

WDS

**Nombre del
alumno: Lizbeth
Reyes Ulloa**

**Docente: Miguel
Basilio Robledo**

**Asignatura:
Cardiología**

Semestre: Quinto

Parcial: Segundo

**Licenciatura:
Medicina humana**

ANATOMICA

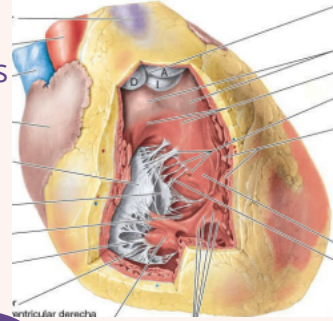
ATRIO DERECHO

PARTE EXTRENA

- Orejuela derecha
- Venas cavas superior e inferior, y seno coronario entran en el atrio
- Fosa oval, a, es el lugar de fusión de la valva embrionaria del foramen oval con el tabique interatrial

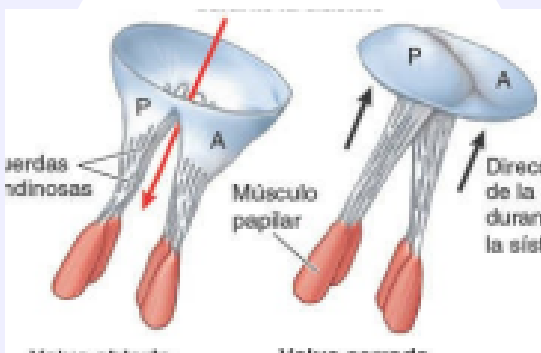
PARTE INTERNA

- Seno de las venas cavas
- Orificio AV derecho
- Surco terminal
- Cresta terminal
- Orificio del seno coronario
- Tabique interatrial
- Fosa oval



VENTRICULO DERECHO

CONTIENE



- Cono arterioso
- Trabéculas carnosas
- Cresta supraventricular
- Orificio atrioventricular derecho (tricúspide)
- Anillo fibroso

- Válvula tricúspide
- Cuerdas tendinosas
- Músculos papilares
- Tabique interventricular
- Trabécula septomarginal
- Valva pulmonar
- Cresta supraventricular

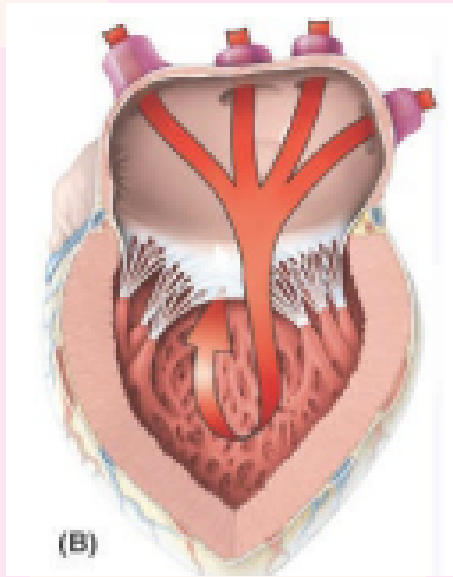
PARTE IZQUIERDA

ATRIO IZQUIERDO

- Orejuela izquierda

INTERIOR DEL ATRIO

- Cuatro venas pulmonares (dos superiores y dos inferiores)
- Tabique interatrial que se inclina posteriormente y hacia la derecha
- Orificio AV izquierdo



VENTRICULO IZQUIERDO

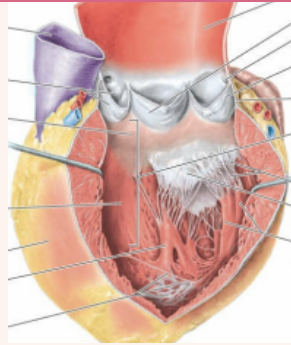
- Forma el vértice del corazón

INTERIOR DEL VENTRICULO

- Trabéculas carnosas
- Músculos papilares anterior y posterior mayores que los del ventrículo derecho
- Vestíbulo de la aorta
- Orificio aórtico
- Valva mitral
- Valva aórtica semilunar

VALVAS SEMILUNARES

- Válvulas semilunares de la valva pulmonar
- Válvulas semilunares de la valva aórtica



CARACTERISTICAS

- No tienen cuerdas tendinosas que las sostengan
- Se juntan para cerrar por completo el orificio

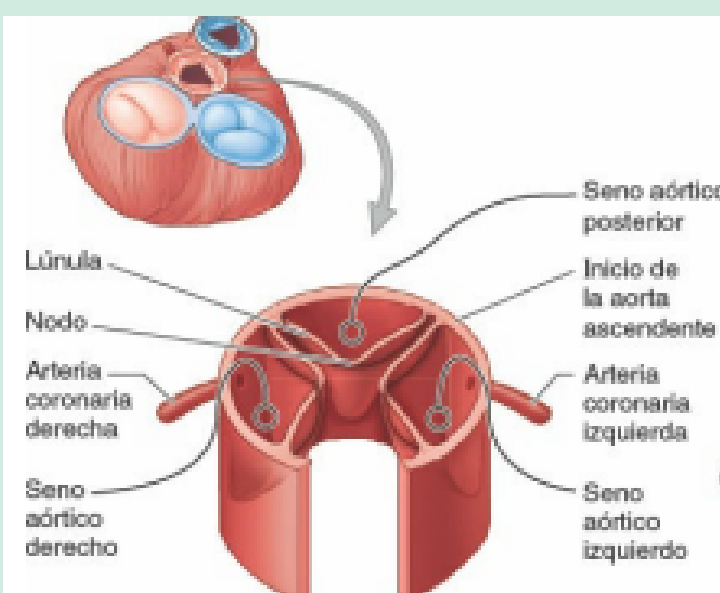
SENOS AORTICOS

SE DIVIDE EN

IZQUIERDO

PORTERIOR (NO CORONARIO)

No se origina arteria alguna



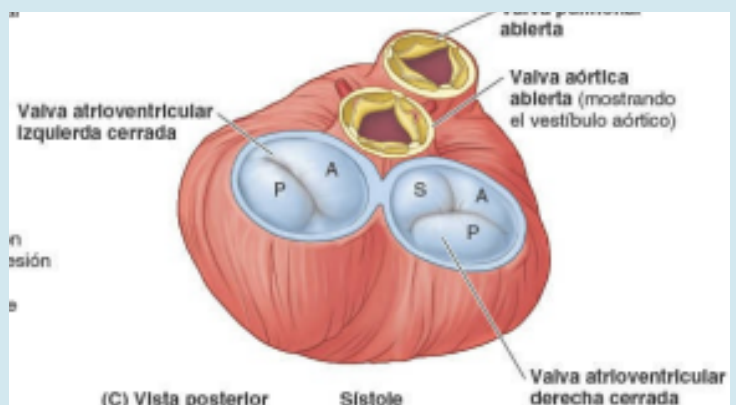
SENOS PULMONARES

¿QUE SON?

Espacios situados en el origen del tronco pulmonar y de la aorta ascendente, entre la pared dilatada del vaso y cada válvula de las valvas semilunares

FUNCION

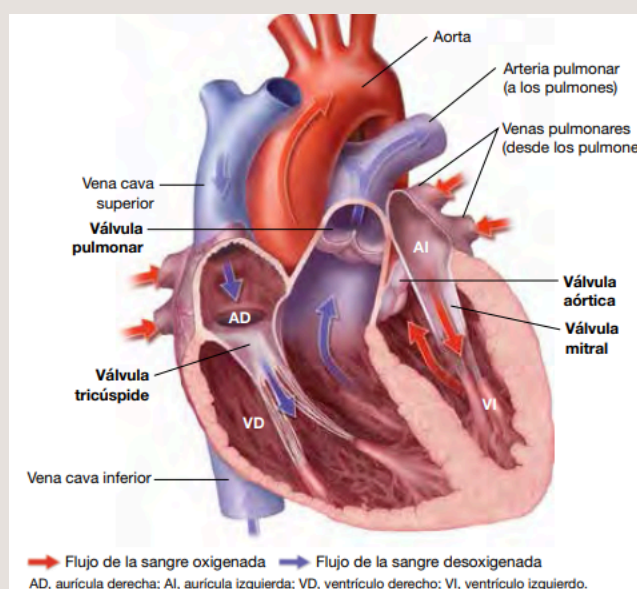
La sangre que se encuentra en los senos y en la dilatación de la pared evita que las válvulas golpeen contra la pared del vaso, lo que podría impedir el cierre.



Exploración física cardiaca

Cavidades, válvulas y circulación cardíacas

- Las válvulas cardíacas se cierran
- Se producen los ruidos cardíacos R1 y R2 por las vibraciones que emanan de las valvas
- Las estructuras cardíacas adyacentes y el flujo sanguíneo
- Apertura y el cierre de las válvulas AV y semilunares en relación con los eventos en el ciclo cardíaco

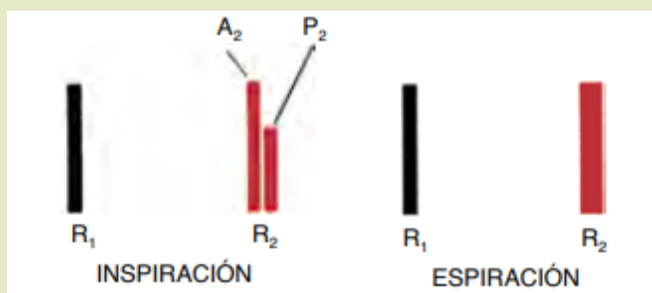


Desdoblamiento de los ruidos cardíacos

- Suceden en el lado izquierdo del corazón
- En el derecho ocurren cambios similares que involucran a la aurícula derecha, la válvula tricúspide, el ventrículo derecho, la válvula pulmonar y la arteria pulmonar
- Las presiones en el ventrículo derecho y en la arteria pulmonar son, menores que las del izquierdo
- En el R2 se escuchara primero el cierre de la válvula aórtica del lado izquierdo, o A2, y el segundo por el cierre de la válvula pulmonar del lado derecho

R2 EN INSPIRACION

- R2, y A2 y P2, se presentan por el cierre de las válvulas aórtica y pulmonar
- Durante la inspiración, el tiempo de llenado de las cavidades derechas aumenta, lo que incrementa el volumen sistólico del ventrículo derecho
- Prolonga la duración de la eyección del ventrículo derecho en comparación con el ventrículo izquierdo adyacente
- Retrasa el cierre de la válvula pulmonar, P2, desdoblado el R2 en dos componentes audibles



R1

- Ruido mitral: Es mucho más alto, debido a las elevadas presiones en el lado izquierdo del corazón. Puede auscultarse en toda la región precordial y es más fuerte en la punta del corazón.
- Ruido tardío: Es más suave se ausculta mejor en la parte inferior del borde esternal izquierdo; se puede auscultar el desdoblamiento de R1.
- R2, A2 es un ruido más fuerte por mayor presión en la aorta
- Se ausculta en la región precordial
- En cambio, P2 es suave por la presión menor en la arteria pulmonar.
- P2 se auscultar en su propio foco, el 2.o y el 3.er espacios intercostales izquierdos, cerca del esternón

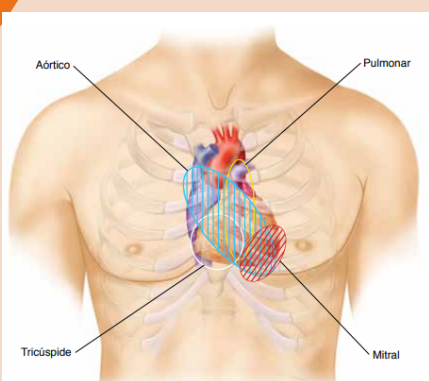
Soplos cardíacos

- Se diferencian de los ruidos cardíacos por su tono y mayor duración
- Se atribuyen al flujo sanguíneo turbulento y suelen indicar el diagnóstico de una valvulopatía

Estenosis aórtica

La válvula estenótica tiene un orificio valvular inusualmente estrecho que obstruye el flujo sanguíneo y causa un soplo característico

Ubicación de los ruidos y soplos cardíacos



Válvula aórtica	2.o espacio intercostal hasta la punta
Válvula pulmonar	2.o y 3.er espacios intercostales izquierdos, cerca del esternón, aunque también en lugares más altos o bajos
Válvula tricúspide	En o cerca de la parte inferior del borde esternal izquierdo
Válvula mitral	En la punta cardíaca y alrededor de ella

Exploración física

Tipos de soplos

Estenosis mitral

- Pide al paciente que gire a una posición de decúbito lateral izquierdo, lo cual aproximará el ventrículo izquierdo a la pared torácica
- Coloca la campana de tu estetoscopio con suavidad sobre el latido de la punta
- Esta posición acentúa el R3 y R4 izquierdos, y los soplos mitrales, en especial la estenosis mitral



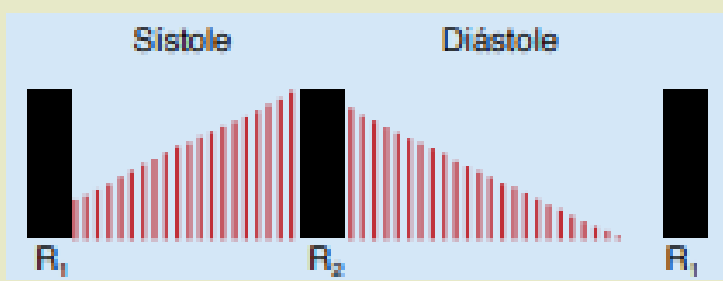
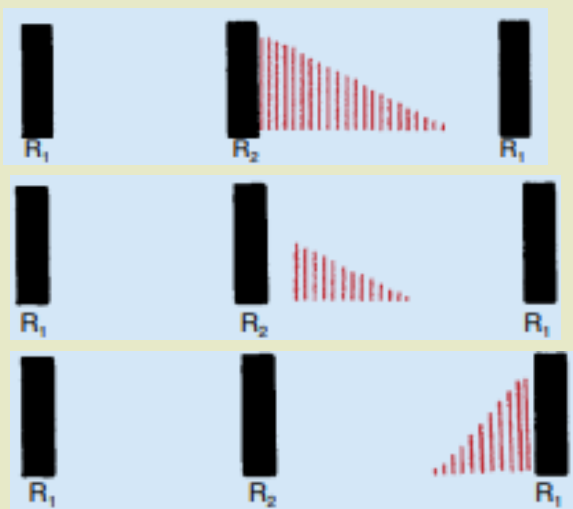
Insuficiencia aórtica

- Pide al paciente que se siente, se incline hacia delante, exhale por completo y deje de respirar por un momento después de la espiración
- Presiona el diafragma del estetoscopio en el tórax y ausculta el borde esternal izquierdo y la punta, pausando periódicamente para que el paciente pueda respirar

Soplos cardiacos

Diastolicos

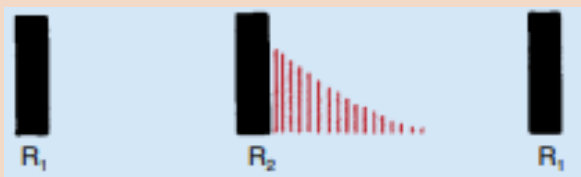
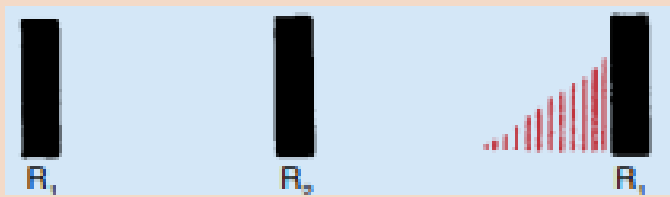
- Sopro protodiastólico: comienza inmediatamente después de R2, sin una laguna clara, y suele atenuarse hasta silenciarse antes del siguiente R1.
- Sopro mesodiastólico: comienza un poco después de R2. Puede atenuarse como se ilustra, o combinarse con un sopro telediastólico.
- Sopro telediastólico (presistólico): comienza en telediástole y suele continuar hasta R1.



Continuo

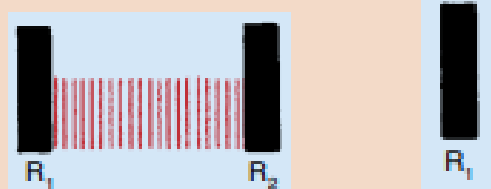
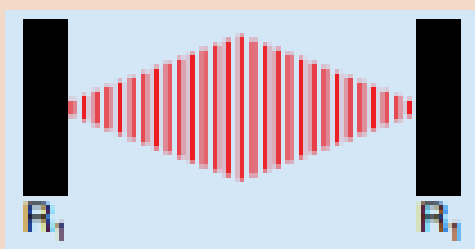
- Sopro continuo: Comienza en sístole y perdura durante toda la diástole o parte de ella (aunque no es necesariamente uniforme a lo largo del soplo)

- Sopro creciente: va aumentando su intensidad



- Sopro decreciente: Va atenuándose

- Sopro creciente-decreciente: primero aumenta de intensidad y luego disminuye.



- Sopro en meseta: tiene la misma intensidad en todo momento.

VALVULOPATIAS

INSUFICIENCIA MITRAL

FISIOPATOLOGIA

- Afectación: Valvas, anillo, cuerdas, músculos papilares o miocardio subyacente.
- La resistencia del vaciamiento del ventrículo izquierdo esta disminuida
- El volumen del ventrículo aumenta con el tiempo
- Hay bajo gasto cardiaco



FACTORES DE RIESGO

- Fiebre reumática
- Faringitis de repetición en infancia
- Cardiopatía isquémica

AUSCULTACION

- Rirno de Duroziez
- Soplo mesosistolico en apex que se irradia hacia la axila izquierda

ECOCARDIOGRAMA

Transtoracico y transesofagico

ESTENOSIS MITRAL

FISIOPATOLOGIA

- Anomalia en la coaptacion valvuar
- Ruptira de la cuerda tendinosa post infarto al miocardio

FACTORES DE RIESGO

- Fiebre reumática en jovenes
- Endocarditis

FENOMENO DE GALLAVARDIN

CLINICA

- Disnea
- Choque cardiogénico
- Bajo gasto cardiaco
- Edema pulmonar
- Fatiga

ESTENOSIS VALVULA TRICUSPIDE

FISIOPATOLOGIA

- Causa de enfermedad de válvula tricúspide es el resultado número uno o varios episodios de infección bacteriana faríngea por estreptococo beta hemolítico del grupo a de Lancefield
- Es menos frecuente
- Origen reumático
- Sexo femenino
- No se acompaña con estenosis mitral

ANOMALIA DE EBSTEIN

- Afecta válvula tricúspide
- Onda P picuda
- QRS ancho
- Se relaciona son Sx de WPW

FACTORES DE RIESGO

- Secundario a carbegolina

AUSCULTACION

SIGNO DE RIVERO CARVALLO

- Soplo holosistolico en foco tricuspideo

ELECTROCARDIOGRAMA

- Auriculomegalia

INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA

FISIOPATOLOGIA

- Proviene de la dilatacion del anillo tricuspideo
- Auriculomegalia derecha
- Aparece por la estimulacion apical cronica del ventriculo derecho
- Otras causas: Fiebre reumatica, prolapso de la valvula, fibrosis

SINTOMAS

- Fatiga
- Pulsaciones cervicales
- Pletora
- Aumento de peso
- Hepatomegalia
- Acitis
- Edema

SOPLOS DE RIVERO CARVALLO

- Diastolico en foco 3
- Holosistolico

LABORATORIOS

- Ecocardiograma
- Electrocardiograma
- Doppler de onda continua

TRATAMIENTO

- Diuréticos
- Espironolactona

VALVULOPATIAS

ESTENOSIS AORTICA

CARACTERISTICAS

- Origen congénito
- Origen reumático y estenosis calcificada

AUSCULTACION

- Soplo sistólico en adulto joven y recién nacido
- Ruido de galope en 3 ruidos
- Clic de eyección del 1 ruido

SINTOMAS

- Niños: Fatiga, palpitaciones, disnea
- Adulto: Angina de pecho, síncope, ortopnea, disnea de esfuerzo

FACTORES DE RIESGO

- Edad + 40 años
- Obesidad
- Arteriosclerosis
- Válvula bicúspide
- Insuficiencia renal crónica

FENOMENOS

- Gallavardin
- Austin - Flint

ESTENOSIS PULMONAR

CAUSAS FRECUENTES

- Carcinoides
- Obstrucción
- Tumores
- Proceso reumático raros casos

ETIOLOGIA CONGENITA

- Mutación PTP N1 50% - Sx de Noonan

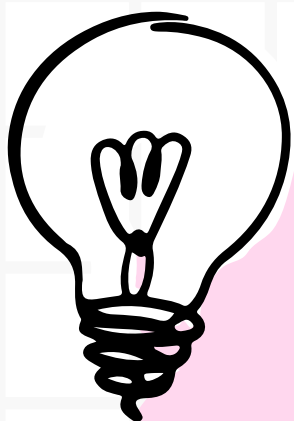
INSUFICIENCIA PULMONAR

FISIOPATOLOGIA

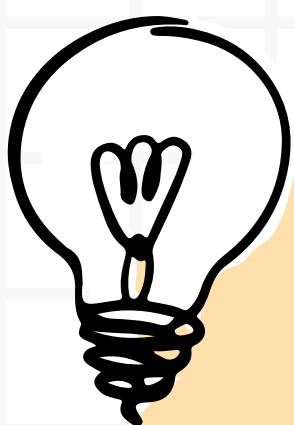
- Puede desarrollarse como consecuencia de patologías valvulares
- Valvulopatía primaria: Congénita
- Agrandamiento del anillo: Hipertensión pulmonar

SOPLO DIASTOLICO AGUDO DECRECIENTE (GRAHAM STELL)

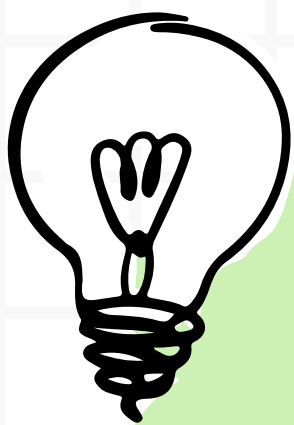
BIBLIOGRAFIA



MOORE
ANATOMIA.PDF



BATES GUIA DE
EXPLORACION FISICA E
HISTORIA CLINICA 12A
EDICION.PDF



HARRISON_PRINCIPIOS_
DE_MEDICINA_INTERN
A_20°_2019_TOMO_2_
1(1).PDF