



Medicina Humana

Nombre del alumno: Luz Angeles Jiménez Chamec

Nombre del profesor: Dr. Romeo Suarez Martínez

Nombre del trabajo: Diagramas de flujo de taquiarritmias y bradiarritmias

Materia: Cardiología

Grado y grupo: 5° B

Comitán de Domínguez Chiapas a 16 de septiembre del 2022.

Taquiarritmias

Fibrilación auricular

Fisiopatología

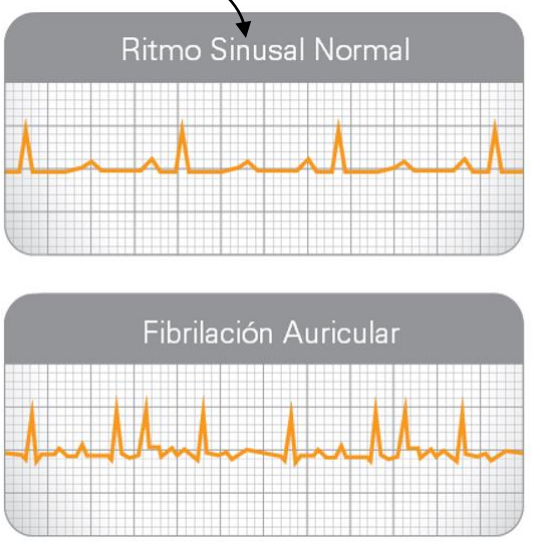
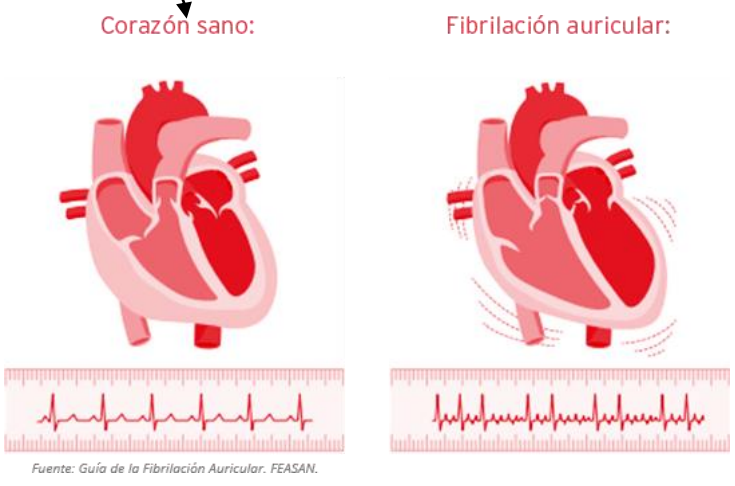
- El envejecimiento continuo o la degeneración del tejido auricular y del sistema de conducción, la progresión de la enfermedad cardíaca estructural

Forma de identificarlo

- Ritmo cardíaco irregular y a menudo muy rápido
- No hay onda P
- Si hay QRS
- Ritmo arritmico

Tratamiento

- Cardioversión
- Medicamentos antiarrítmicos
- Digoxina



Fibrilación ventricular

Fisiopatología

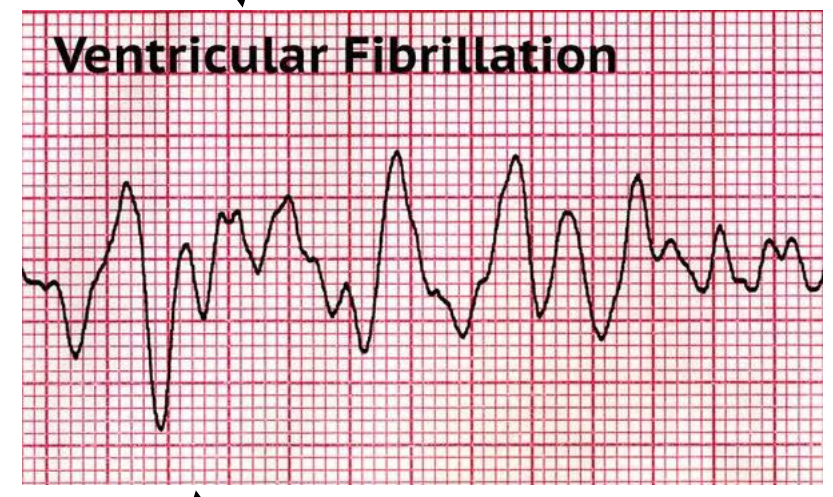
- Temblo no coordinado de los ventriculos, conduce el desarrollo inmediato de síncope y muerte en pocos

Forma de identificarlo

- Es el ritmo cardíaco rápido y potencialmente mortal que comienza en las cavidades del corazón.
- No hay onda P
- No hay QRS
- Ritmo caótico

Tratamiento

- RCP
- Antiarrítmicos
- Desfibrilación eléctrica



Algoritmo de la fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular sin pulso

- Ventricular Fibrilacion
- Ventricular Taquicardia

Taquicardia supraventricular

Fisiopatología

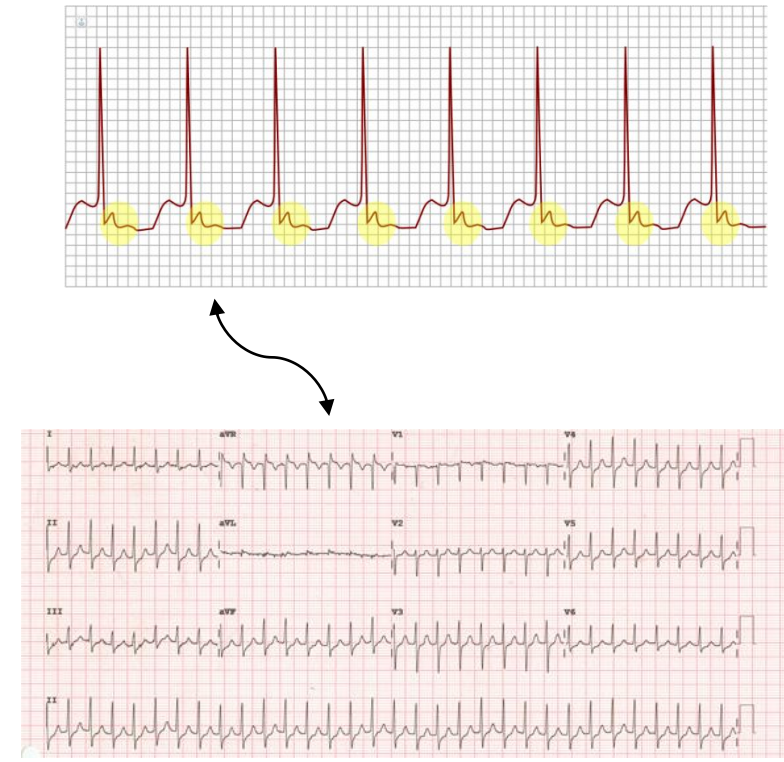
- Ritmos rápidos que tienen su origen superior a la bifurcación del haz de his incluyendo aquellas originadas en el nodo sinusal, tejido auricular, tejido del nodo auriculoventricular y las medidas por vías accesorias

Forma de identificarlo

- Frecuencia cardíaca rápida por encima de los ventriculos

Tratamiento

- RCP
- Antiarrítmicos
- Desfibrilación eléctrica



Taquicardia ventricular

Fisiopatología

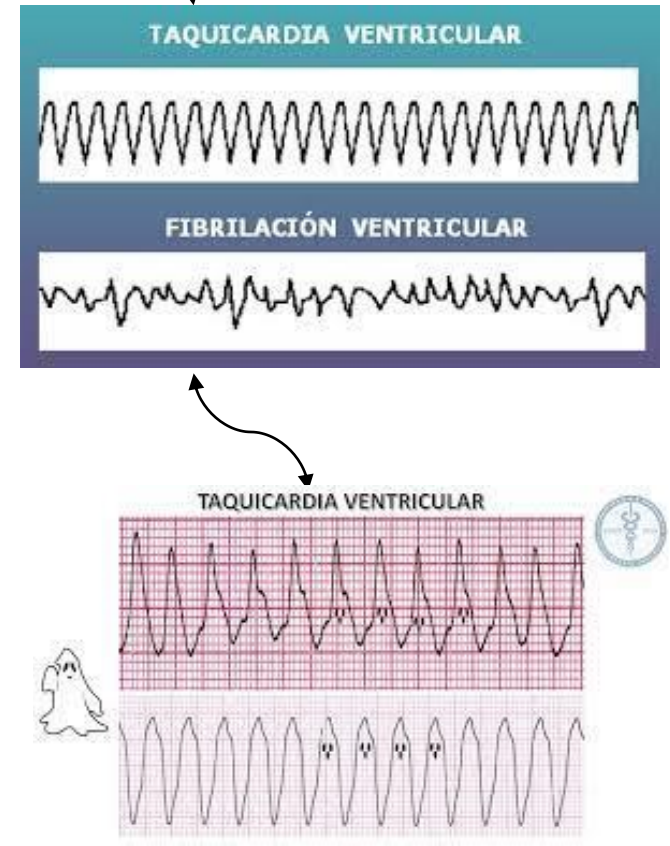
- es un trastorno del ritmo cardíaco (arritmia) causado por señales eléctricas anormales en las cámaras inferiores del corazón (ventriculos). Esta afección también se conoce como tac-V o TV.
- Un corazón sano normalmente late entre 60 y 100 veces por minuto en reposo.

Forma de identificarlo

- La taquicardia ventricular es el hallazgo de ≥ 3 latidos ventriculares consecutivos a una frecuencia ≥ 120 latidos/minuto.

Tratamiento

- Pulso: Antiarrítmicos (amiodarona, procainamida, lidocaina)
- No pulso: (desfibrilación + RCP)



Bradiarritmias

Bloqueo AV de 2º grado

Bloqueo AV de 1º grado

Bloqueo AV de 3º grado

Mobitz 1

Fisiopatología

- Cada latido sucesivo cae cada vez más cerca del período refractario del nodo AV, y por lo tanto el impulso se demora en penetrar al nodo y en alcanzar los ventrículos

Forma de identificarlo

- Hay un alargamiento del intervalo P-R seguido por un latido que no se conduce
- El retardo de conducción se localiza en el nodo AV.

Tratamiento

- Atropina 1mg bolo IV 3-5 min maximo 3 mg
- Dopamina infusion 5-20 MCG/KG/MIN

Mobitz 2

Fisiopatología

- Se asocia con un patrón de bloqueo de rama, en donde los latidos de escape son debidos a un bloqueo de rama bilateral que puede progresar a un bloqueo AV completo con síncope

Forma de identificarlo

- Presencia súbita de una onda P que no conduce a los ventrículos, sin prolongación previa del intervalo PR, y su nivel de bloqueo usualmente es infranodal.

Tratamiento

- marcapaso definitivo

Fisiopatología

- todos los impulsos eléctricos de las aurículas llegan hasta los ventrículos, pero todos ellos sufren un retraso de una fracción de segundo al pasar por el nódulo auriculoventricular

Forma de identificarlo

- la conducción es más lenta pero no se saltean latidos. Tras todas las ondas P normales, se encuentran complejos QRS, pero el intervalo PR es más prolongado que el normal (> 0,2 segundos).

Tratamiento

- Atropina 1mg bolo IV 3-5 min maximo 3 mg
- Dopamina infusion 5-20 MCG/KG/MIN
- Marcapasos si no hay mejoramiento

Fisiopatología

- Falla completa de la conducción entre la aurícula y el ventrículo (bradicardia mas marcada, arritmico, el uso de marcapasos)

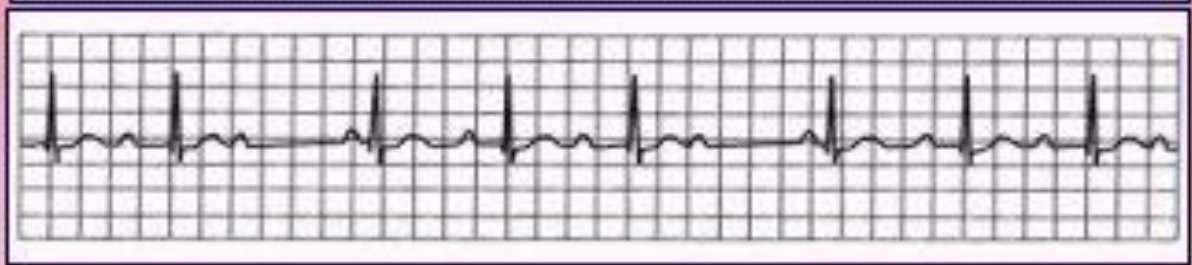
Forma de identificarlo

- se caracteriza por que ninguna onda P conduce hacia los ventriculos
- Pulso normalmente bradicardia <40 latidos por min
- Pueden estar presentes las ondas de cañon (ondas grandes)

Tratamiento

- Atropina 1mg bolo IV 3-5 min maximo 3 mg
- Dopamina infusion 5-20 MCG/KG/MIN

Bloqueo AV 2º grado (PR > 0,20 s) Mobitz 1 (Wenckebach):
 -Prolongación progresiva de PR.
 -Finalmente, QRS ausente luego de Onda P



Bloqueo AV 2º grado (PR > 0.20 s) Mobitz 2:
 Ocasionalmente no hay QRS luego de la onda P.



Bloqueos auriculoventriculares

Bloqueo AV Primer grado

Intervalo PR > 0,20 seg (5 cuadraditos)

Bloqueo AV Segundo grado tipo 1

Alargamiento progresivo del intervalo PR hasta que una P deja de estar conducida por un QRS

Bloqueo AV Segundo grado tipo 2

Alguna onda P no conducirán y no irán seguidas de un QRS

Bloqueo AV Tercer grado o completo

Las aurículas y ventrículos se despolarizan de forma diferente

@enfermerodesimulacion

Fuente: Manual ACLS Asociación Americana del Corazón

Bloqueo AV de 3er grado

- Actividad auricular y ventricular no sincrónica
- Impulso que estimula ventrículos se origina en nódulo AV o más distalmente

Bibliografía

- Alteraciones electrocardiograficas. (s.f.). 4.
Bloqueo AV de 3er grado . (s.f.). En D. E. Muñoz, Aprende ECG en un día (págs. 42-43). Jaypee-Highlights Medical PulishersInc.
William Uribe Arango, M. D. (s.f.). Electrocardiografia y arritmias
Fisiopatologia alteraciones de la salud conceptos Basicos Porth