

## **Cuadro Sinóptico**

*Nombre del Alumno: Ingrid Villarreal Sanchez*

*Nombre del tema: tipos de trazos cardiográficos*

*Parcial: 3er.*

*Nombre de la Materia: Enfermería Clínica II*

*Nombre del profesor: Sandra Yazmin Ruiz Flores*

*Nombre de la Licenciatura: enfermería*

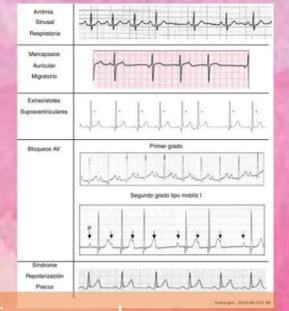
*Cuatrimestre: 5to.*

Concepto

En las unidades de cuidados intensivos es primordial la monitorización del paciente, pues mediante esta vigilancia somos capaces de identificar y evaluar, entre otras, la situación electrocardiográfica, hemodinámica y respiratoria.

Dentro de la monitorización, la electrocardiográfica nos informa de manera continua del ritmo eléctrico cardíaco, y los profesionales de enfermería debemos ser capaces de identificar, al menos, las arritmias más comunes, algunas potencialmente mortales, que puede presentar un paciente.

Es el intervalo que abarca desde una onda R, hasta la onda R de la siguiente despolarización, es decir dos ondas R sucesivas. En un paciente sin enfermedad, debe permanecer a un ritmo constante. La medida de este intervalo dependerá de la frecuencia cardíaca.



Tipos

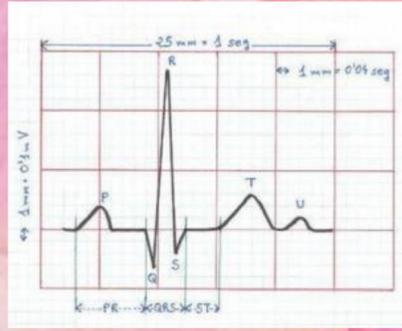
**Traza normal:** En una situación normal el impulso eléctrico se genera en el nodo SA, desplazándose por todas las fibras auriculares y provocando su contracción. Posteriormente llega al nodo Aurículo ventricular, donde ocurre una pausa de 1/10 segundos

o que permite el llenado de los ventrículos con la contracción auricular. Tras esta pausa el impulso eléctrico del nodo AV se traslada por el haz de Hiss y las ramas derecha e izquierda del mismo, atravesando las fibras de Purkinje y las células miocárdicas de los ventrículos, provocando la contracción simultánea de los ventrículos.

Electrocardiográficamente podemos determinar pues, las siguientes ondas:

- onda P: representa la contracción auricular( suele medir 2,5 mm).
- complejo QRS: representa la contracción ventricular. Se compone de:
- onda Q. Es la primera deflexión descendente.

- onda R. Es la primera deflexión ascendente.
- onda S. Primera deflexión descendente tras la Q.
- onda T: corresponde a la recuperación o repolarización ventricular



Bloqueo de tercer grado o completo

No hay paso de ningún estímulo eléctrico desde el nodo sinusal al nodo AV, por lo que la frecuencia auricular y ventricular son independientes

En los bloqueos cardíacos de 2º y 3er grado se pueden producir paradas ventriculares con una duración variable entre unos pocos segundos y 2 minutos, lo que ocasiona al paciente una lipotimia (a este fenómeno se le denomina crisis de Stokes-Adams)

De tercer grado o completo es una entidad en la que ningún estímulo auricular conduce a los ventrículos. Por ende, ninguna onda P se continúa de QRS. Presenta una prevalencia que aumenta con la edad, llegando al 30 % en grupos seleccionados



Taquicardia ventricular

La taquicardia ventricular se origina en el sistema de conducción ventricular. Por lo general es un área de tejido de conducción que ha sido afectada por lesión celular o por algunos cambios electrolíticos locales. Un pequeño circuito se genera en las fibras de conducción y transmite un impulso rápido a través de los ventrículos.

Debido a que no se está utilizando el sistema de conducción normal a través de los ventrículos, la ola de conducción tarda mucho más tiempo en viajar a través de la masa ventricular. Esto explica porque el complejo QRS es ancho y de forma anormal.

Debe iniciarse pronto un tratamiento ya que en este tipo de arritmia el corazón no puede cumplir de manera competente su función mecánica.



Fibrilación ventricular

es un tipo de ritmo cardíaco irregular (arritmia). En la fibrilación ventricular, las cámaras inferiores del corazón se contraen de forma muy rápida y descoordinada. Como resultado, el corazón no bombea sangre al resto del cuerpo.

Se debe a la pérdida de la actividad eléctrica sincrónica de las fibras ventriculares, dando lugar a una contracción totalmente anárquica del miocardio y a un fracaso hemodinámico. En el ECG aparece una irregularidad continua sin existir definición de QRS. Es letal.

La fibrilación ventricular (FV) es el ritmo cardíaco rápido y potencialmente mortal que comienza en las cavidades inferiores del corazón. Puede ser ocasionada por un infarto.



SCACEST

se considera la forma más grave de presentación del infarto. En este caso, como resultado de una obstrucción total de la arteria coronaria se interrumpe -de forma prolongada- el suministro de sangre al miocardio.

Ésta es la causa de que se produzcan grandes daños en una zona amplia del corazón. La mayoría de las personas identifican el infarto con esta forma de presentación.

EL infarto sin elevación del segmento ST (SCASEST) es menos grave que el anterior (SCACEST). Esto se debe a que, en este caso, el suministro de sangre que recibe el corazón sufre un bloqueo parcial. Como resultado, la zona dañada del corazón es menor que en el caso anterior. Pero el SCASEST se considera también como una emergencia médica grave.



Asistolia

La asistolia es la ausencia de actividad eléctrica cardíaca. Se traduce en una línea plana en el monitor ECG lo que significa ausencia de energía y por lo tanto mayor dificultad para revertirla.

Asistolia es una ausencia completa de actividad eléctrica en el miocardio. Representa una isquemia miocárdica por periodos prolongados de perfusión coronaria inadecuada. Se identifica la asistolia como el ritmo correspondiente a la línea plana en el monitor. Una de las causas más comunes de asistolia es la hipoxia miocárdica

Suele producirse cuando se bloquea el flujo sanguíneo coronario hacia el nodo S-A. La hipoxia grave impide que las fibras musculares conserven las diferencias iónicas normales a través de sus membranas y lipositos corrugados y se suele alterar a tal grado la excitabilidad que desaparece la ritmicidad automática.



Bibliografía

<https://ceisal.com/blog/2015/07/16/trazados-ecg/>

<https://es.wikipedia.org/wiki/Asistolia>