

Manejo de Arritmias en Urgencias en Atención Primaria

Que
el
ritmo
no
pare

*Susana Patricia Cabrera Huerta
Residente de Cardiología. Hospital Insular de Las Palmas de Gran Canaria.*

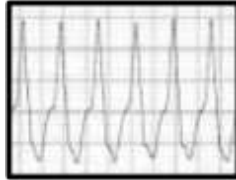
Índice

A

TAQUIARRITMIAS



QRS estrecho



QRS ancho

- Regular-Irregular
- Estabilidad hemodinámica

B

BRADIARRITMIAS



Asintomáticas



Sintomáticas

Que
el
ritmo
no
pare

A. TAQUIARRITMIAS

QRS estrecho

Irregular

 Fibrilación auricular

 Taquicardia auricular

 Flúter variable

Regular

 Flúter

 Taquicardia auricular

 Taq. vía accesoria

QRS ancho

Irregular

 TV Polimórfica

 FA preexcitada

 FA aberrante

Regular

 TV monomórfica

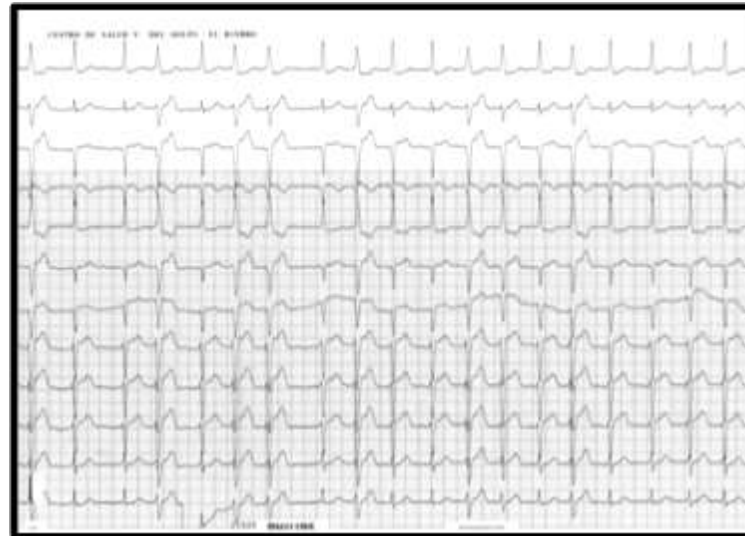
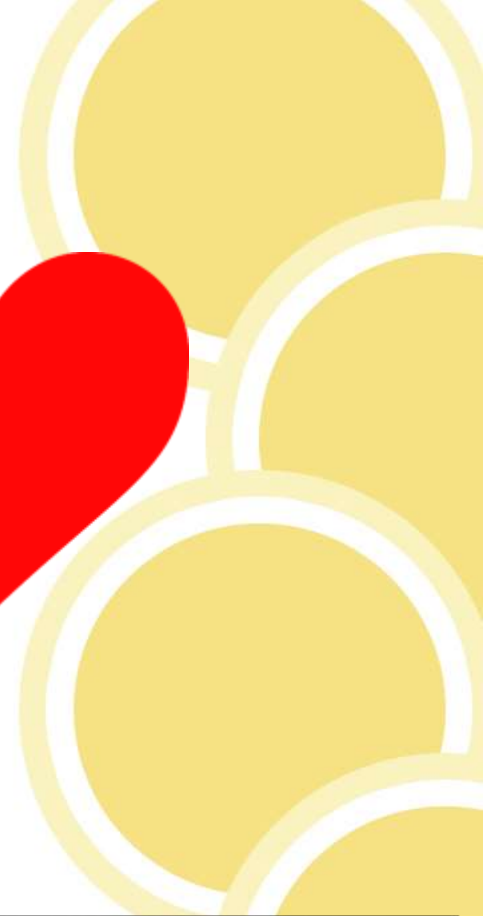
 TSV aberrante

Que
el
ritmo
no
pare

A. TAQUIARRITMIAS

1. Estabilidad hemodinámica

2. Tipo de taquicardia



Que
el
ritmo
no
pare

A. TAQUIARRITMIAS

Inestabilidad hemodinámica

AALTERACIÓN NIVEL CONCIENCIA

ANGINA

SÍNCOPE

SHOCK

INSUFICIENCIA CARDIACA



CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA



Que
el
ritmo
no
pare

A. TAQUIARRITMIAS

Estabilidad hemodinámica

QRS estrecho regular e irregular

1. Maniobras
2. Tiempo de evolución
3. Tratamiento agudo

TRVA o TAU

FA o Flúter



MANIOBRAS

Masaje del seno carotideo*

The main complications of CSM are neurological. When pooling the data from four studies^{90,95-97} in which 8720 patients were analysed, TIAs or strokes were observed in 21 (0.24%).

Adenosina

6mg-12mg-18mg

¡Broncoespasmo!* → Teofilina (2mg/kg en 10min)

TIEMPO DE EVOLUCIÓN*

>48h/desconocida ó 12-48h
+ CHADSVASC

2/3/TE/EM/prot mec :

*ETE sin trombos/ACO 3s=CV

*Si no, control de FC

<12h o 12-48h con
CHADSVASC 1/2 ni TE/EM:

*CV o wait and see 48h

RITMO

TRATAMIENTO AGUDO*

- **CVE**
- **CVF****
- ✓ Flecainida (200-300mg VO/2mg/kg IV en 10 min) y propafenona (600mg VO/2mg/kg IV en 10 min)**NO EN FLUTTER
- ✓ Amiodarona
- **ACO**: Antes de CV y después según CHA2DS2VASc**

FRECUENCIA

• BB

Bisoprolol=Oral/Efecto 2-4h/VM 10h

Metoprolol= IV 2.5mg /oral 50-100mg/Efecto 10' IV/VM 4h

Esmolol= IV 0.5mg-pc/VM 9'

• ACa NDH

Verapamilo=IV 2.5-10mg/ Efecto 5'/ VM 20'.

Diltiazem=IV 15-25mg/Efecto 5'/ VM 15'

- **Digoxina**=Bolo 0.5 mg iv + 0.25mg/6h hasta 1.5mg/Efecto10-20'/VM >24h

Que
el
ritmo
no
pare

A. TAQUIARRITMIAS

QRS ancho

Irregular

♥ TV Polimórfica

♥ FA preexcitada

♥ FA aberrante

Regular

♥ TV monomórfica

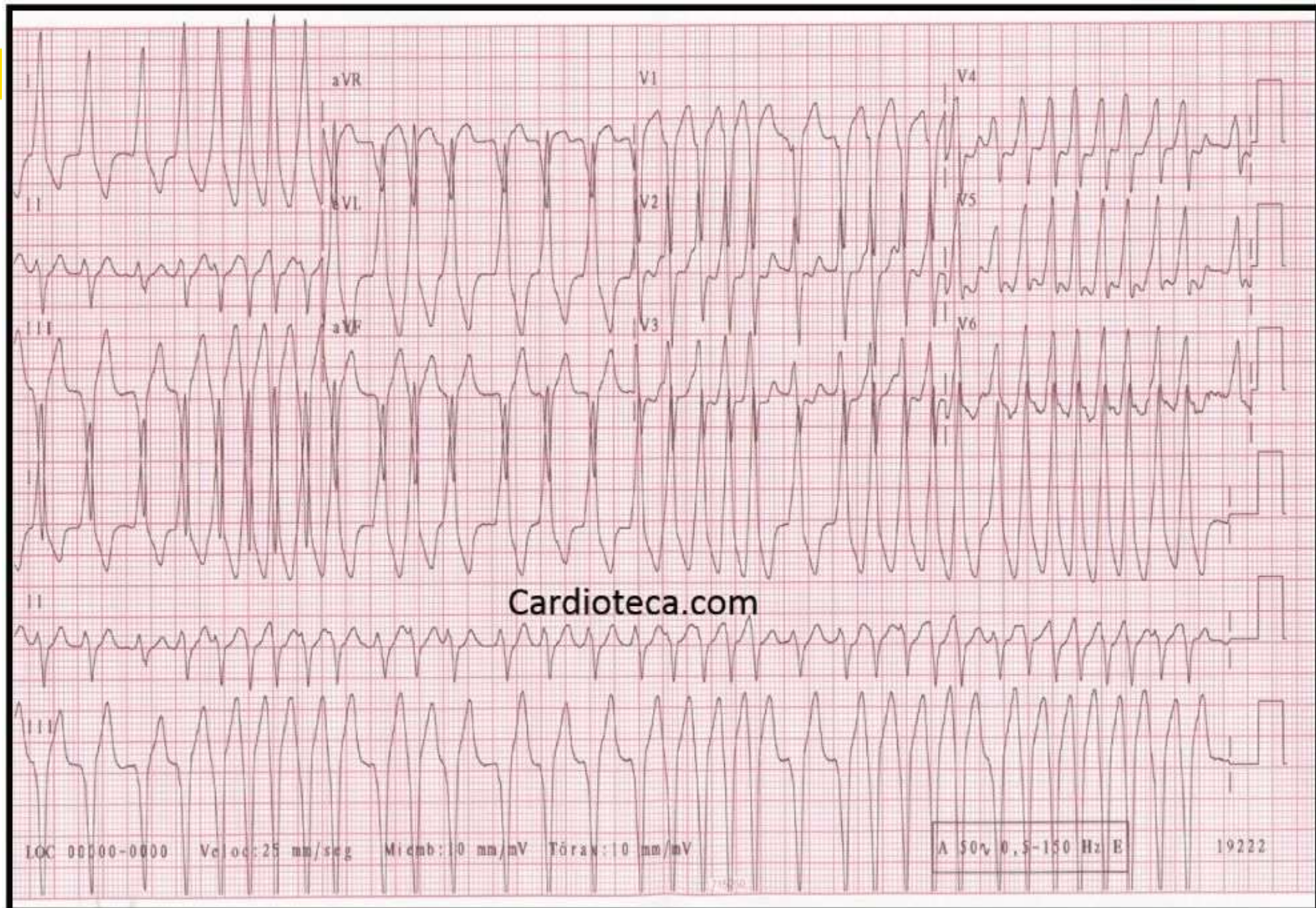
♥ TSV aberrante

Que
el
ritmo
no
pare

FA PREEXCITADA

CV eléctrica

¡¡NUNCA
FRENADORES
DEL NODO AV!!



Que
el
ritmo
no
pare

FA ABERRADA

65 Años

15/09/2010 12:07:02
Mujer

HOSPITAL HIDALGO

1°

TAQUICARDIA EXTREMA CON COMPLEJO ANCHO, NO SE INTENTA ANALISIS POST. DEL RITMO

Frec. 166
PR
DQRS 157
QT 344
QTc 572

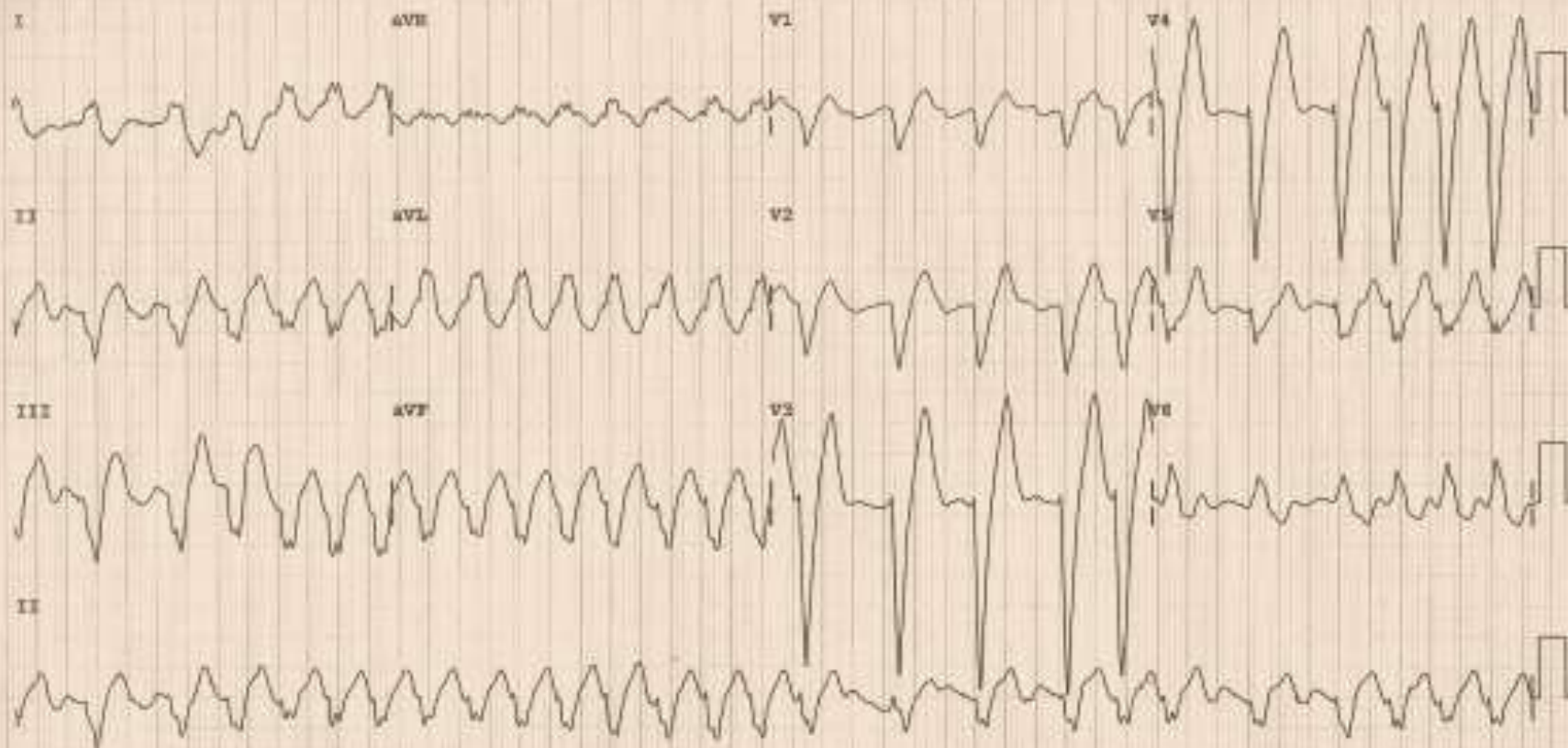
--EJES--

P
QRS -67
T 104

Area: SCIO, URGENCIAS

- ECG ANOMALO -

Diagnóstico sin confirmar



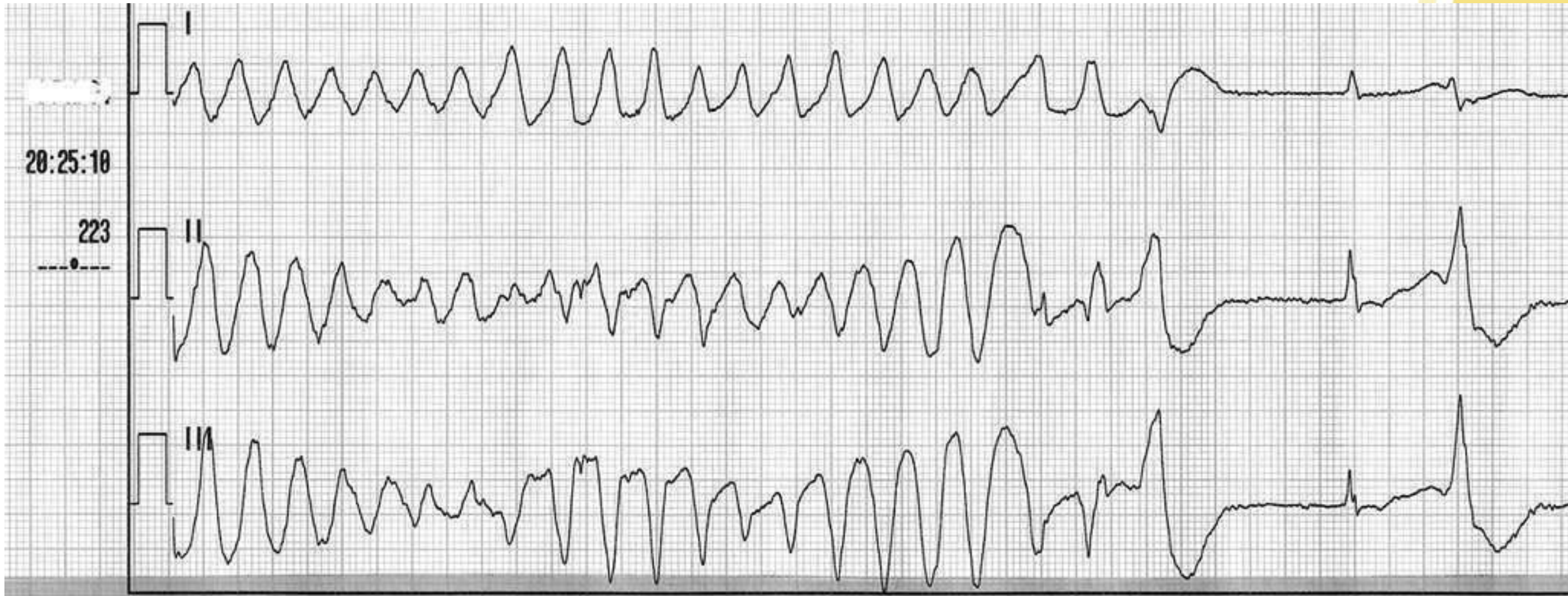
Equipo: Veloc.: 25 mm/s Mimb: 10 mm/mV Frec.: 10 mm/mV

F 50- 0,5-150 Hz W PHOGDA P7

Que
el
ritmo
no
pare

TV POLIMÓRFICA

- 1) Si sostenida= ¡¡ Desfibrilación !!
- 2) Si autolimitada= QT y FC + 2g magnesio en bolo

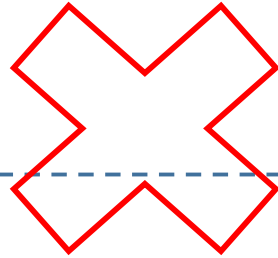


Estabilidad hemodinámica

QRS ancho irregular

1. Maniobras
2. Tratamiento agudo

MANIOBRAS ??



Masaje del seno carotideo*

The main complications of CSM are neurological. When pooling the data from four studies^{90,95-97} in which 8720 patients were analysed, TIAs or strokes were observed in 21 (0.24%).

Adenosina

6mg-12mg-18mg

¡Broncoespasmo!*

TRATAMIENTO AGUDO

- Cardioversión eléctrica
- Cardioversión farmacológica
- Tratamiento control de FC

Que
el
ritmo
no
pare

A. TAQUIARRITMIAS

QRS ancho

Irregular

♥ TV Polimórfica

♥ FA preexcitada

♥ FA aberrante

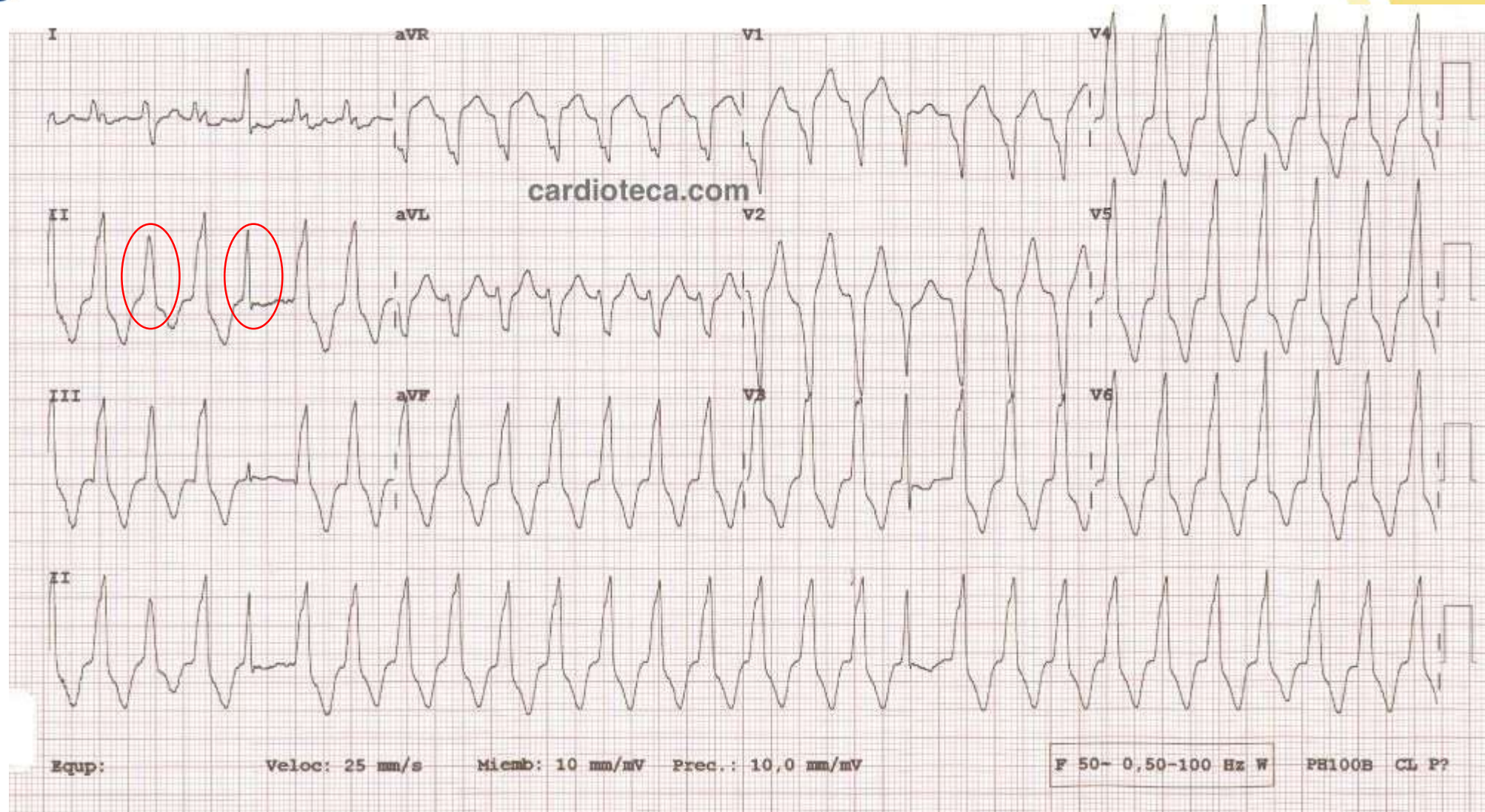
Regular

♥ TV monomórfica

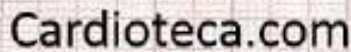
♥ TSV aberrante

Que
el
ritmo
no
pare

TV

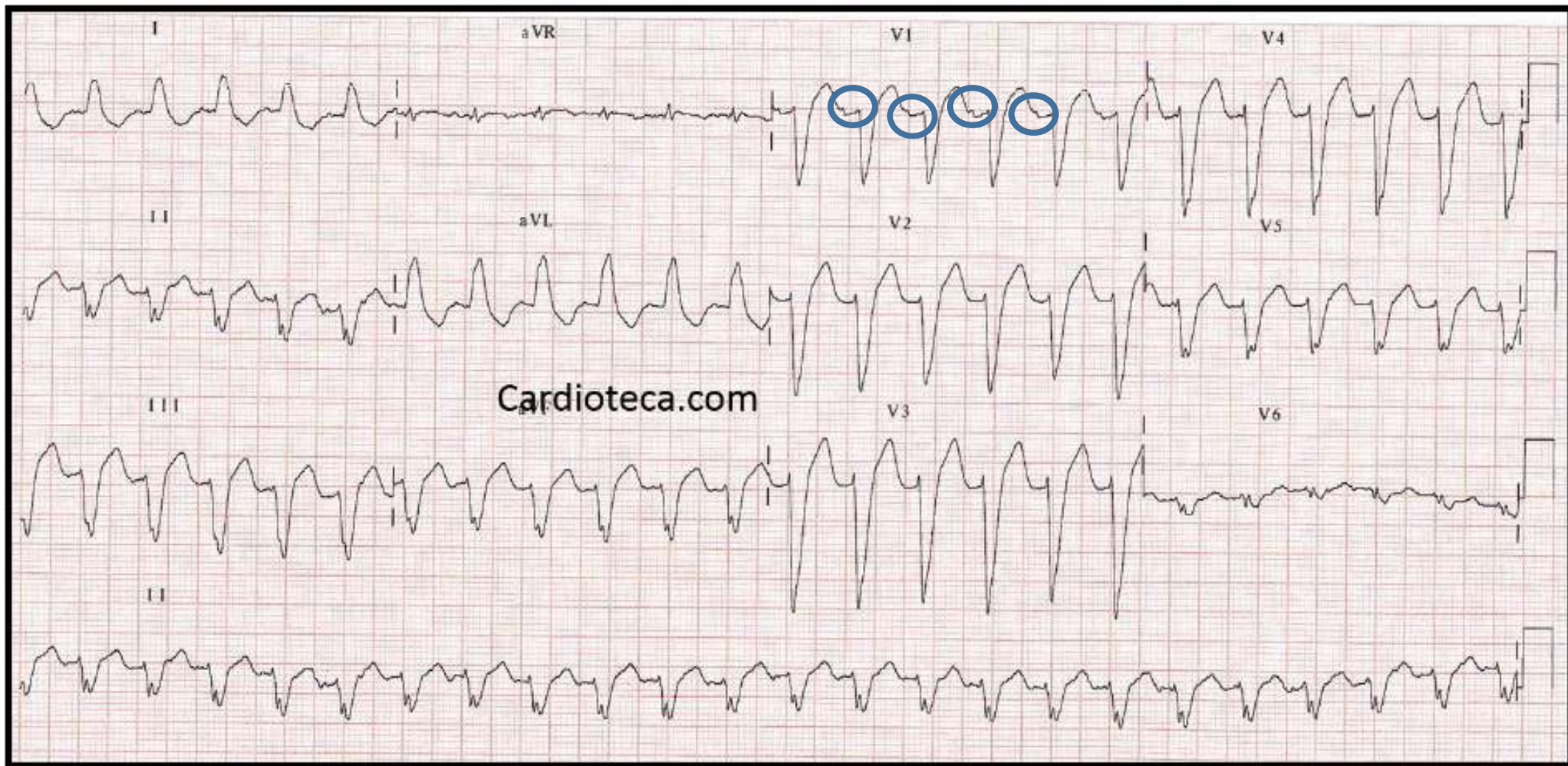


Flúter con BCRD



Que
el
ritmo
no
pare

TSV con
aberrancia



Que
el
ritmo
no
pare

A. TAQUIARRITMIAS

Estabilidad hemodinámica

QRS ancho regular

1. Maniobras
2. Tratamiento agudo

MANIOBRAS



Masaje del seno carotideo*

The main complications of CSM are neurological. When pooling the data from four studies^{90,95-97} in which 8720 patients were analysed, TIAs or strokes were observed in 21 (0.24%).

Adenosina

6mg-12mg-18mg
¡Broncoespasmo!*

TRATAMIENTO AGUDO

- Cardioversión eléctrica
- Procainamida= 100mg en bolo en 5' ó 1g/100ml en 30' y PC 12ml/h
- Amiodarona

Que
el
ritmo
no
pare

A. TAQUIARRITMIAS

Y ahora, ¿qué hago con el paciente?

Derivar al hospital si...

- Taquicardia muy sintomática
- Criterios AASSI
- TVM o TVP
- FA preexcitada

Mandar al CAR de zona si...

- TSV asintomática o levemente sintomática
- TSV revertida sin recurrencia tras 2-3h y observación



Que
el
ritmo
no
pare

B. BRADIARRITMIAS

ATROPINA 1mg bolus (3mg max)

ADRENALINA 1mg bolus o pc 10-60ml/h

ISOPROTERENOL en pc 2-4 mcg/min o bolus 20 mcg

MCP transitorio

Asintomática

- Enfermedad del nodo sinusal: paro sinusal <6secs, bradicardia persistente, incompetencia cronotrópica
- BAV 1 grado
- BAV 2 grado Wenkebach
- Bloqueo bifascicular (BCRD+HBAI, BCRI)

Asintomática

- BAV 2 grado Mobitz II
- BAV 2:1
- BAV alternante de rama
- BAV 3 grado

Sintomática

- Disminución del nivel de conciencia
- ICC
- Síncopes de repetición
- Shock
- Acidosis metabólica



Que
el
ritmo
no
pare

