



Mi Universidad

Cuadro sinóptico

Nombre del Alumno: Tania Geraldine Ballinas Valdez

Nombre del tema: BRADIARRITMIAS

Parcial: 3 unidad

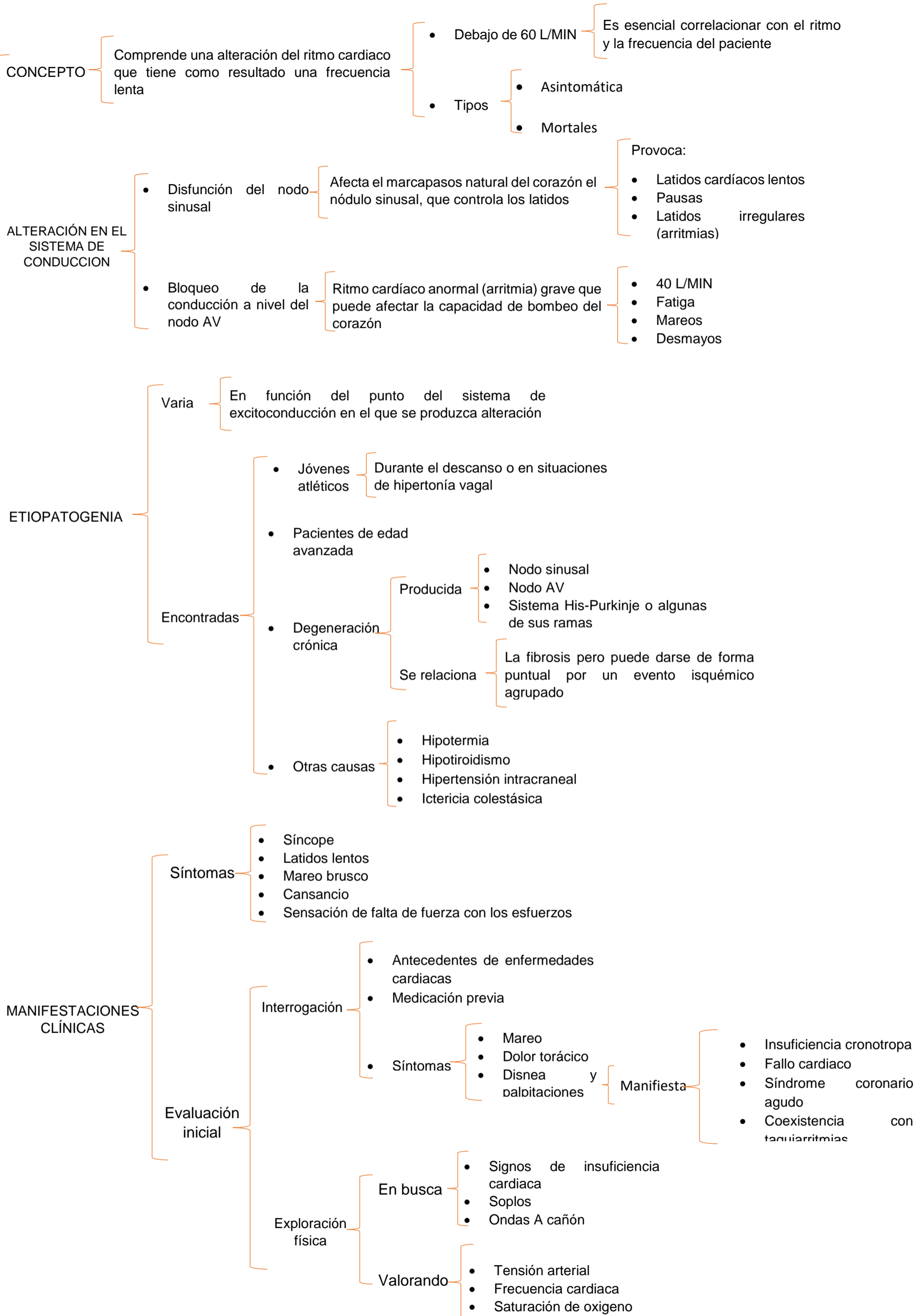
Nombre de la Materia: Fisiopatología

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 4-A

BRADIARRITMIAS



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Electrocardiograma { 12 derivaciones, valorar la presencia de ondas P y su relación con los complejos QRS y su anchura
- Radiografía de tórax { Valorar indicadores de cardiopatía y signos de insuficiencia cardiaca
- Análítica de sangre: bioquímica y hemograma { Asegurarse de la ausencia de trastornos hidroelectrolíticos de Na+, Ca2+, k+, Mg2+ }
 - Valoración de función tiroidea
 - niveles de fármacos bradicardizantes
- Monitorización electrocardiográfica { Permite la detección inmediata de una alteración que puede dar diagnóstico definitivo y permitir un tratamiento de forma precoz

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Implica { La necesidad de implante de un dispositivo de estimulación cardiaca
- Debe ir { Encaminado a excluir la presencia de causas reversibles de bradicardia o pausas }
 - Dos causas a excluir
 - Hiperpotasemia
 - Toma de fármacos frenados

TRATAMIENTO

- Emergente
 - Para
 - Pacientes en situación de parada cardiaca
 - Signos de bajo gasto
 - Hipoperfusión cerebral
 - Situación de edema agudo de pulmón
 - Debe considerarse
 - 1. Asegurar vía aérea y aporte adecuado de oxígeno
 - 2. Acceso venoso periférico
 - 3. Administrar 1mg de Atropina endovenosa repitiendo hasta un máximo de 3mg
 - 4. Administrar isoproterenol endovenoso en dosis de 0,2mg seguido de perfusión continua
 - 5. Colocación de marcapasos transitorio en los casos indicados
 - 6. Buscar causas corregibles como alteraciones hidroelectrolíticas, fármacos
- Urgente
 - Para { Pacientes bradicardicos en situación de gravedad que no cumplan los criterios de inestabilidad hemodinámica
 - Pasos a seguir
 - 1. Ingreso en unidad coronaria
 - 2. Monitorización estricta con disponibilidad inmediata de atropina para administrar
 - 3. Evitar colocar marcapasos transitorios en pacientes sin deterioro hemodinámico franco y sin riesgo de progresión a asistolia
- A largo plazo
 - Se valorara y trataran las causas desencadenantes
 - Evaluará la indicación de marcapasos definitivo en bradicardias sintomáticas
 - Marcapasos para bloqueos AV completos presenten o no síntomas

Incluye

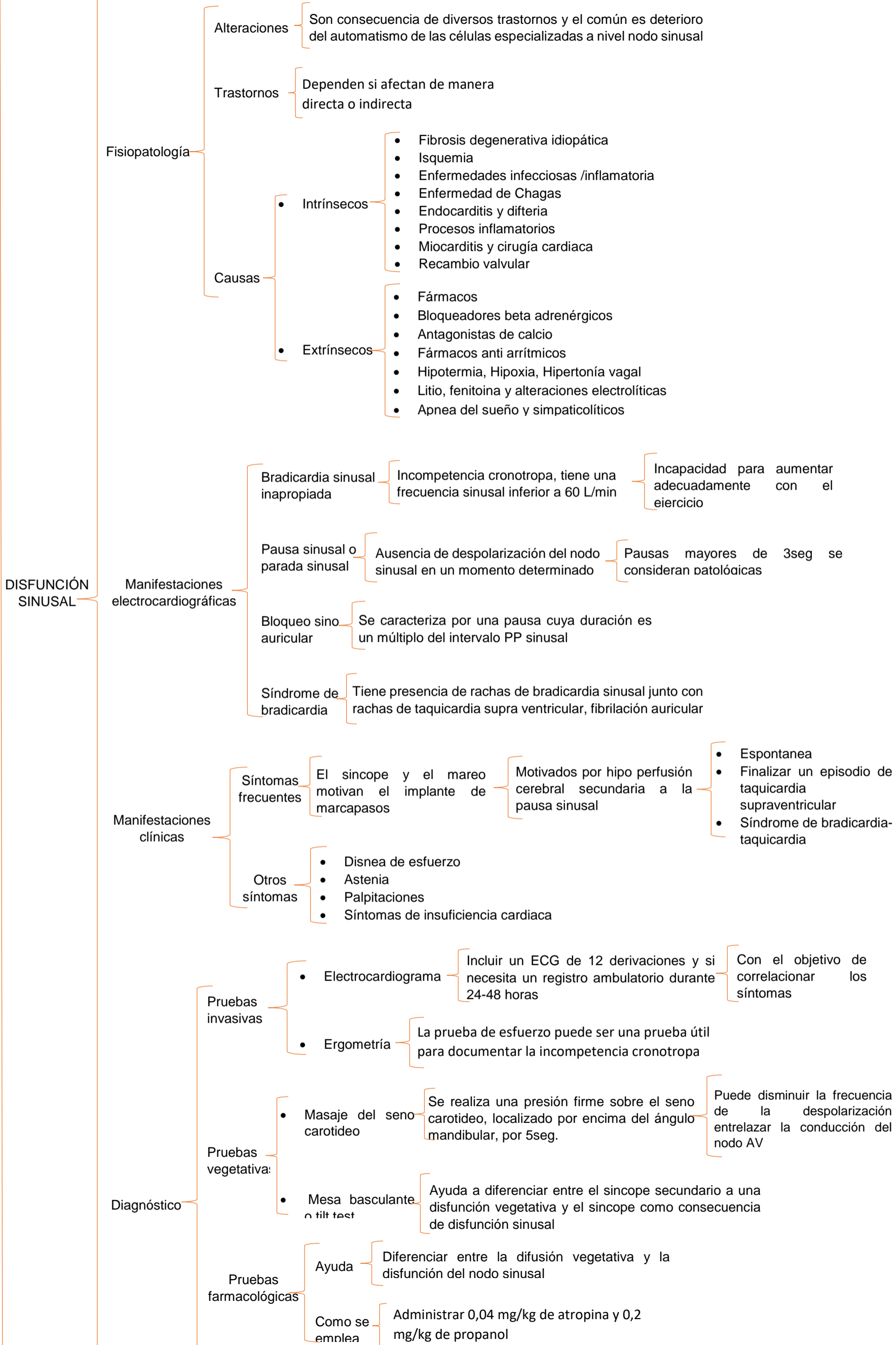
Diversos trastornos que afectan a la generación de impulsos a nivel del nodo sinusal y afecta su transmisión a través de tejido auricular { Tiene susceptibilidad aumentada de presentar taquicardia auricular paroxística

Manifestaciones electrocardiográficas

- Bradicardia sinusal persistente
- Pausas o paradas sinusales
- Bloqueo de salida senoauricular
- Incompetencia cronotropa
- Taquicardia auricular
- Síndrome de bradicardia-taquicardia

Común en

Personas de edad avanzada, su incidencia aumenta el doble entre la 5 y 6 década de la vida { Alcanza un máximo entre la 7 y 8 década de la vida y es causa de implante de marcapasos



TRASTORNO DE LA CONDUCCIÓN AURICULAR

- Pruebas no invasivas
- ECG
 - Tiempo de recuperación del nodo sinusal

Tratamiento

- Farmacológico
 - Dispositivos de estimulación
- Está indicada si los síntomas son claramente atribuidos a la bradicardia o si es probable

Concepto

Aquellas alteraciones que afectan a la conducción del impulso eléctrico desde su origen en las aurículas hacia los ventrículos

Causa

- Fibrosis del sistema de conducción
- Isquemia y fármacos
- Enfermedad del tejido conectivo
- Exceso de tono vagal
- Traumatismo o cirugía cardíaca
- Hipotiroidismo y miocardiopatías
- Enfermedad neuromusculares y BAV congénito

1º Grado

Alargamiento anormal del intervalo PR más allá de los 0,2 segundos

Representa un retraso del impulso eléctrico a través del nodo AV y los QRS son normales

2º Grado

Se aplica

Cuando se produce un fallo de uno o más impulsos auriculares en la conducción AV

Tipos

- Tipo I: Mobitz I o Wenckebach
- Tipo II: Mobitz II

Prolongación progresiva del intervalo PR hasta que una onda P no se sigue de QRS

El intervalo PR es constante, no se observa prolongación progresiva y la relación de las ondas P con el QRS y el QRS puede ser ancho

Bloqueo auriculoventricular

Caracteriza

Por un fallo de la conducción al ventrículo de cada impulso auricular

Etiología

Provocadas

- Fibrosis idiopática
- Infarto agudo de miocardio
- Isquemia miocárdica
- Fármacos
- Cardiopatías congénitas
- Enfermedades infecciosas, endocrinas y las infiltrativas

3º Grado

Manifestaciones clínicas

- Bloqueo AV
- Mareo
- Disnea
- Astenia
- Fatigabilidad
- Sincope

Diagnostico

Pruebas invasivas

- ECG de superficie o ambulatorio
- Tiempo de recuperación del nodo sinusal

Pruebas no invasivas

- Electrocardiograma
- Ergometría

Tratamiento

- Usar fármacos como atropina e isoproterenol
- Suspender fármacos que afectan la conducción del nodo AV
- No usar fármacos bloqueadores de los canales de calcio, digoxina o fármacos arrítmicos
- Uso de marcapaso

BIBLIOGRAFIA

- Universidad del Sureste 2023. Antología de Fisiopatología pdf:
<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/6972f3c45f892400a97b014d23ad5700-LC-LEN402%20FISIOPATOLOGIA%20I.pdf>
- Hojas de Bradirritmias: disfunción sinusal, bloqueo auriculoventricular y trastornos de la conducción interventricular