



PASIÓN POR EDUCAR



**Nombre del alumno: Jazmín
Hernández Morales**

**Nombre del profesor: Suarez Martínez
Romeo**

Nombre del trabajo: Diagrama

Materia: Cardiología

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 5°B

TAQUIARRITMIAS Y BRADIARRITMIAS

FIBRILACIÓN AURICULAR

Se trata de una alteración de la conductividad normal del corazón (denominada ritmo sinusal), cuando las aurículas no se contraen adecuadamente y los ventrículos lo hacen de manera irregular y excesivamente rápida, impidiendo el normal funcionamiento del corazón.

TRATAMIENTO

RECOMENDADO

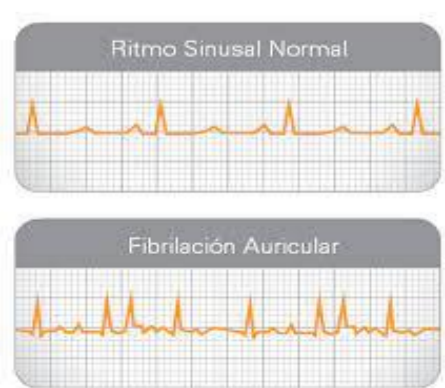
cardioversión farmacológica.

antiarrítmicos

COMO IDENTIFICARLO

- Ritmo irregularmente irregular
- Ausencia de ondas P (reemplazadas por onda F)
- Vibración de la línea de base

EJEMPLO



FIBRILACION VENTRICULAR

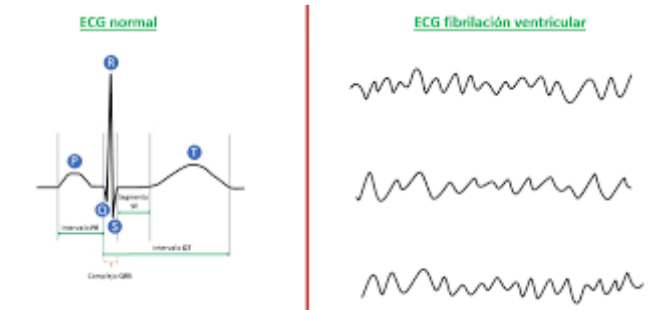
Es el ritmo cardíaco rápido y potencialmente mortal que comienza en las cavidades del corazón. Puede ser ocasionada por un infarto

TRATAMIENTO

RECOMENDADO

- Desfibrilación.-
- Corregir trastornos asociados.-
- Mandatorio verificar isquemia activa.-
- Beta bloqueadores.-
- Amiodarona.-
- Procainamida.

EJEMPLO



TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

La taquicardia supraventricular son latidos irregularmente rápidos del corazón. Ocurre cuando las conexiones eléctricas defectuosas en el corazón desencadenan una serie de latidos tempranos en las cavidades superiores (aurículas)

COMO IDENTIFICARLO

las ondas P ectópicas preceden se superponen o siguen al complejo QRS; la frecuencia se sitúa entre 160-250 lat/min y el intervalo RR es regular.

EJEMPLO



TAQUICARDIA VENTRICULAR

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

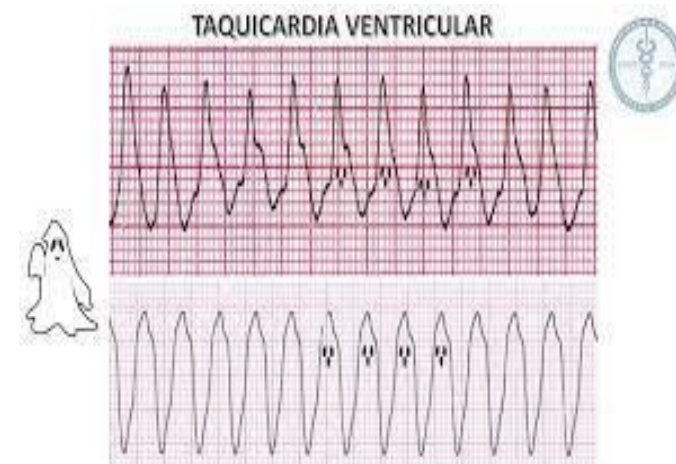
COMO IDENTIFICARLO

Se caracteriza electrocardiográficamente por la presencia de complejos QRS, con patrón de bloqueo de rama derecha y alternancia del eje eléctrico en el plano frontal.

TRATAMIENTO

RECOMENDADO

- 1- RCP
- 2- Desfibrilación eléctrica
- 3- Procainamida 20-30 MG
- 4- Amiodarona 150MG



BLOQUEO DE PRIMER GRADO

Existe un 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 (complejo QRS)

COMO IDENTIFICARLO

El intervalo PR se prolonga más de la 0.20 segundos y permanece constante. Cada onda P va seguida de un complejo QRS

TRATAMIENTO

- Atropina 1 Mg bolo IV cada 3-5 min. - max. 3Mg
- Dopamina infusion 5-20 MCG/KG/MIN
- MARCAPASO (no mejoramiento)



Fig. 7.15: Bloqueo AV de primer grado

BLOQUEO DE SEGUNDO GRADO

se produce una ausencia intermitente de la conducción auriculoventricular, por lo que no todas las ondas P son seguidas de un complejo QRS, presentando pausas en la estimulación ventricular.

BLOQUEO TIPO 1 MOBITZ

BLOQUEO TIPO 2 MOBITZ

COMO IDENTIFICARLO

TRATAMIENTO

COMO IDENTIFICARLO

TRATAMIENTO

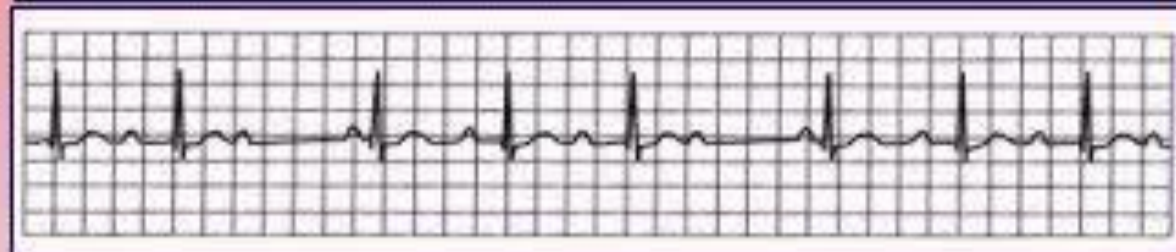
RECOMENDABLE

RECOMENDABLE

MARCAPASO

MARCAPASO

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.



BLOQUEO DE TERCER GRADO

Entidad en la que ningún estímulo auricular conduce a los ventrículos ninguna onda p se continua de QRS

COMO IDENTIFICARLO

TRATAMIENTO

El bloqueo AV de tercer grado o completo se caracteriza por el fallo de la conducción al ventrículo en cada onda P o cada impulso auricular, con lo que se produce una disociación AV completa, con unas frecuencias auriculares superiores a las ventriculares

MARCAPASO



En el bloqueo auriculoventricular de segundo grado tipo I (Wenckebach) se produce una pausa en la conducción AV con un alargamiento progresivo del intervalo PR de los latidos previos.

El bloqueo auriculoventricular de segundo grado, tipo Mobitz II, es menos frecuente y casi siempre significa enfermedad severa del sistema de conducción. Se diferencia del bloqueo AV de segundo grado tipo I por tener intervalos PR constantes, antes y después de la onda P bloqueada.

Bibliografía

Arango, W. U. (2005). *Electrocardiografía y arritmias*. Colombia.

Antman EM, Wenger TL, Butler VP, Haber E, Smith TW. Treatment of 150 cases of life-threatening digitalis intoxication with digoxin-specific Fab antibody fragments. Final report of a multicenter study. *Circulation*, 81 (1990), pp. 1744-52 [Medline](#)

2.-Valent S, Kelly P. Images in Clinical Medicine. Digoxin-induced bidirectional ventricular tachycardia. *N Engl J Med*, 336 (1997), pp. 550 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199702203360805> | [Medline](#)

3.-Priori SG, Napolitano C, Tiso N, Memmi M, Vignati G, Bloise R, et al. Mutations in the cardiac ryanodine receptor gene (hRyR2) underlie catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia. *Circulation*, 103 (2001), pp. 196-200 [Medline](#)