
Bradiarritmias

AUTORES: ANA LOURDES POVEDA, ALEJANDRO LARRIERA.
Hospital de Clínicas José de San Martín.
ASESOR MÉDICO: DR. RICARDO BARCIA.

DEFINICIÓN

Frecuencia cardiaca (FC) < 60/min, aunque se pueden aceptar valores de hasta 46/min en reposo.

Buscar inestabilidad hemodinámica o signos de gravedad.

En pacientes sintomáticos

- Mantener vía aérea permeable.
- Administrar oxígeno.
- Monitorizar ECG, presión arterial y oximetría.
- Establecer acceso intravenoso (IV).
- Realizar ECG de 12 derivaciones.

En pacientes inestables o con signos de mala perfusión

El marcapaso (MCP) transcutáneo es el tratamiento inicial de elección en estos casos, además del farmacológico.

Pacientes estables o con síntomas leves

Realizar tratamiento farmacológico y valorar colocación de MCP transvenoso según evolución y hallazgos en ECG.

Bradiarritmias más frecuentes: bradicardia sinusal, FA de baja respuesta ventricular, pausas sinusales, síndrome taquicardia-bradicardia, bloqueo A-V (BAV) de 2° y 3° grado.

CAUSAS: (las más frecuentes se indican en porcentajes)

- **Intrínsecas:** Infarto o isquemia (40%), miocardiopatía, infiltrativas (amiloidosis, sarcoidosis), enf. del colágeno (LES, esclerodermia), traumatismo quirúrgico, infecciones (Endocarditis, Chagas).
- **Extrínsecas:** síncope neurocardiogénico: aumento del tono vagal (vómitos, defecación, intubación), Fármacos (20%), hipotermia, hipotiroidismo, trastornos neurológicos (hipertensión endocraneana), desequilibrio electrolítico (10%), sepsis.

¡IMPORTANTE! Colocar acceso IV. Evaluar acceso venoso central para colocación de marcapaso transvenoso, para administración de fármacos vasoactivos (dopamina-adrenalina) o para ambas cosas. Sólo deben tratarse en la fase aguda las bradicardias sintomáticas. En pacientes inestables administrar tratamiento farmacológico y no farmacológico urgente según hallazgos en el ECG. Si el paciente posee MCP, el manejo de la urgencia no cambia. Realizar interconsulta con cardiología.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

ATROPINA IV 0.5 mg cada 3-5 min en bolo (máximo 0.04 mg/kg o 3 mg). Precaución en IAM/Isquemia coronaria aguda: aumenta demanda de O_2 , puede aumentar el daño.

Buena respuesta en bradicardia sinusal sintomática y en disfunción proximal dentro de sistema de conducción: BAV 1° grado y 2° grado Mobitz I.

Evite Atropina en BAV de 2° grado Mobitz II, BAV de 3° grado o 3° grado con complejo QRS ancho.

ADRENALINA IV 2-10 μ g/min (1 amp = 1 mg) (1 mg = 1000 μ cg) 1 amp en 250 cc de Dx5% pasar a 75 ml/H (en 1 H = 5 μ g/min).

DOPAMINA IV 2-10 μ g/kg/min (1 amp = 200 mg, diluida en 250 cc de Dx5% a 9-45 ml/H para 60 kg).

El tratamiento farmacológico sirve de puente hasta la colocación del MCP.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

MCP Temporal transvenoso: en BAV 2° o 3° grado de causa farmacológica o alteración electrolítica transitoria y en BAV completo o BAV de 2° grado-Mobitz II en contexto de IAM. Se inserta por vía IV central yugular o subclavia.

El MCP **transcutáneo**, excepto en pacientes inestables, es una opción de segunda línea por la falta de fiabilidad en la captura e incomodidad del paciente.

Bibliografía: 1. AHA/ACC/HRS 2008 guidelines for Device Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities: executive summary. Heart Rhythm. 2008; 5:934-55.

2. 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science. Circulation, Volume 122, Number 18, Supplement 3; November 2, 2010.

3. Cooper DH. Bradyarrhythmias and permanent pacemakers. The Washington Manual Cardiology Subspecialty Consult. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.