



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**  
**MEDICINA HUMANA**



**URGENCIAS.**

Dr. Suarez Martínez Romeo

TEMA:

**BADIARRITMIAS, TAQUIARRITMIAS, FIBRILACIÓN  
AURICULAR .**



PRESENTA:

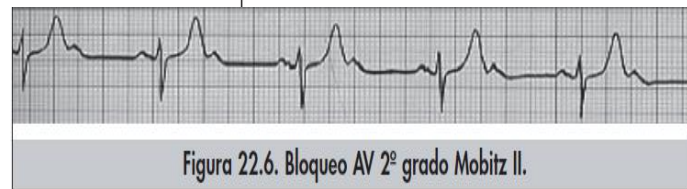
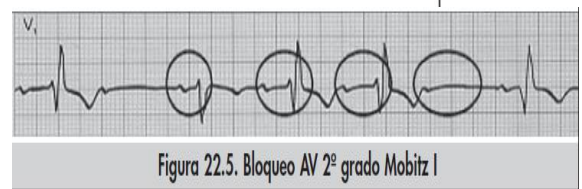
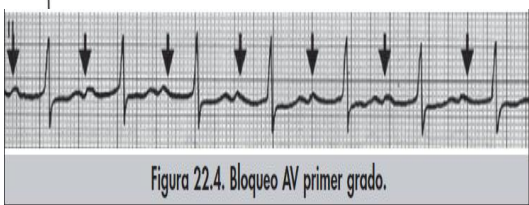
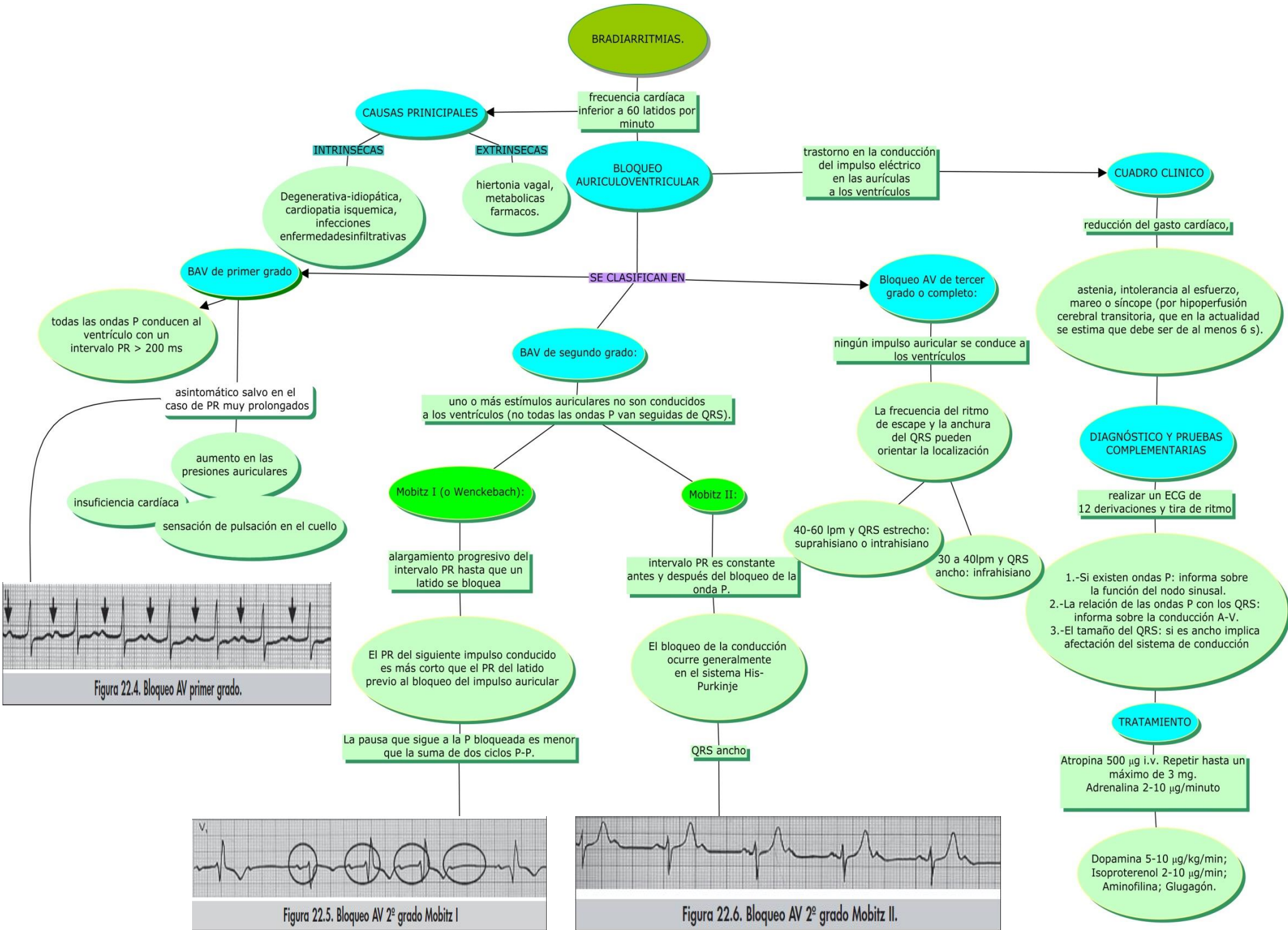
LÓPEZ HERNANDEZ SANDIBEL

OCTAVO SEMESTRE, GRUPO UNICO.

COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS A 18 DE OCTUBRE DEL 2020

## Contenido

BRADIARRITMIAS. ....	3
taquiarritmias.....	4
FIBRILACION AURICULAR.....	5
BIBLIOGRAFIA.....	6



# TAQUIARRITMIAS.

la modificación de la frecuencia y/o regularidad del ritmo sinusal que sobrepasa los límites normales,

taquiarritmias > 100 lpm.  
QRS ancho > 120ms

las taquicardias supraventriculares como las de QRS estrecho y las ventriculares como QRS ancho

## TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

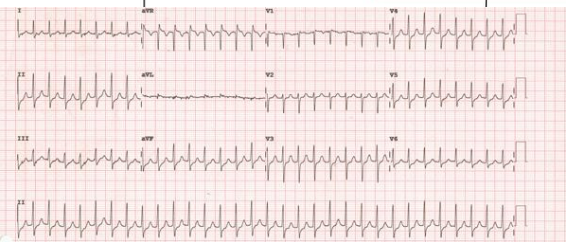
### Taquicardias paroxísticas supraventriculares

#### Taquicardia por reentrada intranodal:

onda P está oculta en el QRS o aparece deformando la porción terminal del mismo (pseudor' en V1 o pseudoS en derivaciones de la cara inferior)

#### Taquicardia ortodrómica

predominio en varones  
intervalo RP en taquicardia es corto aunque no tanto como en la intranodal común, siendo la onda P generalmente visible tras el QRS



## MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Palpitaciones, opresión torácica, disnea o mareo

## EVALUACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Valorar situación hemodinámica del paciente. En caso de taquiarritmia asociada a inestabilidad hemodinámica (TAS < 90 mmHg o 30 mmHg inferior a la previa y/o sintomatología)

Realizar un ECG de 12 derivaciones con tira de ritmo.

Anamnesis completa, incluyendo medicación habitual (antiarrítmicos, fármacos proarrítmicos) y hábitos tóxicos.

## TRATAMIENTO

cardioversión eléctrica (CVE) urgente.

debido a que es consecuencia de una patología, evaluar y tratar la causa primaria

para sntomas; loracepam 1cp  
betabloqueadores: propranolol 10mg c/8 horas vo

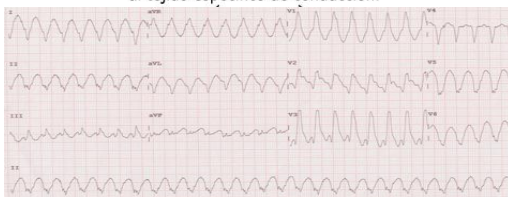
para las taquicardias paroxísticas supraventriculares

adenosida en bolo de 41 - 2 minutos

amiodarona o verapamilo

## TAQUICARDIA VENTRICULAR

El QRS es ancho ya que la activación ventricular suele ser ajena al tejido específico de conducción.



### taquicardias ventriculares monomorfas

#### IDIOPÁTICAS:

QRS predominantemente negativo en V1 y positivo en derivaciones de la cara inferior.

#### Asociadas con otras cardiopatías

##### Asociadas con infarto crónico

No presentan un patrón ECG específico

icardiopatía dilatada no isquémica, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho

### taquicardias ventriculares polimorfas

#### TV catecolaminérgica

debut clínico desde la infancia

#### Asociadas a síndrome de Brugada

elevación del ST > 2 mm en precordiales derechas, con onda T negativa

#### Asociadas a QT largo:

ECG típico helicoidal, QT prolongado

## Análisis del ECG

Se deben valorar los siguientes datos:

La existencia o no de ondas p y la regularidad de las mismas.  
La relación entre las ondas p y los complejos QRS.  
La morfología, la duración y el eje de las ondas p y del complejo QRS.  
La longitud del ciclo (frecuencia del QRS).

El intervalo RR (regular o irregular).  
6. El intervalo QT (antes de iniciar tratamiento con antiarrítmicos o en paciente con síncope).

7. La repolarización ventricular.

8. Los datos de preexcitación.

9. Las espigas de marcapasos o resincronizadores.



# FIBRILACION AURICULAR.

**arritmia cardíaca sostenida**

es una taquicardia supraventricular caracterizada por una activación auricular desorganizada

FA paroxística

episodios de menos de 7 días, en los cuales la arritmia termina espontáneamente.

FA persistente

episodios de 7 días o de más días de duración; incluye también los casos de FA de larga duración (más de 1 año),

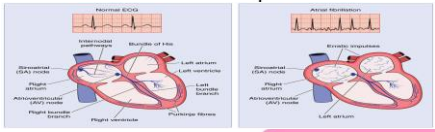
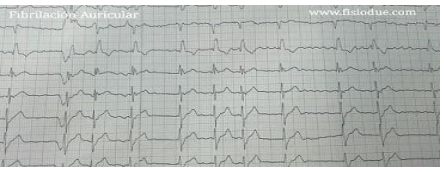
FA permanente:

es aquella en la que la cardioversión ha fracasado o ha sido descartada.

FA aislada:

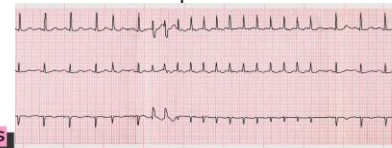
individuos de menos de 60 años de edad sin evidencia clínica o electrocardiográfica de enfermedad cardiopulmonar, incluida la hipertensión.

episodios que duran más de 30 segundos y no tienen una causa reversible.



Clinica

palpitaciones



dolor torácico, disnea, astenia, mareo o síncope

poliuria, síncope

Evaluación inicial

Historia clínica y exploración física

-Presencia de síntomas.  
- Frecuencia, duración y factores precipitantes.  
- Presencia de enfermedad cardiovascular asociada.  
- Presencia de enfermedad o condición causante de FA

Tratamiento

Control de la frecuencia cardíaca versus control del ritmo cardíaco.  
- Prevención de tromboembolias

fármacos más efectivos para el control de la frecuencia cardíaca son los betabloqueantes y calcioantagonistas no dihidropiridínicos

cardioversión a ritmo sinusal en los siguientes casos:



ECG

determinar la frecuencia cardíaca, así como datos de hipertrofia ventricular izquierda o derecha.

radiografía de torax.

para la evaluación de la silueta cardíaca y de la vasculatura pulmonar

Pruebas complementarias

Ecocardiograma: para determinar las dimensiones de la aurícula y el ventrículo izquierdos, el grosor de la pared y la función del VI y descartar enfermedad valvular

Determinación de la función tiroidea, renal y hepática, electrolitos séricos y hemograma por lo menos una vez durante la evaluación del paciente

Estudio Holter: nos permite confirmar el buen control de la frecuencia cardíaca en pacientes con FA crónica, así como confirmar el diagnóstico en pacientes con sospecha de FA paroxística

FA de cualquier duración asociada a inestabilidad hemodinámica

Se recomienda realizar la cardioversión eléctrica colocando las palas en situación anteroposterior y con choques bifásicos de 200 a 360 J.

Pacientes no anticoagulados con FA de una duración inferior a 48 h en ausencia de valvulopatía mitral reumática

cardioversion farmacologica

FA de cualquier duración si han estado adecuadamente anticoagulados en las últimas 3-4 semanas (INR>2)

FLECAINIDA iv: 1,5-3 mg/kg en 10-20 vo: 200-300 mg  
PROPAPENONA iv: 1,5-2 mg/kg en 10-20 min vo: 600 mg  
AMIODARONA 5-7 mg/kg durante 30-60 min , 1,2-1,8 g/d

## **BIBLIOGRAFIA.**

1. Agustín Julián Jiménez, 2010, Manual de Protocolos y Actuación en URGENCIAS Tercera Edición
2. M. J. Vásquez lima, 2008, guía de actuación en urgencias.
3. Braunwald E. Unstable angina. A classification. Circulation. 1989 Aug;80(2):410-4.