MANEJO DE TAQUIARRITMIAS EN EL PRIMER NIVEL

Basado en las Guías de Práctica Clínica de Medicina Interna
MINSAL 2012

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE INNOVACIÓN

Jorge Ernesto González Guzmán

Doctor en Medicina

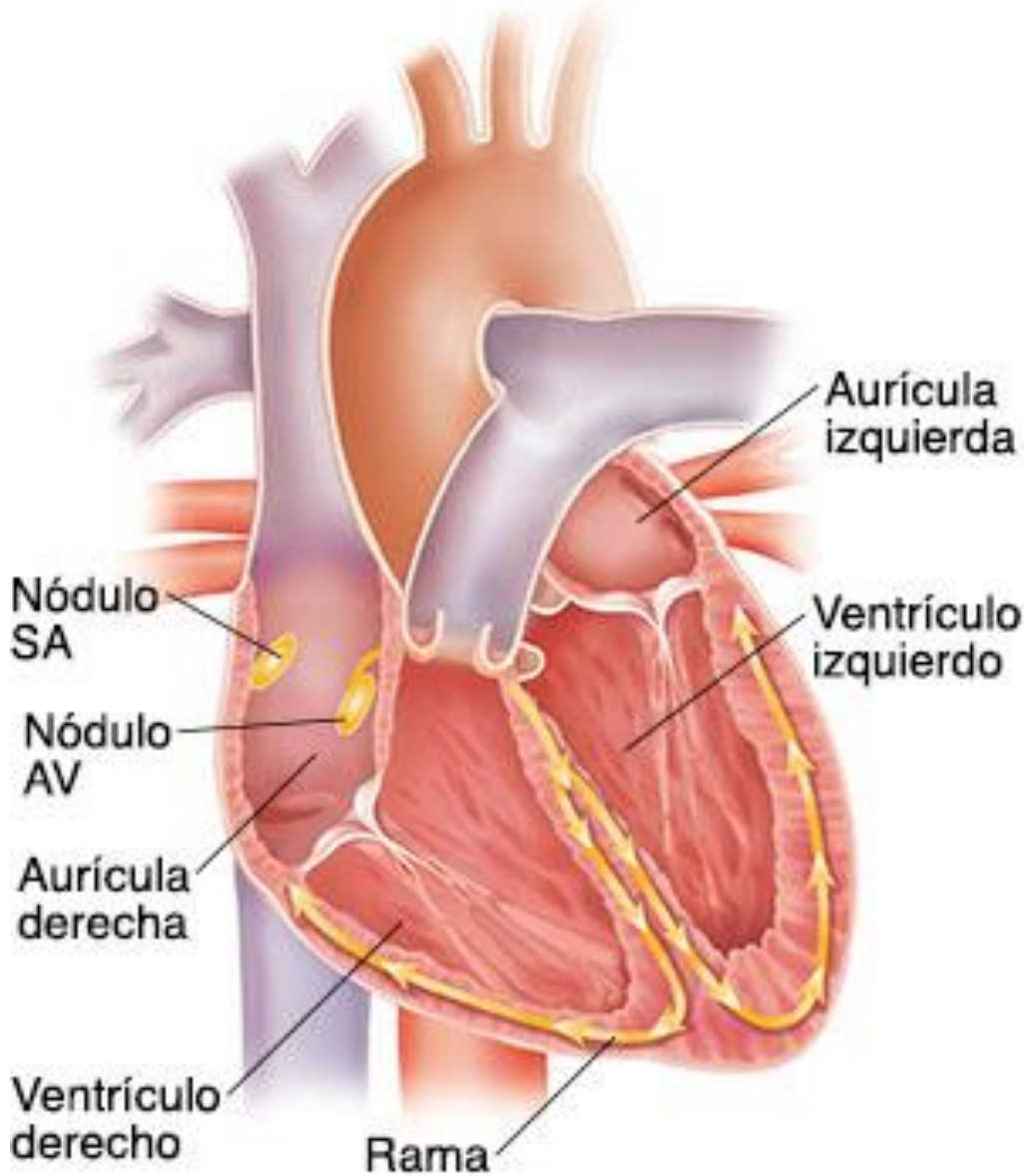
Medicina Familiar

Agenda

1. Definición y Etiología.
2. Epidemiología.
3. Manifestaciones Clínicas.
4. Clasificación.
5. Abordaje.
6. Historia Clínica.
7. Apoyo Diagnóstico
8. Laboratorio.
9. Diagnóstico Diferencial.
10. Diagnóstico EKG.
11. Tratamiento Farmacológico.
12. Criterios de Referencia.

Definición

Son trastornos en la función cardíaca a consecuencia de alteraciones en la formación del impulso cardíaco y su propagación a través de las fibras cardíacas.


Aurícula
izquierda
Nódulo
SA
Ventrículo
izquierdo
Nódulo
AV
Aurícula
derecha
Ventrículo
derecho
Rama

Etiología

Anomalías hidroelectrolíticas, miocardiopatías (dilatada, hipertrófica, restrictiva, canalopatías), valvulopatías, cardiopatía isquémica, consumo de alcohol o cafeína, canalopatías, fármacos beta 2 agonistas, feocromocitoma, hipertiroidismo, cardiopatías congénitas, aumentos intrínsecos del automatismo o anomalías en la conducción (reentrada), idiopáticas.

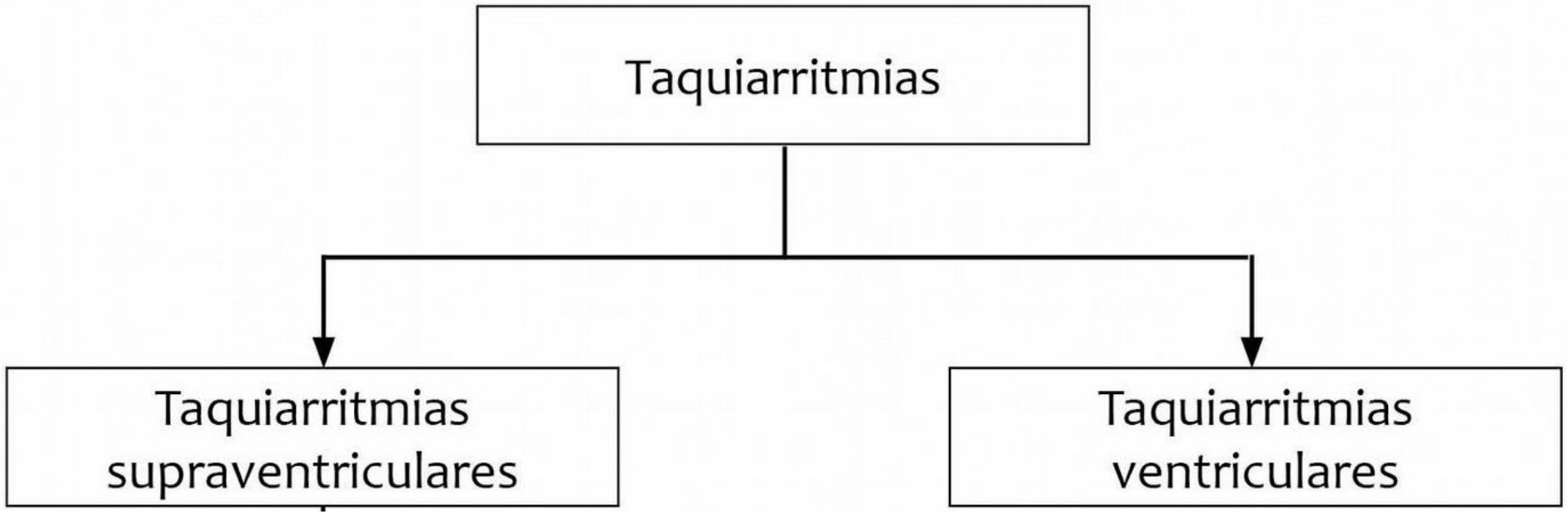
Epidemiología

- El 15% de los pacientes mayores de cincuenta años padecen algún tipo de arritmia.
- 50% de los ingresos hospitalarios por enfermedad cardiovascular responden a fibrilación auricular.
- La disfunción del nodo sinusal es una de las causas más frecuentes de implantación de marcapaso, supone aproximadamente el 40 a 50% de los casos aparte del bloqueo aurículo-ventricular (AV).
- La mayoría de las muertes súbitas de causa cardíaca son producidas por taquicardia ventricular/fibrilación ventricular (TV/FV) (50% de las muertes).
- En la mayoría de las ocasiones se asocian con alguna enfermedad cardíaca.

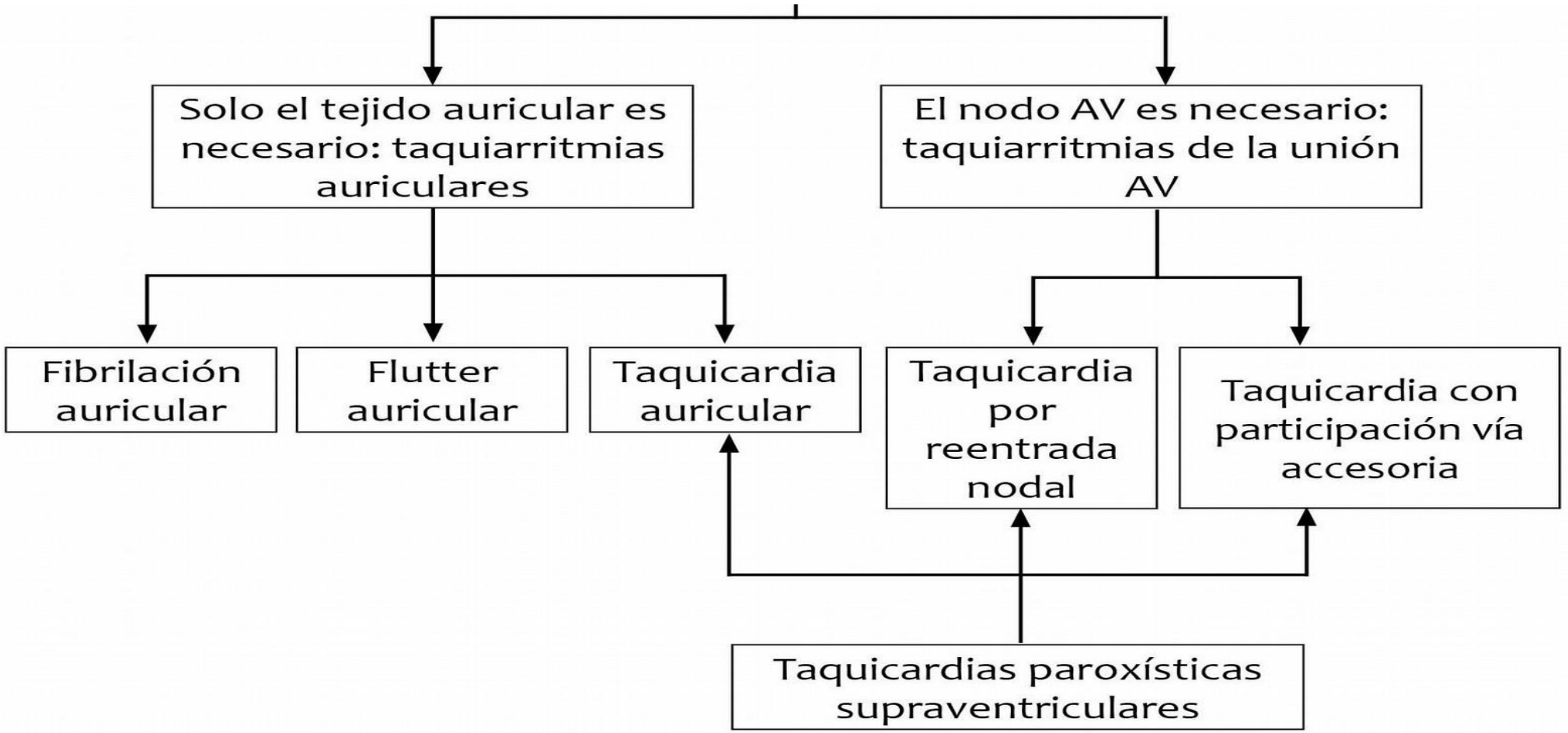
Manifestaciones Clínicas

- Mareo.
- Aturdimiento.
- Presíncope.
- Síncope.
- Crisis de Stokes-Adams.
- Fatiga.
- Letargia.
- Angina.
- Disnea.
- ICC.
- Confusión Mental.
- Palpitaciones
- Sensación de desesperación (angustia).

Clasificación



Taquicardias Supraventriculares



Abordaje

Debemos de considerar lo siguiente:

- Capacidad instalada.
- Medicamentos disponibles.
- Apoyo diagnóstico disponible.

Debemos además recordar que nuestra mejor arma en el abordaje de estos pacientes es la historia clínica acuciosa.

Historia Clínica

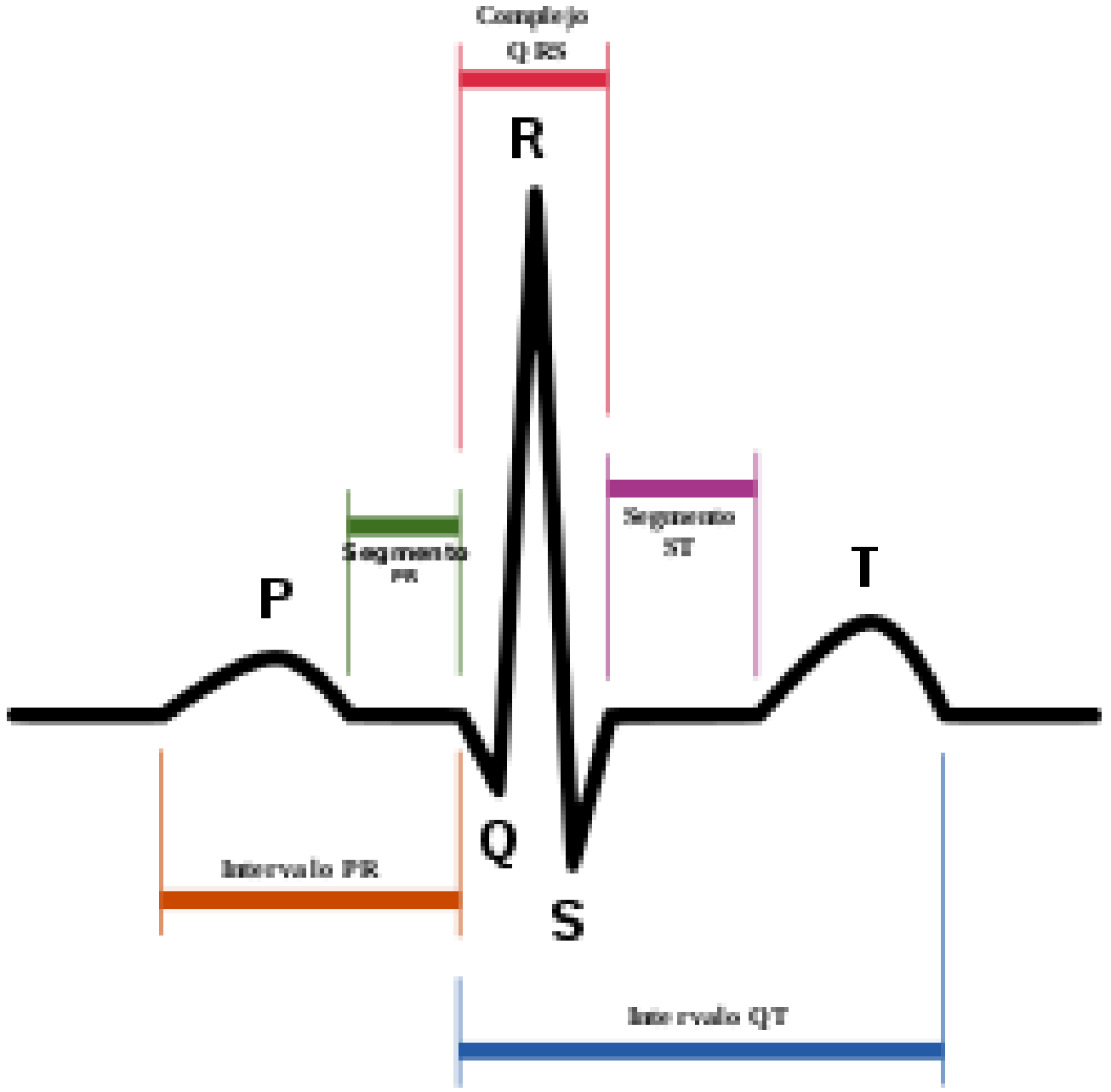
- Edad del paciente, estado nutricional.
- Historia actual, síntomas actuales y examen físico, medicación actual.
- Antecedentes personales; enfermedades de base (HTA, DM, Enfermedad Coronaria, Enfermedad Pulmonar).
- Antecedentes familiares.
- Hábitos del paciente; dieta, actividad física, tabaquismo, alcoholismo, uso de otras drogas, etc.
- Estado emocional del paciente.
- Signos Vitales.

Apoyo Diagnóstico

- Indicar electrocardiograma de doce derivaciones más D II largo, si este no está disponible de forma inmediata, tomar trazo de monitor.

- Tomar prueba de Holter de veinticuatro horas, ecocardiograma y prueba de esfuerzo en hospital de tercer nivel o de segundo nivel según disponibilidad de recursos.

EKG
Normal


Complejo
QRS
R
Segmento
PR
Segmento
ST
P
T
Q
S
Intervalo PR
Intervalo QT

Laboratorio

- Hemograma.
- Electrolitos séricos.
- Gases Arteriales.
- Hormonas tiroideas.
- Enzimas cardiacas.
- ELISA para Chagas.

Diagnóstico Diferencial

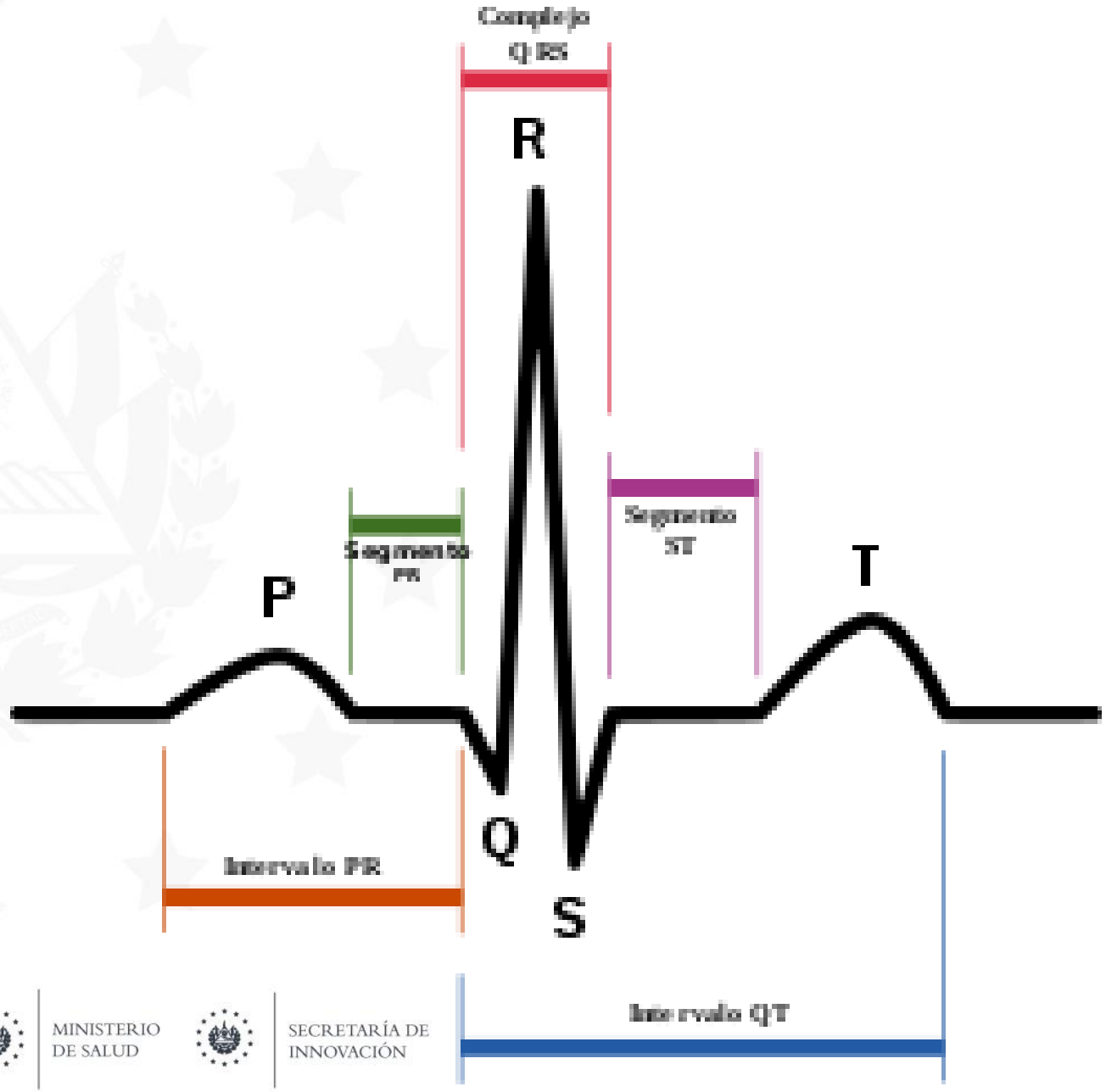
- Síncope Neurológico.
- Epilepsia.
- Hipoglicemia.
- Trastorno de Ansiedad.
- Hipotensión Ortostática en los adultos mayores.

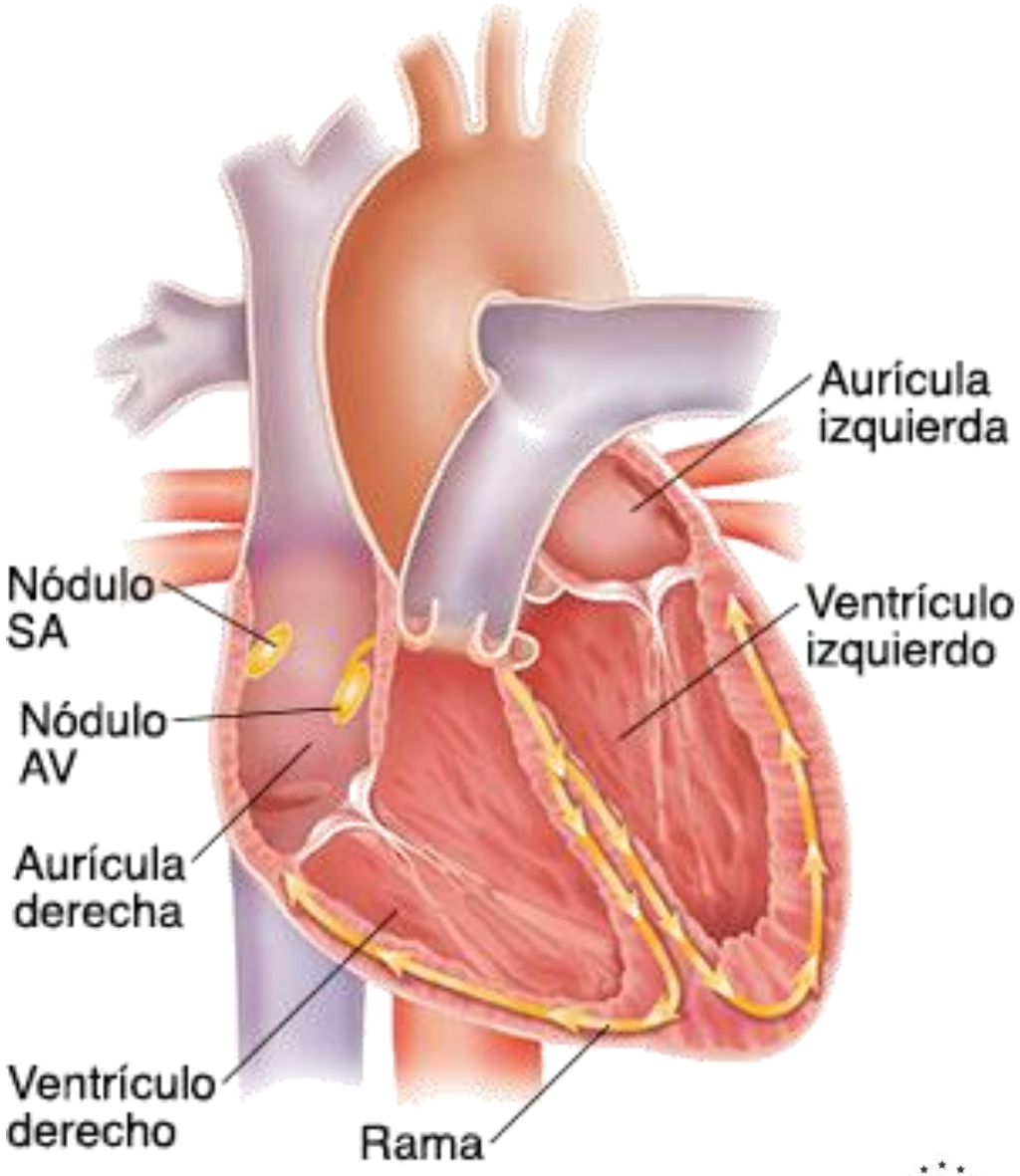
Diagnóstico EKG

- EKG:
  - Frecuencia de 60 – 100 lpm.
  - Ondas P positivas en DII, DIII, aVF y negativas en aVR.
  - Ondas P preceden a cada complejo QRS con un intervalo PR de 120 a 200 mseg.
  - Intervalo RR regulares.
- Taquicardia sinusal: ritmo sinusal arriba de 100 latidos por minuto.
- Identificar la causa y corregirla. No existe causa es una Taquicardia Sinusal Inapropiada.

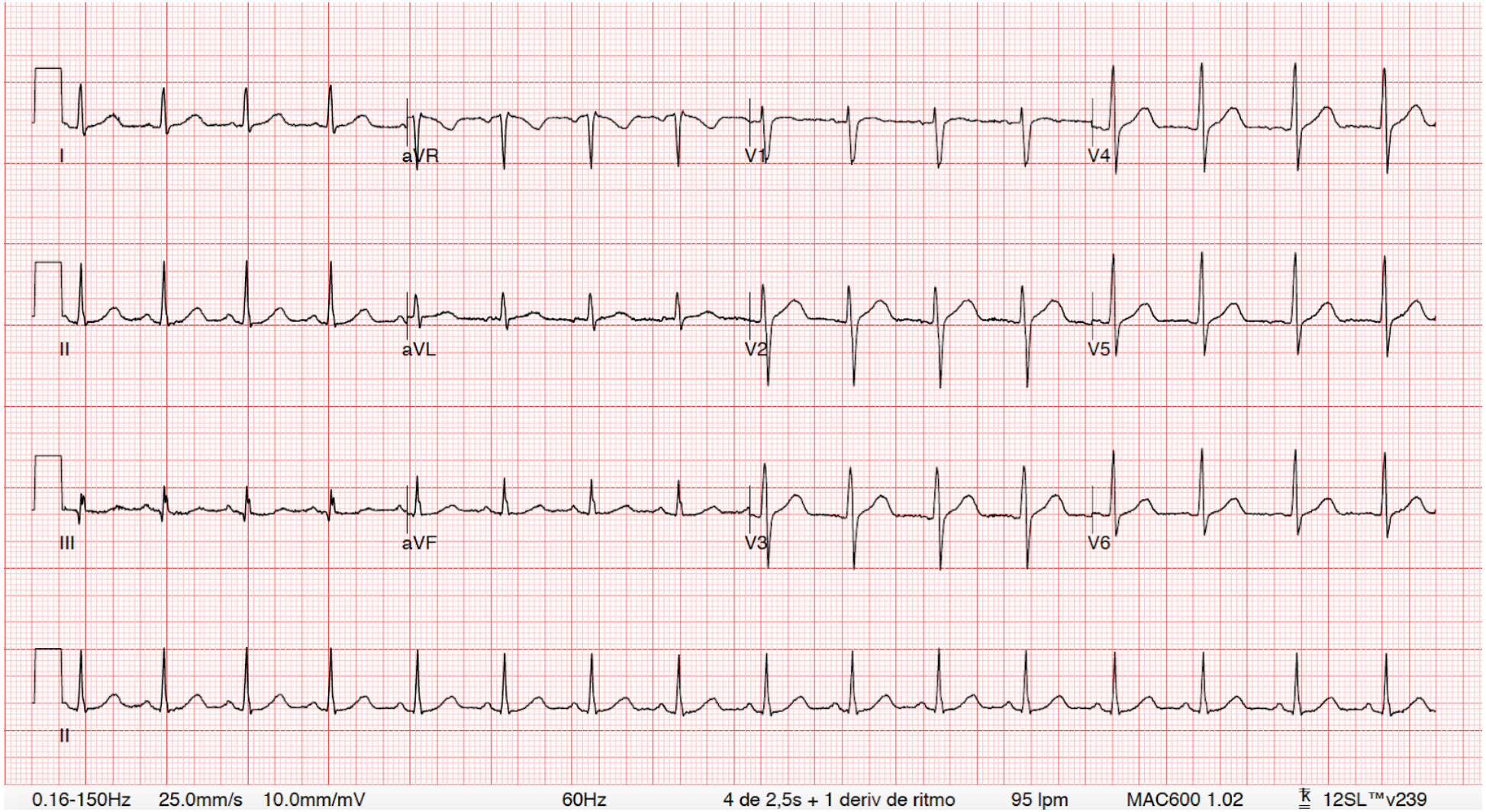
Diagnóstico EKG

- Fibrilación auricular: ausencia de onda P y ritmo irregular.
- FARVA: FC ≥120 lpm sin onda P y ritmo irregular.
- TSP: FC ≥ 130 lpm sin onda P y ritmo regular.
- Bradicardia: FC menor de 50 lpm.
- Taquicardia sinusal: FC mayor de 100 lpm y menor de 120 lpm con ritmo regular.
- Taquicardia sinusal inapropiada (sin causa aparente).
- Arritmia sinusal (arritmia pulmonar).

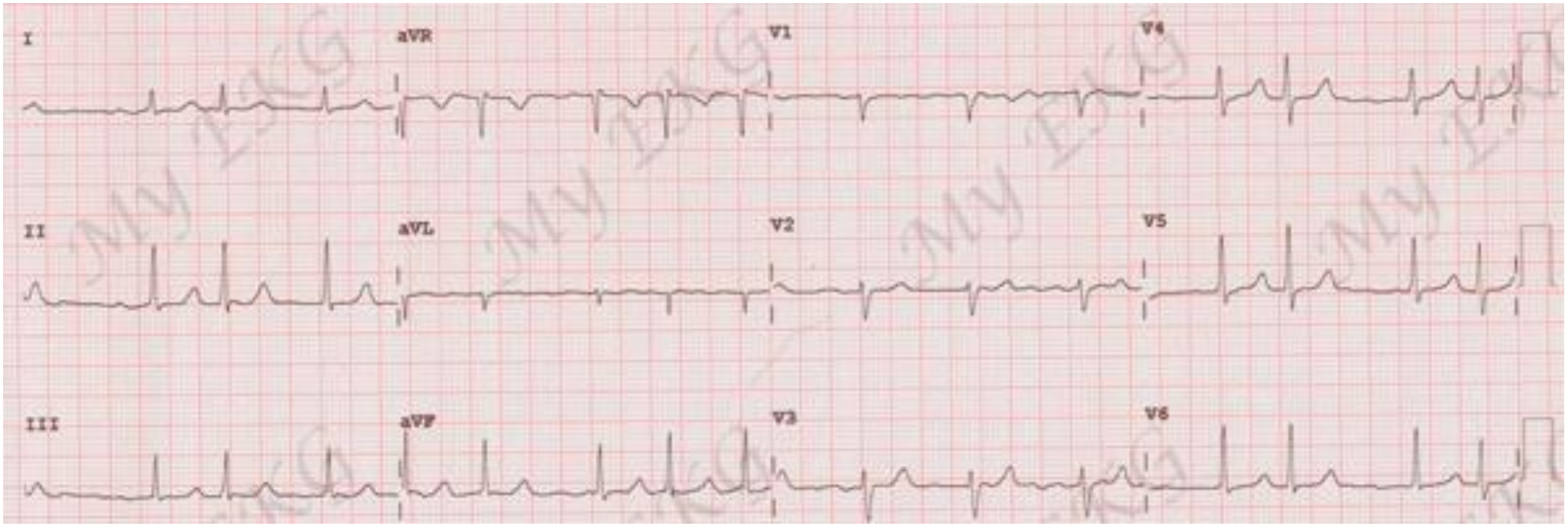

Complejo QRS
R
Segmento PR
Segmento ST
P
T
Q
S
Intervalo PR
Intervalo QT


Aurícula izquierda
Nódulo SA
Ventrículo izquierdo
Nódulo AV
Aurícula derecha
Ventrículo derecho
Rama

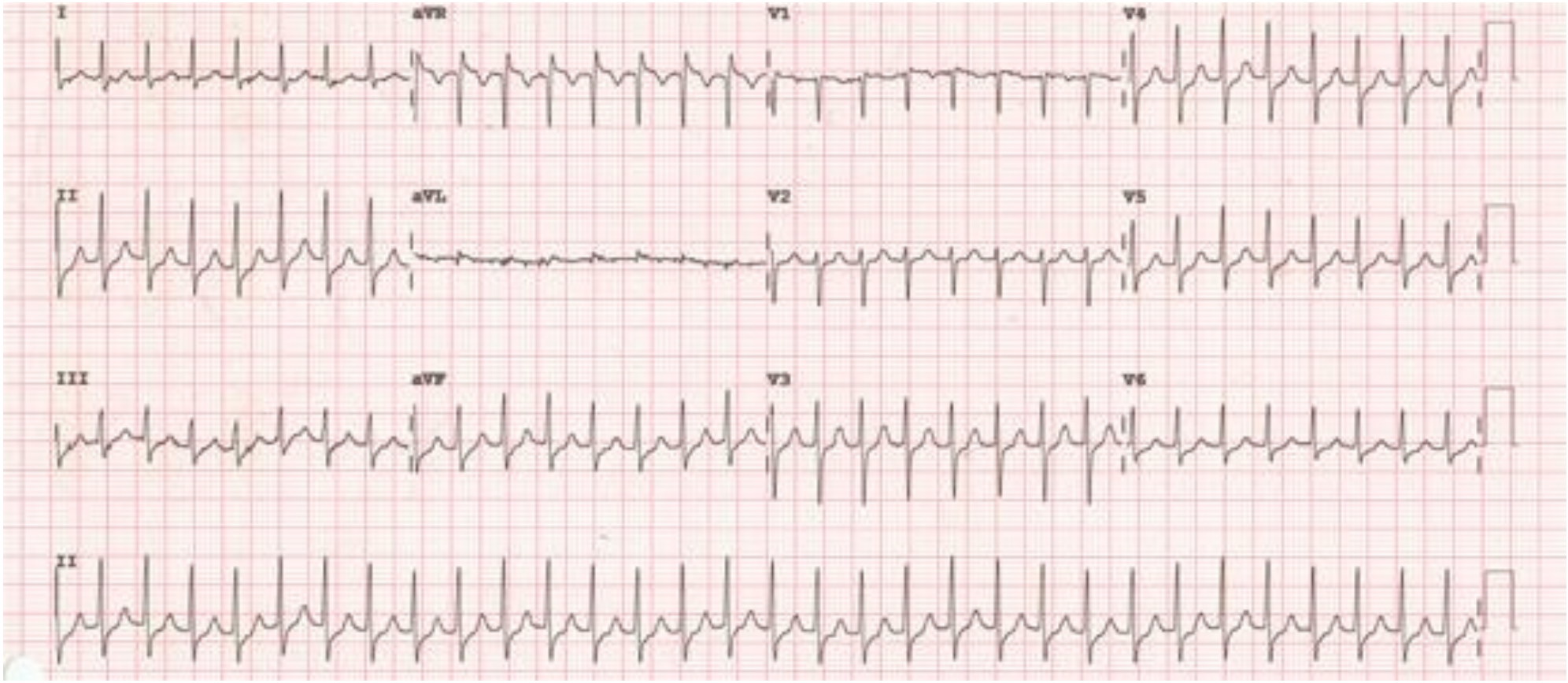
Taquicardia Sinusal

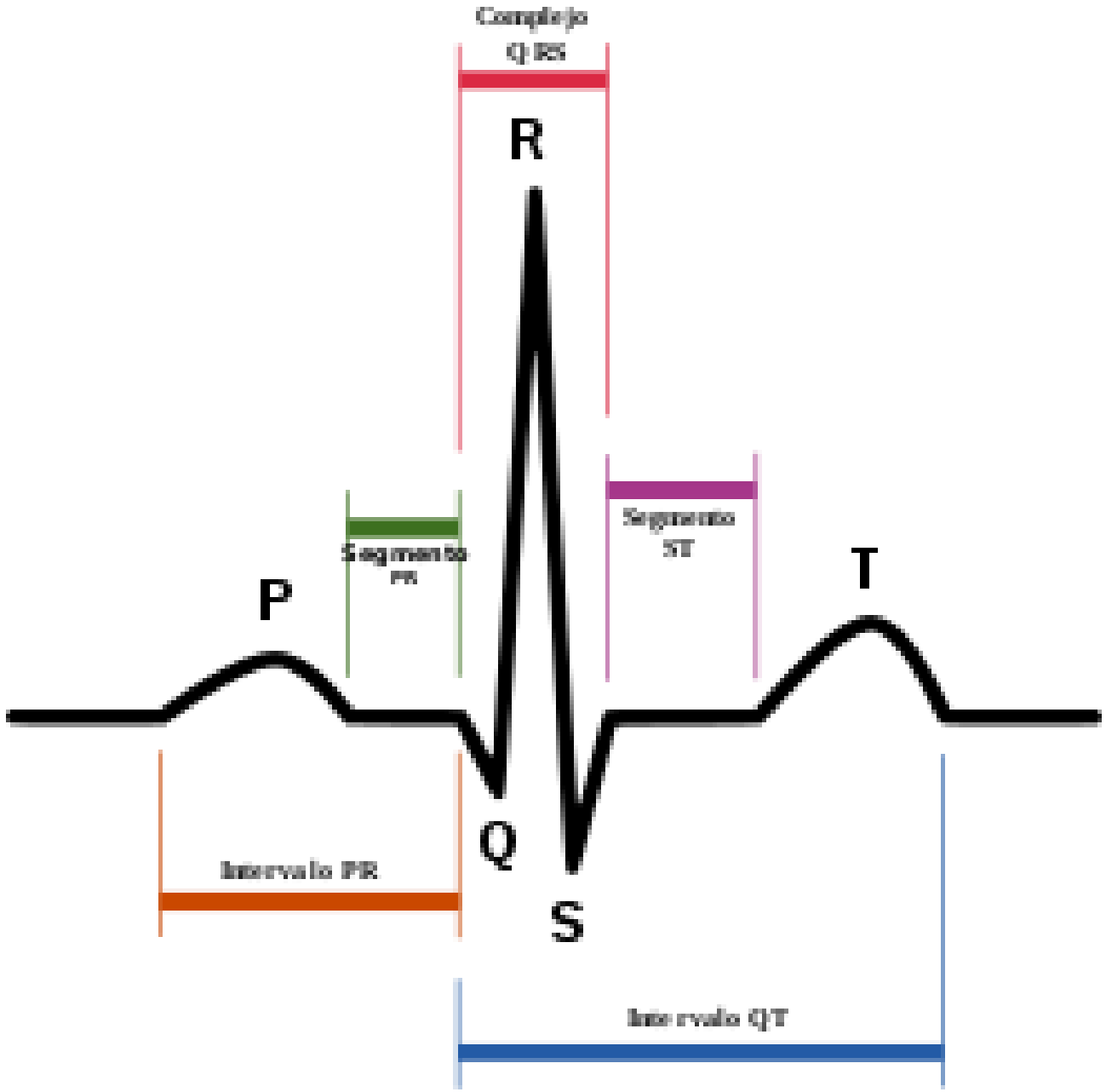


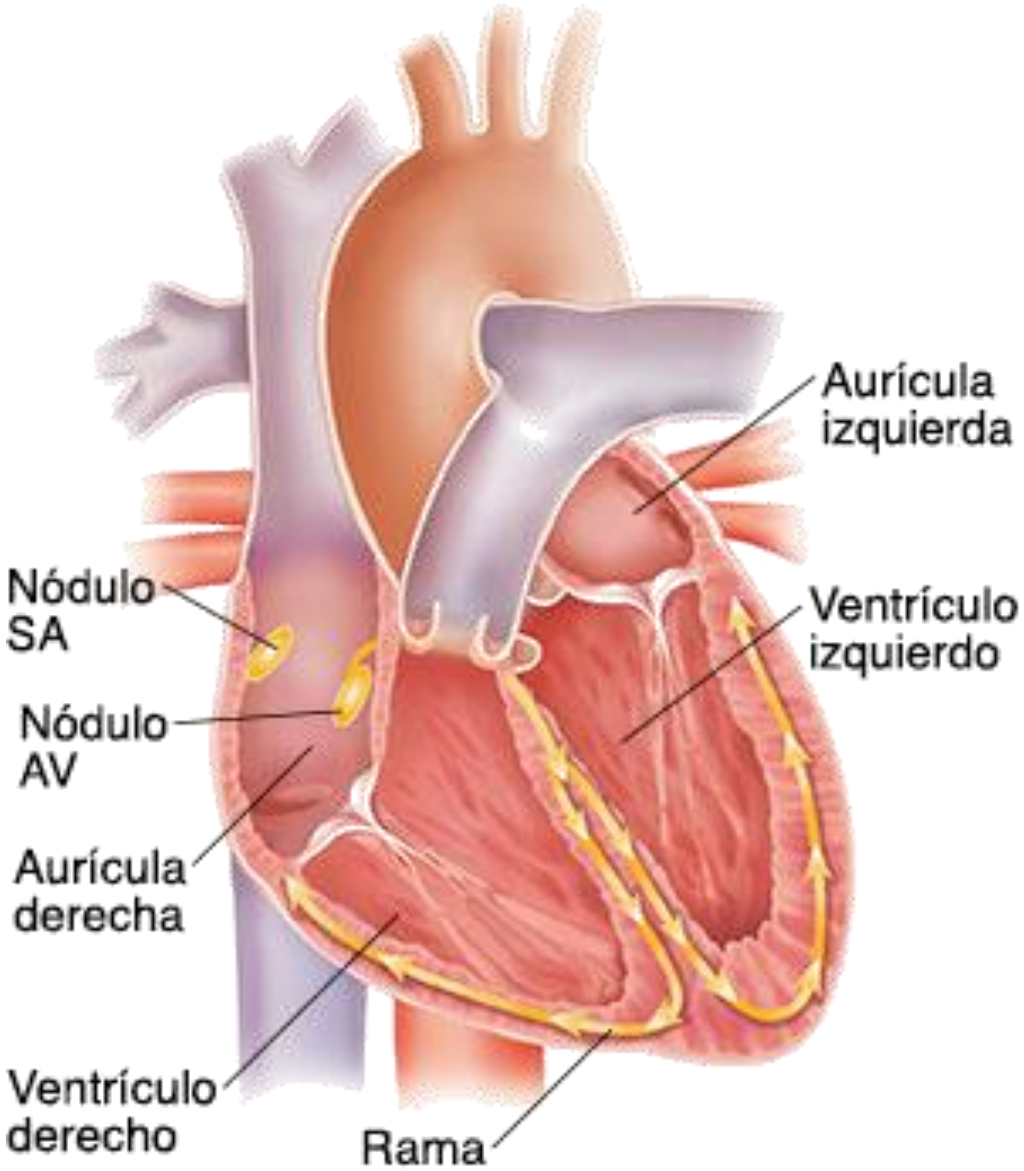
Fibrilación
Auricular



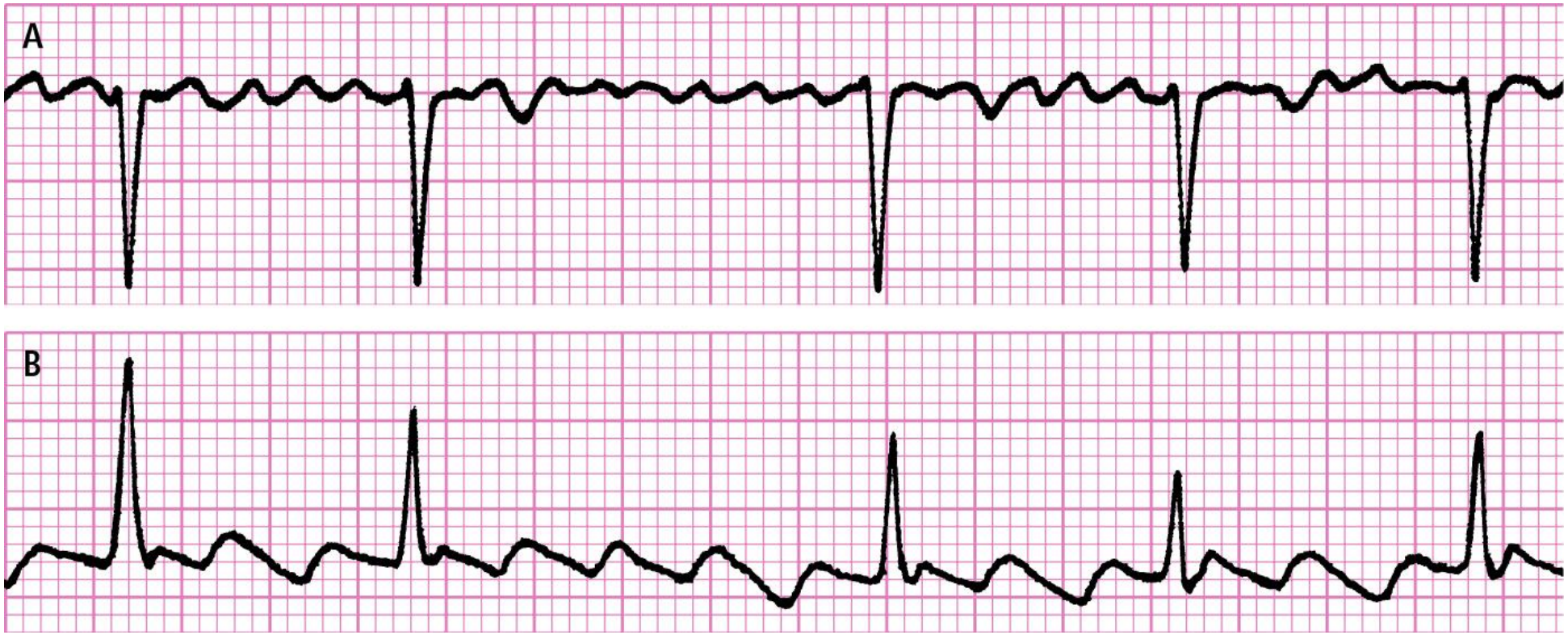
Taquicardia
Supraventricular



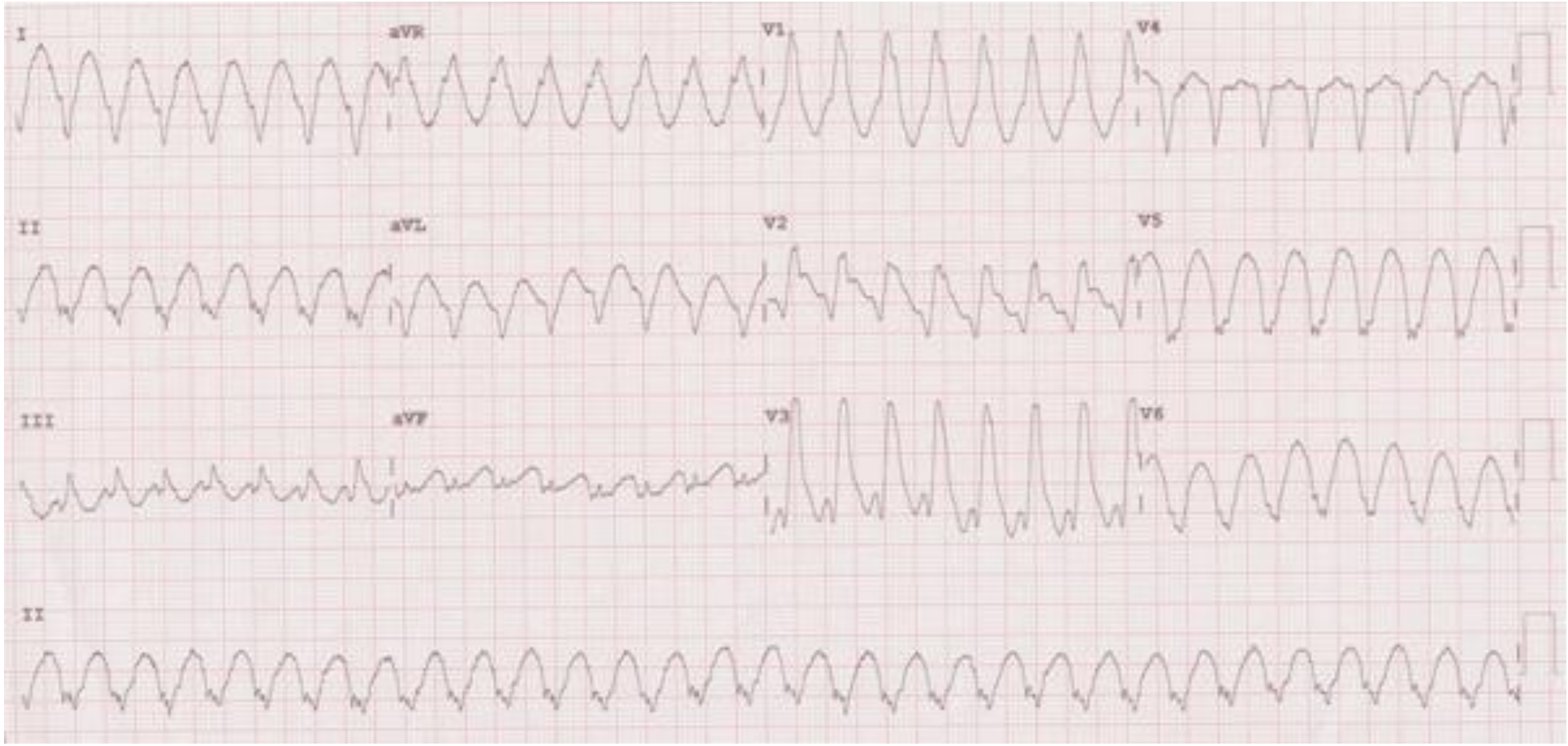

Complejo QRS
R
Segmento PR
Segmento ST
P
T
Q
S
Intervalo PR
Intervalo QT


Aurícula izquierda
Nódulo SA
Ventrículo izquierdo
Nódulo AV
Aurícula derecha
Ventrículo derecho
Rama

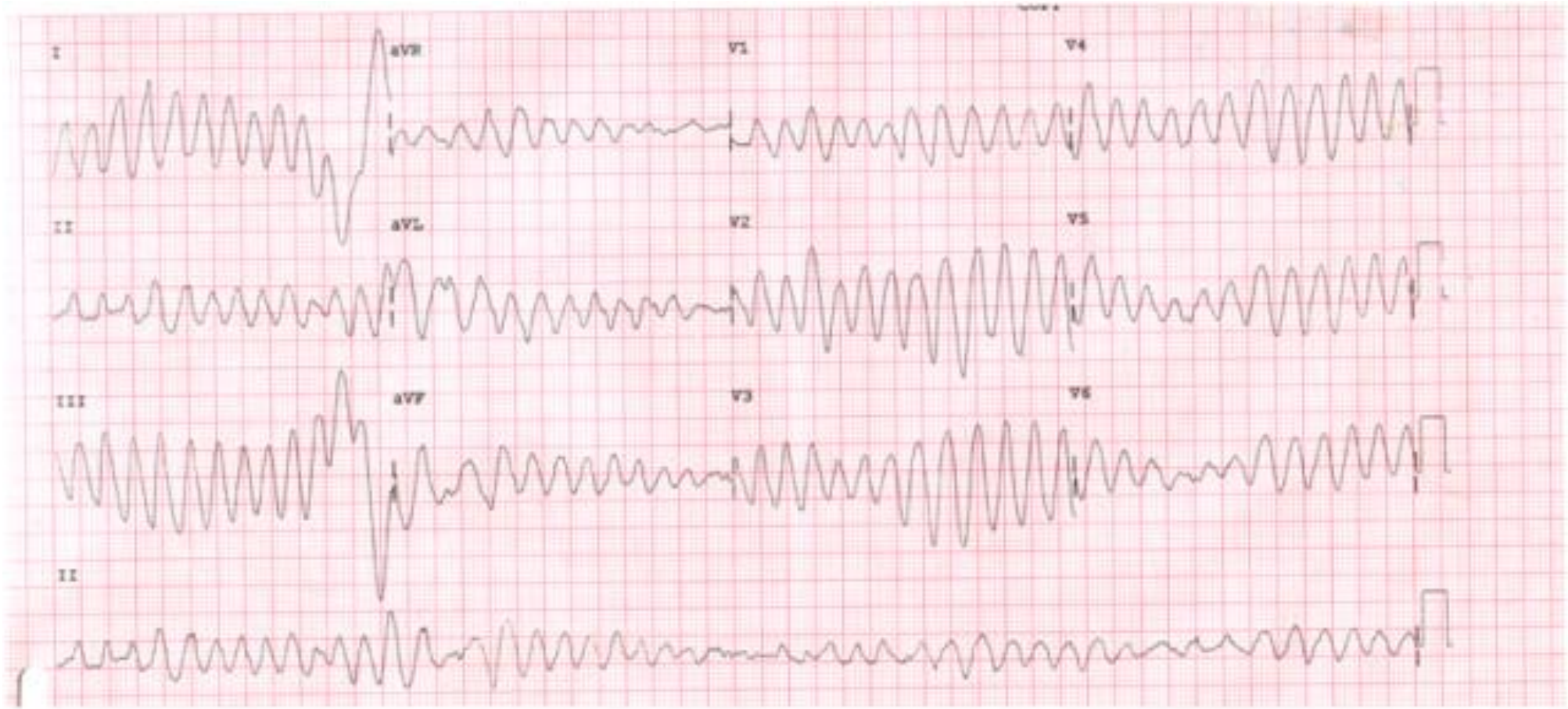
Flutter (Aleteo)
Auricular



Taquicardia
Ventricular
Monomórfica



Taquicardia
Ventricular
Polimórfica



Tratamiento Farmacológico

- Betabloqueadores:
  - Propranolol 40 mg, de 20 a 240 mg VO repartidos en 2 a 4 dosis al día.
  - Atenolol 100 mg, (en caso que haya HTA) de 50 a 100 mg VO en una sola dosis al día.
  - Carvedilol 25 mg, de 6.25 a 25 mg VO repartidos en 2 dosis al día
- Calcioantagonistas no dihidropiridínicos:
  - Verapamilo 240 mg, (en caso que haya HTA) de 120 a 360 mg VO en una sola dosis al día.

Criterios
De Referencia

- Dependerá de los antecedentes del paciente, de la gravedad de los síntomas y del tiempo de evolución.

- Considerar la presencia o ausencia de pulso arterial y la asociación con la frecuencia cardíaca.

Consideración De Referencia

Diagnóstico	UCSF Especializada	Hospital	Observaciones
Taquicardia Sinusal	*	*	*Si determina causa tratarla y valorar referencia según esta
Taquicardia Sinusal Inapropiada	Referirla para manejo	Solamente si hay signos de ICC	Valora I/C psicología
Fibrilación Auricular	Si está descompensada	Las de primera vez a emergencia	La FA por lo general no revierte en el adulto mayor, solamente se compensa con tratamiento
Taquicardia Supraventricular		Referir de emergencia	Recordar relacionar PA y FC. La ausencia de pulso arterial implica mayor gravedad del cuadro clínico
Flutter Auricular			
Taquicardia Ventricular			

En el contenido puede variar el puntaje de la tipografía
desde 16 pts a 20 pts dependiendo de la necesidad.

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetuer adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim.