

ARRITMIAS CARDIACAS

L.E.I. NANCY DOMINGUEZ TORRES

ARRITMIAS

CONCEPTO

Se considera como arritmia a toda alteración del ritmo sinusal normal, una situación que se ve con suma frecuencia en los servicios de urgencia hospitalarios.

TRASTORNOS DE LA FORMACIÓN DEL IMPULSO

BRADICARDIA SINUSAL

Aunque rara vez es motivo de consulta en urgencias, los criterios diagnósticos para esta arritmia son: onda P de origen sinusal, eje de P normal, intervalo PR normal, la frecuencia es de 59 lpm o menor, y el PP puede ser regular o algo irregular (en caso de arritmia sinusal). Debe hacerse el diagnóstico diferencial con bloqueo sinoauricular de segundo grado o paro sinusal. No suele requerir tratamiento específico a menos que se produzcan síntomas de gasto bajo como en la enfermedad del nodo sinusal, que incluso podría requerir un marcapaso definitivo.

TAQUICARDIA SINUSAL

Pocas veces es motivo de consulta en urgencias, pero en casos de frecuencia cardiaca alta se debe diferenciar de otras taquiarritmias. En ésta se cumplen los criterios diagnósticos previos, pero la frecuencia del nodo sinusal oscila entre 100 y 160 o hasta 180 lpm. Este tipo de taquicardia es fisiológico la mayor parte de las veces y lo más importante radica en determinar el origen, ya sea que responda a causas cardiacas (ICCV) o extracardiacas (hipertiroidismo, anemia, etc.). El tratamiento se basa en la etiología.

MARCAPASO MIGRATORIO

Algunos autores consideran a esta arritmia como una variedad exagerada de la arritmia sinusal ya que exhibe un patrón de variación respiratorio. En esta arritmia el sitio de origen del latido sinusal cambia dentro del nodo sinusal; en consecuencia, hay variaciones en la configuración de la onda P mientras el intervalo PR permanece constante o con ligera variación. El significado clínico de esta arritmia es el mismo que el de la arritmia sinusal, y se puede observar en sujetos sanos ya que coexiste bradicardia sinusal y arritmia sinusal.

PAUSA O PARO SINUSAL

Puede causar síncope y motivar la consulta en urgencias; se origina por la falla en la generación del impulso dentro del nodo sinusal, lo que se traduce en falta de evidencia electrocardiográfica de la onda P y se manifiesta como asistolia de duración variable. Las pausas. 2.5 seg durante el estado de vigilia (en el sueño pueden ser fisiológicas) tienen valor clínico.

CLASIFICACIÓN

FIBRILACIÓN VENTRICULAR

Es una arritmia ventricular grave que equivale a estar en paro cardiocirculatorio y que por ello exige que de inmediato se inicie la RCP. Los QRS muestran grados variables de amplitud y duración, puede ser primaria o secundaria (ésta acompaña a la fase final de cualquier enfermedad cardiaca), la frecuencia varía entre 250 y 500 por min. Es imposible distinguir el QRS del segmento ST, y la desfibrilación es mandatoria.

TAQUICARDIAS VENTRICULARES

Se definen como la presencia de tres o más complejos ventriculares consecutivos, con tres formas de presentación: paroxística, no paroxística y por foco parasistólico. En cuanto a su duración, pueden ser sostenidas (más de 30 seg de duración o, 30 seg pero que requieran alguna maniobra para terminarla) y no sostenidas (menos de 25 seg). La frecuencia cardiaca es mayor de 120 lpm, pero puede llegar a frecuencias de 180 a 250 lpm; los ventrículos tienen una frecuencia que no depende del ritmo sinusal, por lo que se produce disociación AV (hasta en 50% de los casos).

TAQUICARDIA AURICULAR

Este ritmo se origina en las aurículas, pero para diagnosticar taquicardia auricular deben presentarse cuando menos tres o más latidos consecutivos. La configuración de la onda P depende del sitio de origen, que pueden ser varios, como una variedad en la que existen varios focos de descarga denominada taquicardia auricular multifocal (se presenta en los pacientes con enfermedades graves como EPOC).

En la taquicardia auricular la frecuencia oscila entre 140 y 250 lpm y en general muestra una conducción 2:1, pero si la conducción AV es óptima puede observarse una conducción 1:1. En general la respuesta a antiarrítmicos es escasa, pero no obstante se pueden ensayar antiarrítmicos como betabloqueadores, verapamilo o flecainida, o incluso llegar a la ablación con radiofrecuencia para el tratamiento definitivo.

VALVULOPATÍAS

ESTENOSIS AÓRTICA

Es la valvulopatías más frecuente, con el calificativo de grave cuando el área valvular es menor de 0.8 cm² o el gradiente de presión sistólico pico es mayor de 50 mmHg. Dentro de las causas de origen valvular se encuentran las siguientes:

- **REUMÁTICA:** es causada por la fusión de las comisuras. Suele presentarse en pacientes entre 40 y 60 años y con frecuencia se acompaña de valvulopatías mitral.
- **CONGÉNITA:** debido a válvula aórtica univalva o bivalva, con prevalencia estimada de 1 a 2% en la población que se encuentra entre la cuarta y quinta décadas de la vida. En estos casos se presenta flujo turbulento que promueve la calcificación y degeneración de la válvula.
- **DEGENERATIVA:** debido a calcificación desde la base a las valvas sin fusión de estas últimas. Es un hallazgo que se verifica de preferencia en personas del sexo masculino, mayores de 60 años, con dislipidemia, compartiendo los mismos factores de riesgo que la aterosclerosis, y en quienes se puede documentar enfermedad arterial coronaria en 50%.

FISIOPATOLOGÍA

Al principio presentan un periodo latente prolongado durante el cual se mantiene el gasto cardiaco, a pesar del incremento en el gradiente a través de la válvula aórtica. En esta fase la morbimortalidad es muy baja. Más adelante se desarrolla hipertrofia miocárdica, lo cual provoca disminución del flujo coronario y en consecuencia hace su aparición la angina.

La obstrucción a la salida de sangre del ventrículo izquierdo limita el incremento del gasto cardiaco que se requiere en el ejercicio, con lo que aparece el síncope. En etapas avanzadas, el ventrículo izquierdo presenta datos de insuficiencia cardiaca al no tolerar la sobrecarga por la obstrucción al tracto de salida.

ESTUDIOS DE GABINETE

▣ **ECG:**

85% de los pacientes presenta hipertrofia de cavidades izquierdas. • Radiografía de tórax: por lo general es normal. Cuando se observa cardiomegalia significa que el ventrículo se comenzó a dilatar. Se pueden observar datos de hipertensión venocapilar pulmonar por disfunción diastólica, así como dilatación de la aorta ascendente y calcificación del botón aórtico.

▣ **ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO:**

ayuda a determinar el número y grado de afección de las valvas, área valvular aórtica, el gradiente transvalvular, valvulopatías concomitantes y función ventricular.

▣ **CATETERISMO CARDIACO:**

se recomienda en pacientes mayores de 40 años para descartar cardiopatía isquémica asociada, además de corroborar el área valvular y los gradientes.

TRATAMIENTO

QUIRÚRGICO:

no hay tratamiento médico para la estenosis aórtica avanzada, por lo que el tratamiento de elección es el cambio valvular aórtico, que se debe llevar a cabo lo antes posible. La sobrevida de los pacientes sin tratamiento quirúrgico es: a) del 50% a 5 años en los que inician con angina; b) del 50% a 3 años en los que presentan síncope, y c) del 50% a 2 años en pacientes con insuficiencia cardiaca.

VALVULOPLASTIA CON BALÓN:

su eficacia es limitada, ya que sólo disminuye los síntomas sin mejorar la sobrevida, además de que se produce 60% de reestenosis a seis meses y de 100% a 2 años.