

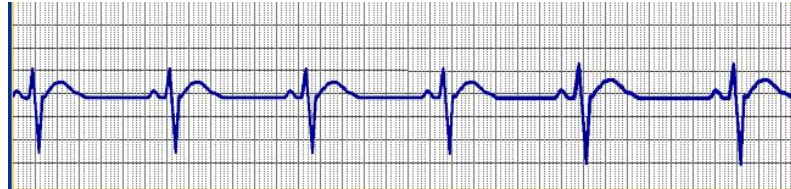
## CARDIOLOGÍA

### Trastornos del ritmo

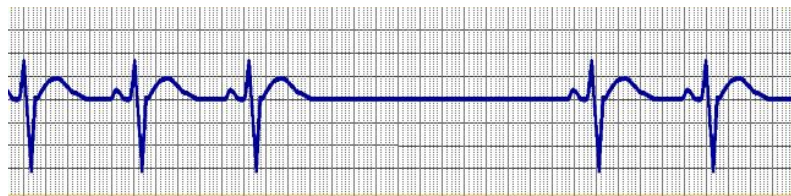
#### Alteraciones del conducción y el ritmo

##### Bradiarritmias

- **Definición:** Manifestaciones clínicas y electrocardiográficas que dependen de la alteración del automatismo del nodo sinusal, conducción sinoauricular y trastornos de la conducción AV.
- **Clasificación:**
  - Disfunción del nodo sinusal
  - Bloqueos auriculoventriculares
- La *disfunción del nodo sinusal* es una alteración del automatismo del nodo SA y de la conducción sinoauricular.
- La disfunción del nodo sinusal se manifiesta como: bradicardia sinusal inapropiada, pausa sinusal (>3 s), bloqueo sinoauricular y síndrome de taquicardia-bradicardia.
  - **Bradicardia sinusal inapropiada:** FC <60 lpm y que no aumenta apropiadamente con el ejercicio o estrés farmacológico



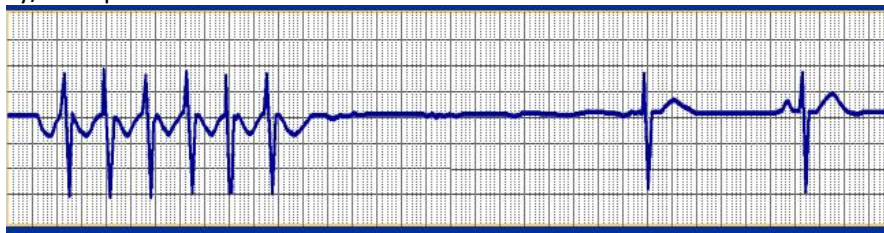
- **Pausa sinusal**  $\geq 3$  s



- **Bloqueo sinoauricular:** La duración de la pausa es múltiplo del intervalo PP

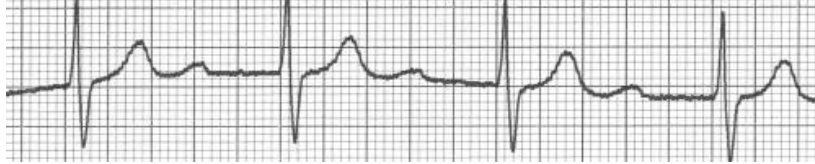


- **Síndrome de taquicardia-bradicardia:** Episodios de bradicardia que alterna con FA, FFA y/o taquicardia auricular



- Los *trastornos de la conducción AV* se manifiestan como bloqueos AV:

- Bloqueo AV 1er grado: intervalo PR prolongado( >200ms) y constante



- Bloqueo AV 2do grado

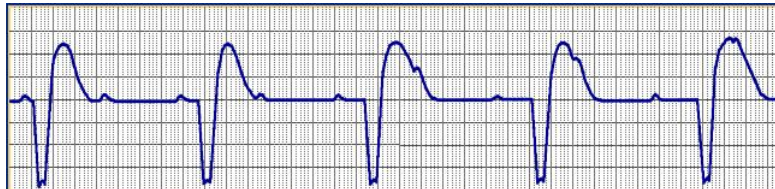
- Mobitz I (Wenckebach) Alargamiento progresivo del intervalo PR hasta que un impulso auricular no conduce.



- Mobitz II Algunas onda P no conducen el impulso hacia los ventrículos



- Bloqueo AV 3er grado (bloqueo AV completo): Interrupción completa de la conducción AV.



- Etiología:**  $\beta$ -bloqueadores, calcioantagonistas, digoxina y antiarrítmicos tipo IA, IC y III, fibrosis idiopática del sistema de conducción (Lenegre y Lev), cardiopatía isquémica, cardiopatías congénitas (bloqueo AV congénito, anti-Ro, anti-La, CIA tipo ostium primum, transposición de grandes arterias),  $\uparrow K^+$  e  $\uparrow Mg^{++}$ , postquirúrgico (CVM, CVA), miocarditis, pericarditis, colagenopatías (escleroderma, AR, síndrome de Reiter, LES, espondilitis anquilosante, polimiositis), infiltrativos (amiloidosis, hemocromatosis y sarcoidosis), neuromusculares (distrofia miotónica, ataxia de Friedreich), e infecciones (endocarditis, Chagas, Lyme, fiebre reumática, tuberculosis, sarampión y parotiditis)
  - Clínica:** Mareo, inestabilidad en la marcha, síncope, crisis de Stokes-Adams, FC <60 lpm, S1 disminuido de intensidad (B-AV 1er) o variable (B-AV completo), y ondas "a" en cañon (B-AV completo)

- **Diagnóstico:** ECG, monitoreo Holter 24 h, prueba de esfuerzo (en la incompetencia cronotrópica no alcanza el 85% de la Fcmáx), estudio electrofisiológico (tiempo de recuperación del nodo sinusal corregido > 550 ms y tiempo de conducción sinoauricular > 310 ms)
- **Tratamiento:**
  - Urgencia:
    - Atropina 0.5 mg IV q3-5 min, dosis máx 3 mg (No usar en B-AV de alto grado)
    - Dopamina 2-10 µg/kg/min ± MCP temporal en caso de signos de bajo gasto
  - Definitivo:
    - Disfunción sinusal: Requiere vigilancia y considerar MCP en caso de pausa >3 s y/o síndrome de taquicardia-bradicardia
    - B-AV 1er grado y Mobitz I: Requiere vigilancia y corregir causas reversibles
    - B-AV avanzado (2do grado Mobitz II, 2:1 y completo): Corregir causas reversibles y considerar marcapaso definitivo. La elección del modo de estimulación dependerá de la función del nodo sinusal y la respuesta cronotrópica
    - **VDD.** Función sinusal normal
    - **DDD.** Disfunción sinusal
    - **VVI.** Ausencia de actividad auricular (FA)

