

Universidad Del Sureste

URGENCIAS MEDICAS

**CATEDRATICO: DR. SUAREZ MARTINEZ
ROMEO**

Alexis Fernando Cancino Dominguez

“MAPAS”

SEMESTRE: 8

GRUPO: A

Comitán de Domínguez Chiapas a de OCTUBRE 2020



BRADIARRITMIAS

Son de observación clínica frecuente y comprende diversos trastornos del ritmo como la disfunción del nodo sinusal y las alteraciones de la conducción auriculoventricular

Bloqueo AV de 1er grado

Es el más leve de los bloqueos

Existe retraso de la conducción del impulso al pasar desde las aurículas a los ventrículos, lo que conlleva que el estímulo tarde más tiempo en provocar la despolarización ventricular

Este bloqueo es el trastorno de la conducción normalmente se encuentra a nivel del nodo auriculoventricular

En ECG se caracteriza por presentar ondas P seguidas por complejos QRS, pero con el intervalo PR prolongados o mayor a 0,20seg

Bloqueo AV de 2 grado Mobitz tipo I

se produce una pausa en la conducción AV con alargamiento del intervalo PR de los latidos previos

Fenomeno de Wenckebach intervalo PR se va alargado hasta que la onda P no se conduce

Se considera benigno y habitualmente es asintomático

Bloqueo AV de 2 grado Mobitz tipo II

Se produce una ausencia intermitente de la conducción auriculoventricular

Las ondas P son seguidas de un QRS, presentando pausas en la estimulación ventricular

Es menos frecuente y casi siempre indica una enfermedad severa de la conducción

Se diferencia por tener intervalos PR constantes, antes y después de la onda P bloqueada

ECG la onda P no conducida con intervalos PR previos y posteriores de similar duración

Bloqueo AV de 3 grado

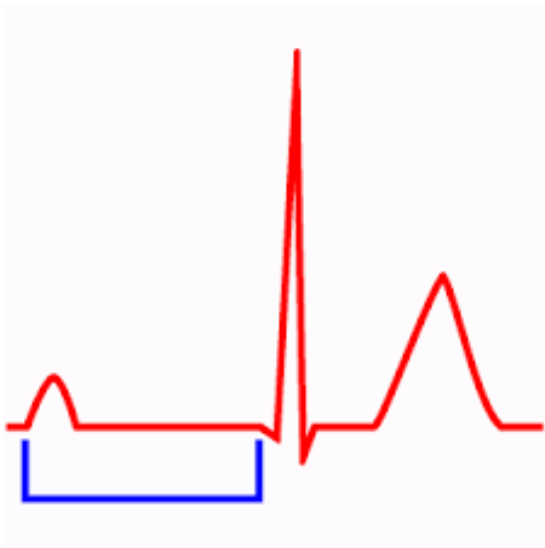
Se produce una interrupción total de la conducción AV, provocando una desconexión eléctrica entre las aurículas y ventrículos

Ningún estímulo es transmitido a través del sistema de conducción AV, por lo que las aurículas y los ventrículos se despolarizan independientemente uno de otro.

Las aurículas son estimuladas por el nodo sinusal. Ventricular depende del origen de su escape, nodo AV, haz de his, ramas

Existen muchas causas por las que puede dar un bloqueo completo auriculoventricular

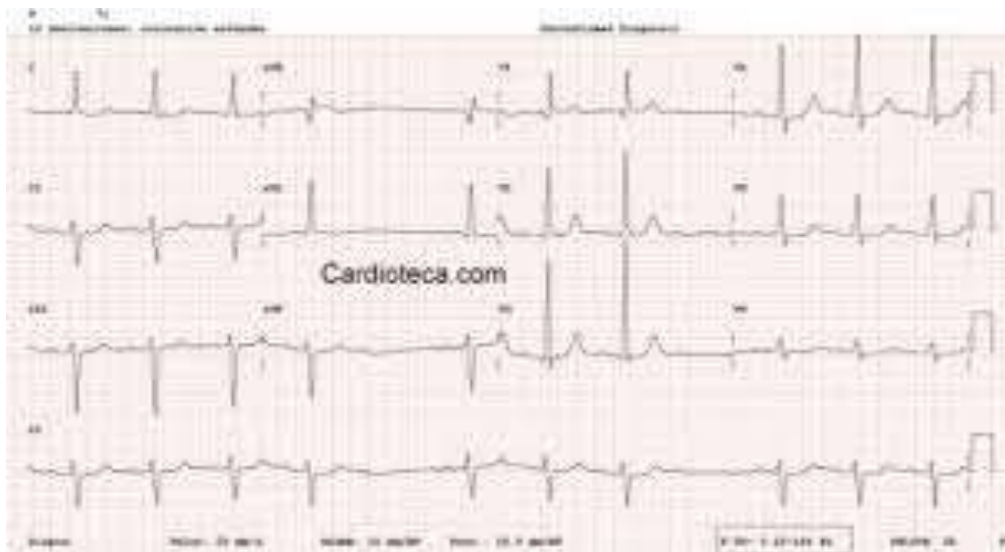
BLOQUEO AV DE 1er GRADO



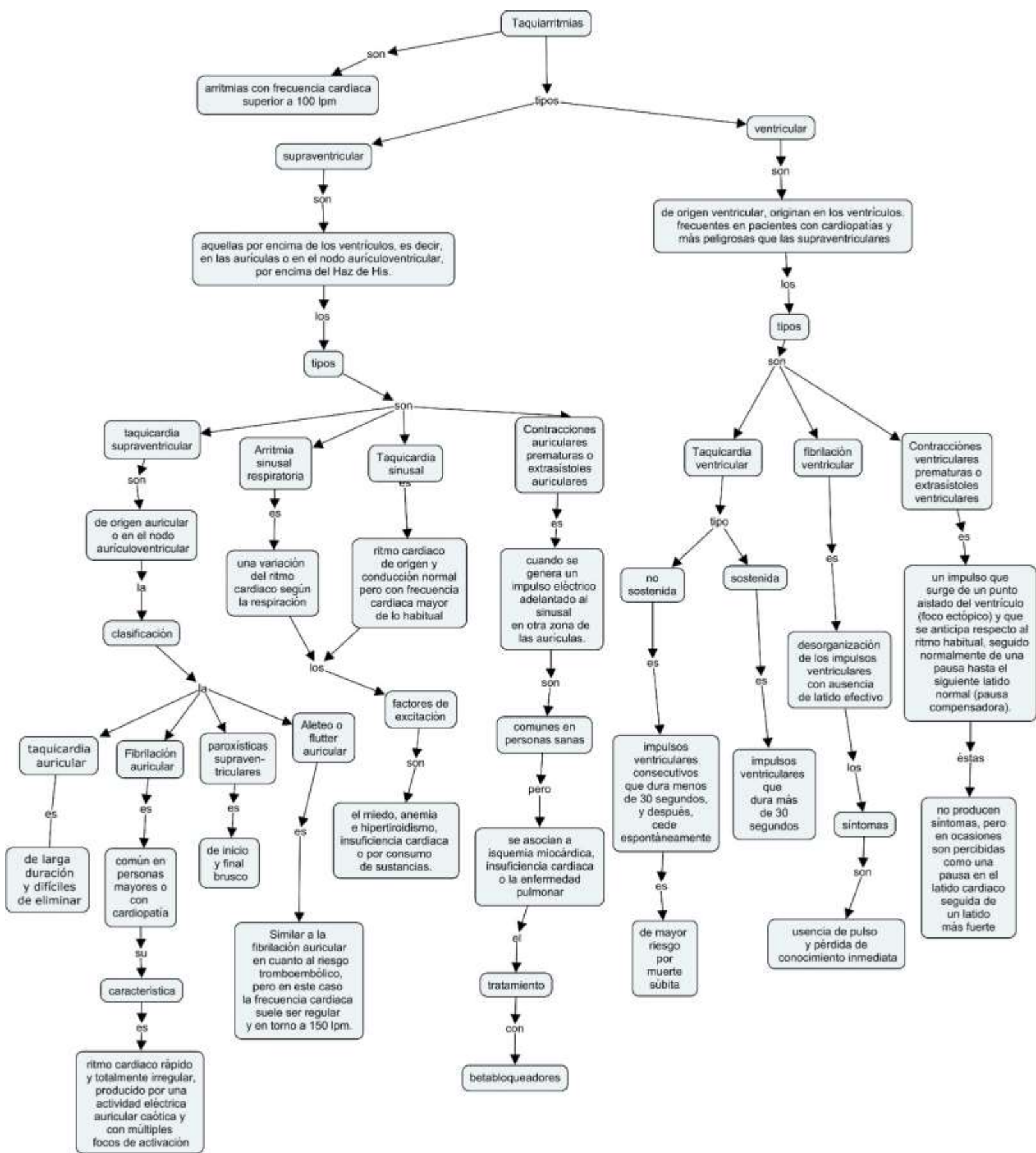
BLOQUEO AV 3er GRADO



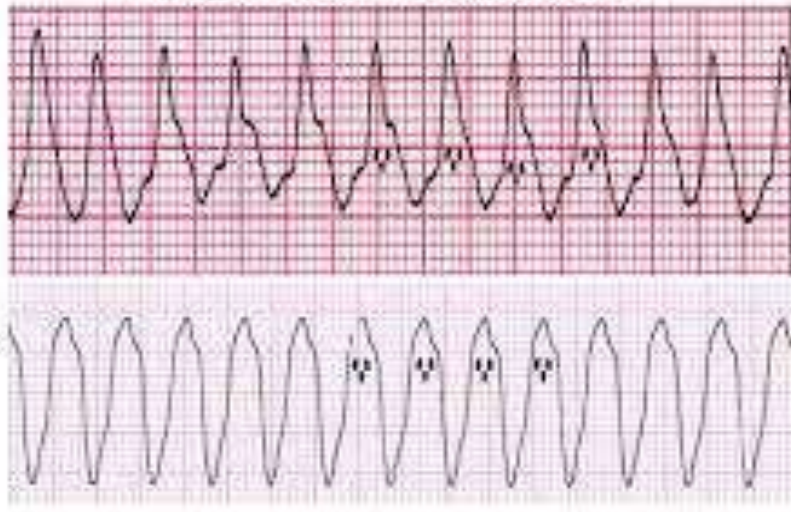
MOBITZ I



MOBITZ II

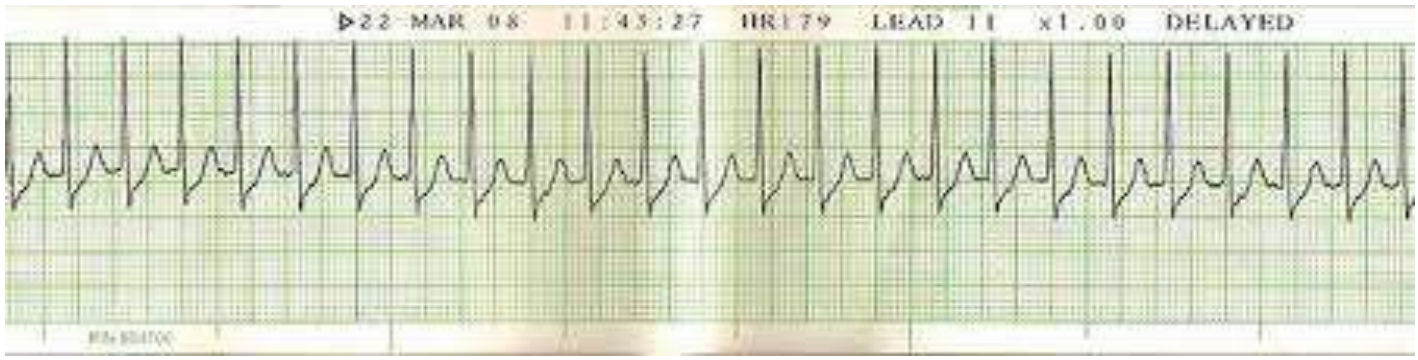
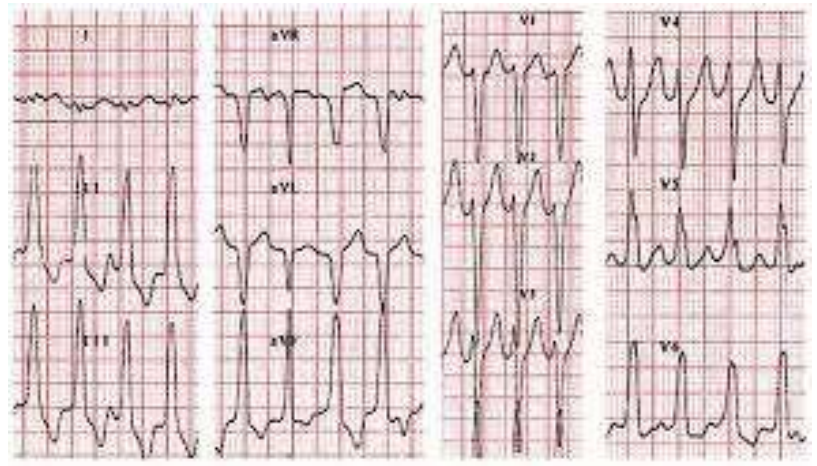


TAQUICARDIA VENTRICULAR



TAQUICARDIA VENTRICULAR

TAQUICARDIA SUPRA VENTRICULARES



Fibrilación Auricular con respuesta ventricular

Es la arritmia cardiaca mas frecuente en la practica clinica

Afecta en el 2% de toda la poblacion y sigue en aumento en los ultimos 50 años

tipos

lenta

rápida

media

precisa

Cuando la FC es muy lenta o hay pausas prolongadas menos de 50 lpm

pacientes con exceso de tratamiento y en alteraciones del nodo auriculoventricular

pacientes sin FC extrema (<50 o >120lpm) ni sintomas severos

FC mayor de 120 lpm

monitorización continua y medicación iv o CV eléctrica (si hay inestabilidad hemodinámica)

posible

bloqueo AV de alto grado

tipo

asintomatica

sintomatica

descompensación de otra patología

por

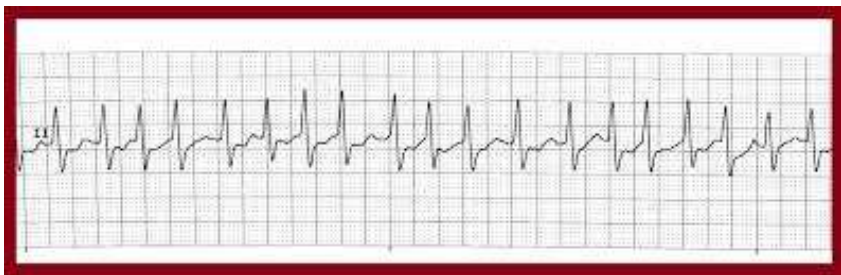
ejemplo

anemia, hipoxemia, infección respiratoria etc

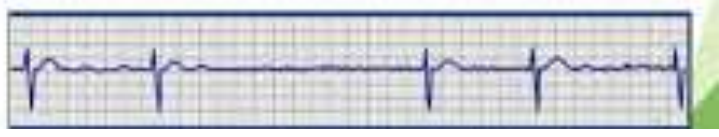
debe

ser remitido para monitorización e implantación de marcapasos temporal o definitivo si fuera preciso

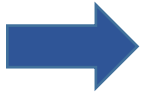
secundaria a fármacos, hay que ajustar dosis o suspender fármaco



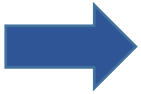
- Exceso de tratamiento
- D/C Enfermedad del nodo Auriculo-ventricular (40 l/m o pausas prolongadas).
- P/b Fibrilación Auricular y Bloqueo AV completo (QRS rítmicos)



BIBLIOGRAFIA



Julia Vogler. (2012). Bradirritmias y bloqueos de la conducción. Revista Española de Cardiología , vol.65, 656.



Eugenio Alejandro Ruesga Zamora. (2011). Cardiología . Bogota, Colombia: Manual Moderno .