

PROTOCOLO INGRESO BRADIARRITMIAS- 2025. Lencinas, Gisella Paola

DEFINICIÓN / CONCEPTOS RELEVANTES:

Es un conjunto de trastornos del ritmo cardíaco, debidos a alteraciones en la génesis/ conducción del estímulo eléctrico cardíaco. De forma arbitraria se define bradiarritmia como una frecuencia cardíaca menor a 60 lpm.

Tipos:

- Irreversible: Origen degenerativo.
- Reversible: provocadas por fármacos y alteración electrolíticas.

Se clasifican según la estructura afectada:

- Disfunción sinusal: Alteración en la génesis/ transmisión del impulso a nivel del nodo sinusal. Es crónico y progresivo. Es la forma más benigna con ritmo de escape nodal y responde a fármacos (atropina/isoproterenol).
- Bloqueos AV: alteración en la conducción del impulso eléctrico desde aurículas hasta ventrículos.
- Anomalías en la conducción interventricular: bloqueos de rama/ hemibloqueos/ bloqueos bi-trifasciculares.

FA lenta.

Según localización anatómica pueden ser nodal o suprahisiano e infrahisiano---
DETERMINA EL PRONOSTICO.

Según la gravedad del trastorno AV:

- Primer grado: RETRASO en la conducción AV, manteniendo la relación 1:1 (benigno).
- Segundo grado: FALLO INTERMITENTE de la conducción que afecta a una ÚNICA ONDA P.
 - * Tipo I: una sola onda P no conducida asociada a intervalos PR no constantes antes y después del impulso bloqueado en tanto haya al menos dos ondas P conducidas consecutivas.
 - * Tipo II: aparición de una sola onda P no conducida asociada a intervalos PR constantes antes y después de un solo impulso bloqueado.
- BAV 2:1/AVANZADO: FALLO INTERMITENTE donde se bloquea una de cada 2 ondas P.
- Tercer grado: INTERRUPCIÓN COMPLETA DE LA CONDUCCIÓN AV---
HAY DISOCIACIÓN AV.

Síntomas: pueden cursar asintomáticos o con clínica como SINCOPE, pre síncope, mareos, aturdimiento, vértigo, fatiga/astenia, angina, disnea, ICC, deterioro cognitivo. Los síntomas pueden ser permanentes o intermitentes.

CRITERIOS DE PASO A SILLONES

- No

CRITERIOS DE OBSERVACIÓN

Requieren monitorización en Observación durante 24hs con Telemetría todas las bradiarritmias con FC < 50lpm sintomática: Bradicardia sinusal < 40lpm con síntomas; pausas sinusales de más de 3 segundos; síndrome taqui-bradi: las pausas son frecuentes cuando una taquiarritmia auricular finaliza espontáneamente, dando un tiempo de recuperación del NS prolongado y se agrava con el uso de fármacos antiarritmicos (deben quedar en observación en Urgencias); todo BAV.

Signos de alarma:

- * BAV 2-3 grado.
- * FC <40lpm
- * QRS ancho >120ms
- * Sincope/bajo gasto
- * Troponinas elevadas

CRITERIOS DE VALORACIÓN POR UCI:

- Todo paciente con bradicardia con necesidad de marcapaso urgente/emergente o fármacos (valorar MP transitorio/ infusión de isoproterenol).
- Pacientes portadores de marcapaso y con sospecha de disfunción del mismo---- médico de Urgencias debe interconsultar a Médico de UCI.
- Bradiarritmia secundaria a IAM
- Bradiarritmias inestable hemodinámicamente o sintomáticos.
- Bradiarritmia que produjo una parada cardíaca, ya resuelta.

CRITERIOS CLINICOS DE INGRESO EN PLANTA:

- Bradicardia que haya descompensado una cardiopatía de base (ICC descompensada).
- Precisan de MPD, pero están asintomáticos y con estabilidad hemodinámica con una FC con respuesta ventricular que mantenga estable al paciente (FC > 35-40lpm) Mal pronóstico y requieren de tratamiento definitivo (MPD): BAV de segundo grado tipo 2/ BAV 2:1/ BAVC.
- Bradiarritmia secundaria a intoxicación farmacológica con duración > 24hs, que no requiera monitorización en UCI.

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital “La Inmaculada” y Distrito A. P. “Levante Alto Almanzora”

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00

CRITERIOS DE CALIDAD DE HOSPITALIZACIÓN:

- Historia completa valorando situación hemodinámica y forma de presentación de la arritmia, antecedentes previos (Enf. Chagas/ IAM/ enfermedades conectivas/ Trastornos neuromusculares/ cardiopatía congénita/ reemplazo valvular/ hipotiroidismo), tratamientos previos y actuales, sobre todo antiarrítmicos. Los agentes farmacológicos como betabloqueantes/ antagonistas cálcicos/ digital/ amiodarona/flecainida/propafenona/ doxazosina/metildopa/ litio/fenitoina---- son las causas más frecuentes.
- ECG + tira de ritmo
- RxTx (buscar signos de congestión)
- Analítica con hemograma, función renal, hepatograma, coagulograma + TSH + Sodio, Potasio, Cloruro, Magnesio, Calcio/ troponina/ proBNP/GSA. Valorar digoxinemia.

Conceptos básicos terapéuticos al ingreso:

- O₂ para mantener sO₂ > 93%.
- Profilaxis de ETEV con HBPM.
- Todo paciente en planta ingresa con TELEMETRIA obligatoria.
- Retirar toda la medicación bradicardizante.
- Reposo absoluto.
- Mantener FC >35/ 40lpm asintomático, con o sin medicación.

CRITERIOS DE SEGURIDAD DE TRANSFERENCIA DESDE ÁREA DE URGENCIAS A HOSPITALIZACIÓN:

- Situación clínica, constantes, parámetros previos a la transferencia: Asintomático. No inestabilidad hemodinámica (sO₂ > 92%, PAS > 90, FR < 25).
- Transferencia con oxígeno y monitorización de saturación si lo precisa. Equipo de transferencia no abandona al enfermo hasta recepción por personal de planta. Facilitar acompañante.

CRITERIOS DE ALTA DESDE URGENCIAS Y DESTINO (En ausencia de criterios de ingreso):

VALORACIÓN EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE FORMA PRIORIZADA para ampliar estudios: Se remitirá a su MF que podrá realizarlo según evolución a través de Teleconsulta. En caso necesario se puede gestionar en la reunión de ingresos de Medicina Interna y Especialidades.

- Si la causa de la bradicardia es reversible <24-48 hs-- tratar la causa en Urgencia monitorizando hasta la resolución, manteniendo posteriormente FC > 60lpm---- si se resuelve ALTA.
- BAV de primer grado/segundo grado tipo I /DNS----- monitorizar en Observación 24hs e Interconsulta a Cardiología: asintomático---- ALTA.

BIBLIOGRAFIA:

- *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*, 7.ª ed., de F. Javier Montero Pérez y Luis Jiménez Murillo. 2023.

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital “La Inmaculada” y Distrito A. P. “Levante Alto Almanzora”

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00

- Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, et al for the ESC Scientific Document Group. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J 2018; 39: 1883-1948.
- Kusumoto FM, Schoenfeld MH, Barrett C, Edgerton JR, Ellenbogen KA, Gold MR, et al. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the evaluation and management of patients with bradycardia and cardiac conduction delay: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. Heart Rhythm 2018
- Evaluation and Management of Asymptomatic Bradyarrhythmias- Göksel Çinier et al. Current Cardiology Reviews, 2021, 17, 60-67. DOI:

ANEXO: *****ISOPROTERENOL*****

Se puede añadir en planta perfusión de isoproterenol: ampolla 0,2mg/ 1ml.

Preparación de 2 mg (10 ampollas) en 500 ml de SF--- concentración de 4 microgramos/ml.

Dosis en adultos 2-10 microgramos/ minutos---- se inicia en 15 ml/h (máximo hasta 150 ml/h).

RAM: disnea/nauseas/vomitos/cefalea/ ansiedad.

Contraindicado en angina de pecho o IAM/ estenosis aortica severa/ intoxicación digitalica/ arritmia ventricular/ alergia a sulfas.

Si el paciente esta con isoproterenol en Urgencias y se suspende, debe continuar en Urgencias con Telemetria 1-2hs mas.

10.2174/1573403X16666200721154143