



PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre de alumno: Shareni  
Guadalupe Becerra Gutiérrez**

**Nombre del profesor: Felipe  
Antonio Morales**

**Nombre del trabajo: Súper nota**

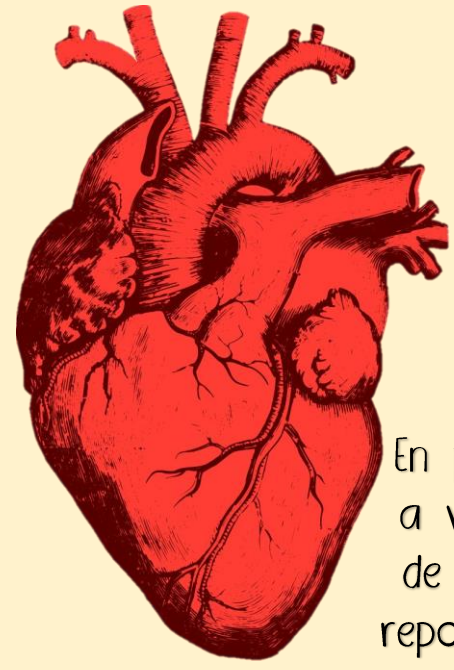
**Materia: Urgencias y desastres**

**Grado: 7°**

**Grupo: A**

Comitán de Domínguez Chiapas, noviembre de 2022.

# Bradiarritmias



- **Bradicardia sinusal**

Se trata de una observación frecuente, a menudo transitoria, que se asocia a un aumento del tono vago

En personas aparentemente sanas y ancianos, se observan a veces frecuencias de  $< 50$  lpm, que pueden incluso bajar de los 30 lpm en deportistas y adultos jóvenes sanos en reposo o por la noche (cuando predomina el tono vagal) sin que necesariamente se acompañen de síntomas

- **Anomalías de la conducción intraventricular**

Los procesos isquémicos o degenerativos pueden deprimir o interrumpir la conducción a nivel de las ramas del haz de His, produciendo un retraso de la despolarización ventricular que se traduce en una prolongación del complejo QRS del ECG (hasta  $> 120$  ms); si el bloqueo es incompleto, el complejo QRS varía entre 100-120 ms

Este tipo de anomalías se conocen clásicamente como bloqueos de rama y engloban los bloqueos de la rama derecha (BRD) o de la rama izquierda (BRI) del haz de His, el bloqueo fascicular o sus combinaciones; cada tipo presenta características fisiopatológicas diferenciales

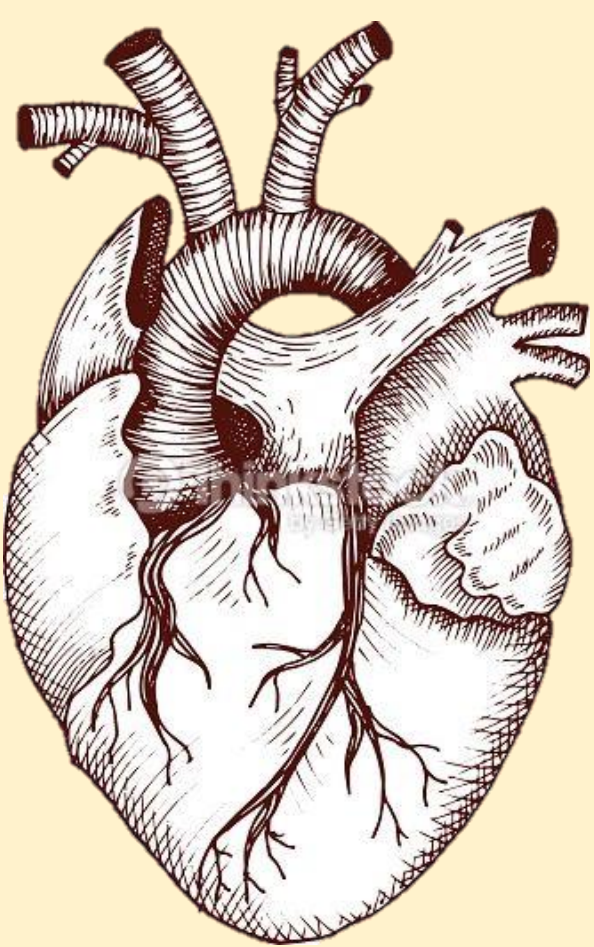
- **Bloqueos de la conducción auriculoventricular**

- **Bloqueo de primer grado:** cursa con un retraso en la conducción auriculoventricular. En el ECG, cada onda P va seguida de un complejo QRS, pero el intervalo PR está prolongado (0,2 s)
- **Bloqueo de segundo grado:** se caracteriza por la interrupción intermitente de la conducción auriculoventricular, de modo que algunos impulsos auriculares se bloquean y en el ECG
- **Bloqueo completo o de tercer grado:** ocurre cuando los impulsos auriculares no se conducen a los ventrículos y, por tanto, los ventrículos son activados a una FC de 25-40 lpm por marcapasos ectópicos del nódulo AV o en el sistema His-Purkinje

- **Bradiarritmias asociadas a infarto agudo de miocardio**

La BS es una de las arritmias más **frecuentes** en pacientes que han sufrido un infarto, sobre todo si existe una lesión de la arteria coronaria derecha. En estos pacientes pueden aparecer alteraciones de la conducción auriculoventricular e intraventriculares (transitorias en un 18% de los pacientes y persistentes en un 5%; especialmente estas últimas se asocian a un riesgo elevado de mortalidad a corto plazo ( $\approx 30$  días))

# Taquiarritmias



- **Taquiarritmias supraventriculares**

- **Taquicardias auriculares**

Entre ellas se incluyen, por ejemplo, las extrasístoles, un latido que va seguido de una pausa posterior compensatoria, y aparecen hasta en el 60% de los pacientes adultos sanos que ingieren café, tabaco, alcohol u otros estimulantes, y en ancianos. Pueden ubicarse en cualquier parte de la aurícula y se suelen reconocer en el ECG por la aparición de una onda P prematura habitualmente seguida de un complejo QRS con un intervalo PR  $\geq$  120 ms

- **Taquicardias de la unión auriculoventricular**

Se producen cuando el nódulo AV forma parte del circuito de reentrada, y se caracterizan por la presencia de un ritmo rápido (160-240 lpm) y un QRS estrecho

- taquicardias por reentrada intranodal:** cuando existen 2 vías de conducción diferentes a través del nódulo AV

- taquicardias ectópicas de la unión auriculoventricular:** son debidas a un aumento del automatismo de un foco situado en el nódulo AV que estimula los ventrículos, y cuya morfología del QRS es similar a la de los latidos sinusales

- taquicardias asociadas a una vía accesoria auriculoventricular:** son debidas a la reentrada del impulso cardiaco a través de una vía accesoria de conexión entre aurículas y ventrículos, de modo que se despolarizan los ventrículos más precozmente de lo esperable

- **Taquiarritmias ventriculares**

- **Extrasístoles ventriculares**

Son latidos generados en un punto aislado del ventrículo (foco ectópico) que no van precedidos de una onda P, presentan un QRS ancho (120 ms) y van seguidos de una pausa compensatoria.

Si bien generalmente no producen síntomas y, por tanto, no se tratan en ocasiones los pacientes perciben las EV en forma de palpitaciones, sensación de nudo en la garganta y pueden degenerar en una taquicardia o en fibrilación ventricular

- **Taquicardias ventriculares**

Implican la aparición de 3 o más latidos ectópicos que se originan por debajo de la bifurcación del haz de His a una FC mayor de 120 lpm. Pueden presentarse en forma de episodios cortos y asintomáticos, como episodios sostenidos y hemodinámicamente estables, o como episodios hemodinámicamente inestables. Según su duración,

se habla de TV no sostenida (termina espontáneamente antes de 30 s y no colapsa al paciente) o de TV sostenida (si persiste durante  $>$  30s o requiere cardioversión eléctrica por su mala tolerancia hemodinámica).