



Mapa conceptual

Nombre del Alumno: Hugo Leonel Espinosa Hidalgo

Nombre del tema: Bradirritmias

Parcial: 3

Nombre de la Materia: Fisiopatología

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Lic. en enfermería

Cuatrimestre: 4

Bradiarritmias

Dísfunción sinusal, bloque o AV
y trastornos de conducción
intraventricular

Etiogenia

La etiología varía de forma importante en función del punto del sistema de conducción en el que se produzca la alteración y del contexto y características del paciente

Las bradiarritmias son encontradas frecuentemente en individuos jóvenes atléticos durante el descanso o en situación de hipertonía vagal

Es frecuente su aparición en un perfil radicalmente distinto de paciente generalmente de edad avanzada y en el que la degeneración crónica del nodo sinusal, del nodo AV o del sistema His-Purkinje.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones varían desde el síncope hasta encontrarnos con un paciente completamente asintomático a pesar de frecuencias lentas o pausas significativas

El síncope, el mareo brusco, cansancio, o la sensación de falta de fuerzas en relación con esfuerzos relativamente de poca intensidad o directamente la percepción de latidos lentos son frecuentes en este contexto

La evaluación inicial del paciente con bradicardia se debe centrar en la interrogación por antecedentes de enfermedad cardíaca, medición previa y síntomas como mareo, dolor torácico, disnea, etc.

Pruebas complementarias

Electrocardiograma de 12 derivaciones:
valorar la presencia de onda P y relación con los complejos QRS así como la anchura

Radiografía de tórax:
valorar indicadores de cardiopatía y signos de insuficiencia cardíaca

Análisis de sangre: bioquímica y hemograma
asegurarse de ausencia de trastornos hidroeléctricos (Na, Ca²⁺, K, Mg²⁺)

Tratamiento

Tratamiento emergente:
-Asegurar vía aérea
-Acceso venoso periférico
-Administrar 1 mg de atropina
-Administrar isoproterenol en 0.2 mg
-Colocar marcapasos
-Buscar causas corregibles como alteración hidroeléctrica, fármacos.

Tratamiento urgente
-Ingreso en unidad coronaria
-Monitorización estricta
-Evitar colocar marcapasos transitorios

Tratamiento a largo plazo:
se valorarán y tratarán causa desencadenantes y se evaluará la indicación de marcapasos definitivo en bradicardias y en bloqueos AV

Disfunción sinusal

También llamada enfermedad del nodo sinusal, incluye diversos trastornos que afectan la generación del impulso a nivel del nodo sinusal.

Las manifestaciones electrocardiográficas son muy variadas: bradicardia sinusal, bloqueo de salida senoauricular, incompetencia cronotropa, taquicardia auricular.

Con frecuencia la disfunción sinusal es un trastorno crónico y progresivo con mayor prevalencia en personas de edad avanzada

Bradiarritmias

Disfuncion sinusal, bloque o AV y trastornos de conduccion intraventricular

Fisiopatologia

Las alteraciones electrofisiologicas y electrocardiograficas de disfuncion sinusal son consecuencia de diversos trastornos cuyo denominador comun es el deterioro del automatismo de las celulas especializadas a nivel del nodo sinusal

Estos trastornos pueden ser intrinsecos o extrinsecos en funcion de si afectan de manera directa o indirecta al nodo sinusal

Manifestaciones electrocardiograficas

Bradicardia sinusal inapropiada: conocida como incompetencia cronotropa, se caracteriza por una frecuencia sinusal inferior a 60 latidos por minuto.

Pausa sinusal o parada sinusal: ausencia de despolarizacion del nodo sinusal en un momento determinado.

Bloqueo sinoauricular: pausa cuya duracion es un multiplo del intervalo PP sinusal.

Sindrome de bradicardia-taquicardia: presencia de rachas de bradicardia sinusal junto con rachas de taquicardia supraventricular.

Diagnostico

Pruebas no invasivas
-Electrocardiograma: en el proceso diagnostico inicial de la disfuncion se debe de incluir un ECG de 12 derivaciones, un registro de monitorizacion ambulatoria del ECG de 24-48 hrs

Ergometria:
prueba de esfuerzo puede ser una prueba util para documentar la incompetencia cronotropa.

-Pruebas vegetativas:
consiste en realizar una presion firme sobre el seno carotideo, localizado por encima del angulo mandibular, durante 5 segundos

-Mesa basculante o tilt test:
nos ayuda a diferenciar entre el sincope secundario a una disfuncion vegetativa y el sincope de una disfuncion sinusal

Pruebas invasivas:
Las dos pruebas mas utilizadas son el tiempo de recuperacion del nodo sinusal y tiempo de conduccion sinoauricular

bloqueo auriculoventricular

Bloqueo auriculoventricular de primer grado:
alargamiento anormal del intervalo PR mas de 0.2 seg.

Bloqueo auriculoventricular de 2do grado:
se produce un fallo de uno o mas impulsos auriculares en la conduccion AV

Tipo 1 o wenckebach:
prolongacion progresiva de intervalo PR hasta que una onda P no se sigue de un QRS

Tipo 2:
el intervalo PR es constante se asocia habitualmente QRS ancho

Bloqueo auriculoventricular de 3er grado completo:
se caracteriza por un fallo de la conduccion al ventriculo e cada impulso auricular (onda P)

Trastornos de la conduccion intraventricular

Los trastornos de la conduccion intraventricular son bloqueos que se originan debajo del nodo AV y se definen como fracaso de conduccion anterograda al estimulo del Haz de His

Se clasifican de acuerdo con el sistema de conduccion intraventricular y pueden ser permanentes, transitorios, agudos o cronicos, organicos o funcionales

Las anomalias de la conduccion intraventricular incluyen el bloqueo de la rama derecha del haz, de la rama izquierda del haz o el fascicular o combinaciones de ellos