas abundantes
 - Tabaco
 - A.I
 - Coagulos sanguíneos

