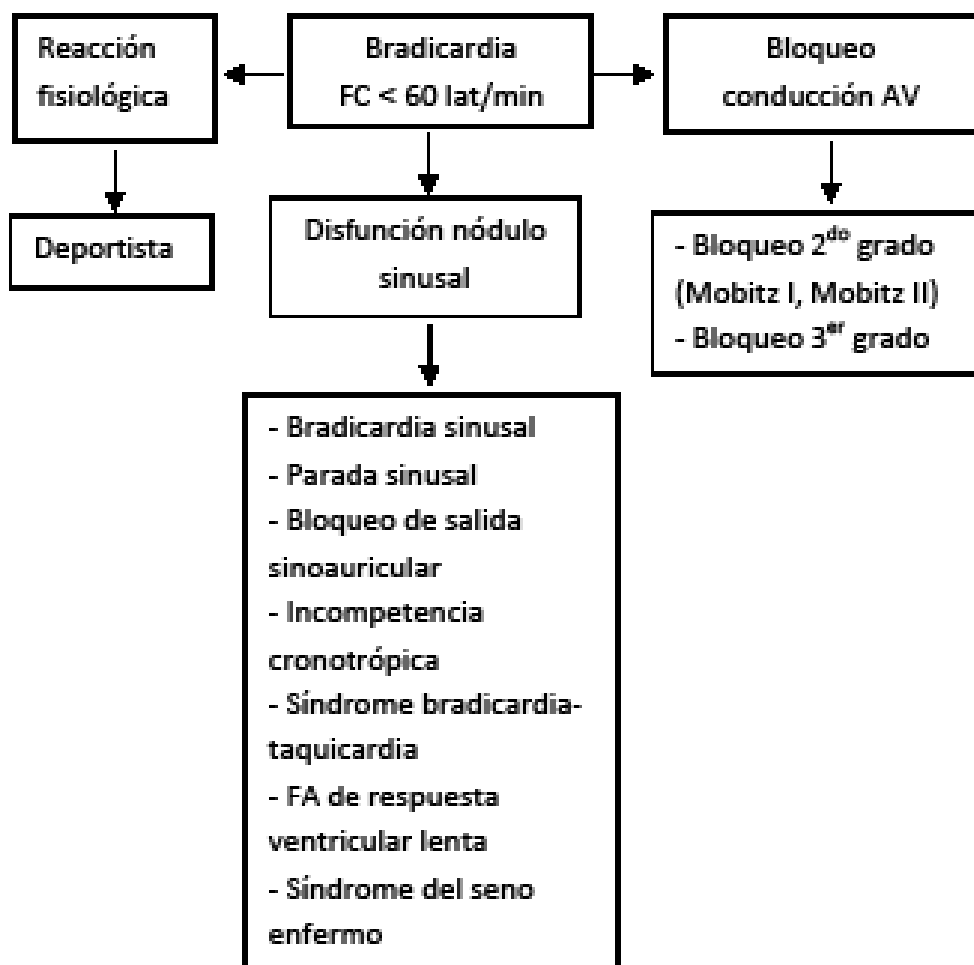


ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 4

Dra. Silvia I. Falasco

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LAS BRADIARRITMIAS



AV: aurículoventricular; FA: fibrilación auricular

Bradicardia sinusal: suele presentarse en forma fisiológica en respuesta a estímulos vagales, por acción de ciertos fármacos (beta bloqueantes, clonidina, bloqueantes cálcicos no dihidropiridínicos, digoxina, amiodarona, etc.) o en el curso de ciertas afecciones como el hipotiroidismo, colestasis, hipertensión endocraneana, alteraciones del potasio, hipoxia, síndrome del seno enfermo. La FC desciende durante la noche.

Parada sinusal: existe una alteración en la génesis del estímulo en el nódulo sinusal (NS). No se registra onda P y aparece una pausa (mayor a 2'') seguido o no de un ritmo de rescate.

Bloqueo de salida sinoauricular: en el de primer grado hay un enlentecimiento en la conducción del estímulo desde el NS al resto de la aurícula. En el de segundo grado hay un fallo intermitente en la conducción de los impulsos (ausencia intermitente de ondas P) y en el de tercer grado o completo se caracteriza por la ausencia de actividad auricular. El ECG convencional no

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LAS BRADIARRITMIAS

permite diferenciarlo del paro sinusal. Para diagnosticar estas alteraciones debe realizarse un registro intracardíaco.

Incompetencia cronotrópica: es la situación en la cual el corazón no puede adecuar la frecuencia cardíaca al incremento de la actividad física o de las demandas metabólicas. En general se la define por no alcanzar el 80% de la frecuencia cardíaca máxima esperada en una prueba de esfuerzo en ejercicio máximo (220 menos la edad).

Síndrome del seno enfermo: afecta al automatismo y a la conducción sinoauricular. Puede causar bradiarritmias o taquiarritmias.

Bloqueo AV de 2do grado: algunos de los impulsos generados en el NS no pasan a los ventrículos. Mobitz I: hay una prolongación progresiva del intervalo PR hasta que uno de los estímulos no se conduce (fenómeno de Wenckebach). Mobitz II: uno o más estímulos sinusales no se conducen por el nodo AV sin que exista prolongación progresiva del PR. El segmento PP del impulso bloqueado es el doble de una diástole normal.

Bloqueo AV de 3er grado: hay una disociación AV, ningún estímulo sinusal pasa a los ventrículos. Las aurículas laten a ritmo sinusal y los ventrículos con ritmo de rescate idionodal o idioventricular. Cuánto más bajo el ritmo de rescate más ancho el QRS y menor la FC. Nodo AV o haz de His: 40-50 lpm. His-Purkinje: 30-40 lpm. Pared libre ventricular: 20 lpm o menos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villaroel Abrego H. Arritmias cardíacas: un manual para estudiantes de medicina y médicos de atención primaria. 1ª. ed. – San Salvador, El Salvador, 2006. ISBN 99923-78-62-X
2. Vogler J, Breithardt G, Eckardt L. Bradyarrhythmias and conduction blocks. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2012 Jul;65(7):656-67
3. Alfonso H. G. Bradicardia sintomática y uso de marcapasos en el servicio de Urgencias. Rev.Fac.Med 2007; 55:191-209.