

Las **arritmias** cardiacas son alteraciones muy frecuentes en el trabajo habitual de todo equipo sanitario. Se trata de un tema muy amplio y complicado donde el personal de enfermería, en muchas ocasiones, lo asimila como una asignatura pendiente.

Para ofrecer unos óptimos cuidados enfermeros bastaría con el estudio, comprensión, y fijación de ciertos **conceptos** básicos.

La correcta y oportuna detección de las **arritmias** cardiacas más comunes, y la puesta en marcha de **cuidados** adecuados, pueden mejorar e incluso preservar la vida de infinidad de pacientes.

Con la realización de esta guía de **enfermería**, se pretende proporcionar conceptos de una manera clara y sencilla, para favorecer la detección precoz, y unos **cuidados** de **enfermería**

adecuados para cada tipo de **arritmia** cardiaca.

La metodología utilizada para este Trabajo Fin de Grado ha sido en primer lugar, la búsqueda en literatura relacionada así como la observación y la asimilación de ciertos conceptos en el periodo de prácticas. Además, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de la red como: pubmed, medline y google académico. Esta búsqueda fue llevada a cabo desde el mes de enero hasta abril de 2014.

La finalidad de este trabajo es que el personal de **enfermería** forme parte fundamental en el manejo de las principales **arritmias** cardiacas, que sea capaz de realizar un reconocimiento básico del electrocardiograma y evitar así patologías derivadas a corto y largo plazo.

**Palabras clave:** *enfermería, arritmias, cuidados, conceptos.*

**PROPUESTA DE GUÍA BÁSICA DE  
DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN  
ARRITMIAS CARDIACAS POR EL  
PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

**Trabajo Fin de Grado Facultad de  
Enfermería Valladolid.**

**Carmen Labajo Vítores. Alumna 4º Curso Grado  
Enfermería Universidad Valladolid.**

**Tutora: Julia Pérez Nieto. Enfermera Hospital  
Universitario Río Hortega Valladolid.**

# ÍNDICE:

- 1. Introducción/Justificación.*
- 2. Desarrollo del tema.*
- 3. Conclusiones e implicaciones para la práctica.*
- 4. Bibliografía.*
- 5. Anexos.*

## 1. INTRODUCCIÓN /JUSTIFICACIÓN.

El tema que se va a desarrollar a continuación en este Trabajo Fin de Grado, deriva de una elección de acuerdo a motivaciones tanto de carácter personal como profesional.

Dado que nuestra profesión se basa en el cuidado directo y constante del paciente, es muy probable que a lo largo de nuestra carrera nos encontremos alteraciones del estímulo y /o conducción cardíaca, *arritmias*.

Durante todo mi periodo de prácticas he podido observar la cantidad de alteraciones de este tipo que se detectan y cómo enfermería, en muchos casos, ha adquirido un rol secundario en el manejo de estas, limitándose frecuentemente a la simple realización del electrocardiograma.

A pesar de que el manejo final de las arritmias es competencia del médico especialista, existen infinidad de situaciones en las que una correcta actuación por parte de enfermería puede mejorar el pronóstico, e incluso salvar la vida del paciente. Hay situaciones de urgencia donde no hay tiempo para avisar al personal médico, y es enfermería quien tiene que tener la capacidad de tomar las decisiones oportunas para resolver estos momentos comprometidos. Por esto, y dada la gravedad que implican estas patologías, un consenso adecuado entre el personal de enfermería y personal médico, así como unos conocimientos básicos, pueden conseguir el manejo inicial y la estabilización de este tipo de pacientes.

Las arritmias cardíacas pueden derivar y derivan en enfermedades del corazón, las cuales suponen la segunda de las quince principales causas de muerte por enfermedad en nuestro país. (Según datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad,2010) (6).

La detección de arritmias cardíacas tiene como pilares principales:

- **La valoración de enfermería:** tiene una importancia fundamental en la repercusión del estado hemodinámico del paciente, y por lo tanto es fundamental a la hora de detectar arritmias cardíacas.
- **La realización e interpretación del electrocardiograma:** otro de los pilares claves a la hora de abordar este tipo de situaciones. Por eso en la actualidad, el personal de enfermería necesita tener conocimientos sólidos sobre el registro e interpretación del electrocardiograma de superficie.

El siguiente trabajo trata de ofrecer los **conceptos** de una manera fácil, ordenada y práctica, para descubrir de un vistazo cómo detectar las principales arritmias cardíacas.

## **2. OBJETIVOS.**

**El objetivo general es la REALIZACIÓN DE UNAGUÍA BÁSICA EN DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DE ARRITMIAS CARDIACAS.**

Los **Objetivos específicos** son:

- Promover la detección precoz de las principales arritmias cardíacas por el personal de enfermería.
- Facilitar unos conocimientos básicos y prácticos sobre las principales arritmias cardíacas para el personal de enfermería.
- Promover que se proporcionen unos cuidados de enfermería acordes para cada tipo de arritmia.

### 3. ARRITMIAS: identificación y actuación de enfermería.

#### 3.1.FISIOLOGÍA DEL CORAZÓN.

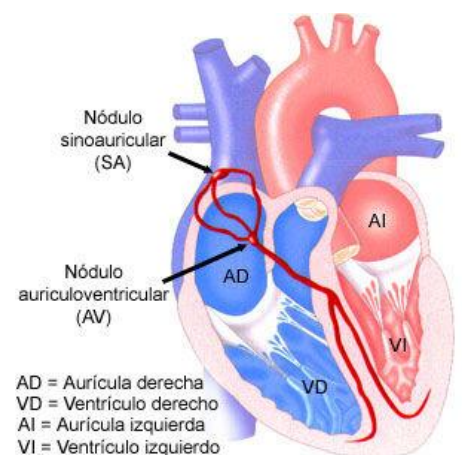
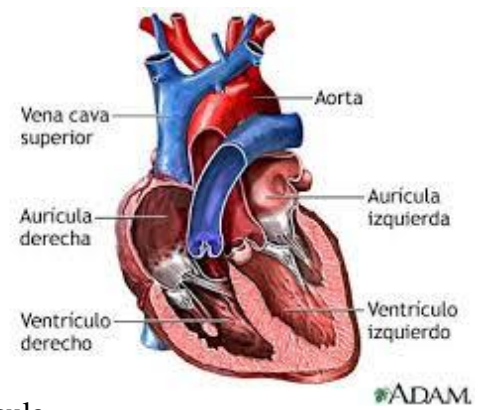
La sangre con poca concentración en oxígeno llega a la aurícula derecha a través de la **vena cava superior e inferior**, y penetra en el ventrículo derecho a través de la **válvula tricúspide**. Desde el ventrículo derecho, la sangre se dirige a la arteria pulmonar, a través de la **válvula semilunarderecha o válvula pulmonar**, y llega hasta los pulmones a través de **arteria pulmonar derecha e izquierda**, donde la sangre se oxigena. Una vez oxigenada, la sangre volverá a la aurícula izquierda a través de las **venas pulmonares derecha e izquierda**.

El trayecto de la sangre desde el ventrículo derecho hasta Aurícula Izquierda se denomina CIRCULACIÓN PULMONAR O MENOR.

La sangre oxigenada de la aurícula izquierda pasa al ventrículo izquierdo a través de la **válvula mitral**. De ahí la sangre es bombeada a la arteria aorta a través de la **válvula semilunar izquierda o aórtica**. A través de la arteria aorta, la sangre se distribuirá por todos los sistemas orgánicos, donde hará el intercambio gaseoso tisular, tras lo cual la sangre retornará a la aurícula derecha.

El trayecto de la sangre de ventrículo izquierdo hasta aurícula derecha se denomina CIRCULACIÓN MAYOR O SISTÉMICA.

#### 3.2. SISTEMA DE CONDUCCIÓN ELÉCTRICA DEL CORAZÓN.



El impulso cardíaco se origina espontáneamente en el **nodo sinusal o sinoaruricular, AS**, (zona posterosuperior aurícula derecha) y se disemina por la aurícula a través de las vías intermodales produciéndose así la despolarización auricular / contracción auricular.

**Se traduce en el electrocardiograma en la onda P:**

- **Positiva en: II, III y AVF**
- **Negativa en AVR.**



La onda eléctrica llega hasta el nodo aurículoventricular, AV, ubicado en el lado derecho del tabique interventricular. Éste impulso sufre una pausa que se refleja en la duración del **intervalo PR**, que oscila entre 0,12 y 0,20 segundos.

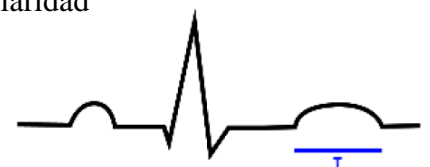


El impulso cardíaco se disemina a través de un haz de fibras llamado haz de His, desde donde el impulso eléctrico es distribuido a los ventrículos mediante una red de fibras, fibras de Purkinje, que ocasionan la contracción ventricular.

La contracción ventricular se traduce en el electrocardiograma en el **complejo QRS**.



Por último aparece la repolarización ventricular, reflejada en el ECG con la onda T, que tiene en condiciones normales la misma polaridad que la onda P.



### 3.3. ARRITMIAS.

#### DEFINICIÓN:

Arritmia es cualquier alteración en la conducción o en la formación del estímulo eléctrico. Es decir, *cualquier ritmo que no es el sinusal normal del corazón.*

#### ☀ Alteración de conducción:

- El impulso se conduce por vías anómalas.
- El impulso no se conduce correctamente

#### ☀ Alteración del automatismo: aumento o disminución.

#### ☀ Reentrada del impulso.

#### ☀ Alteraciones hemodinámicas.

#### ☀ Alteraciones en la excitabilidad celular.

#### ETIOLOGÍA:

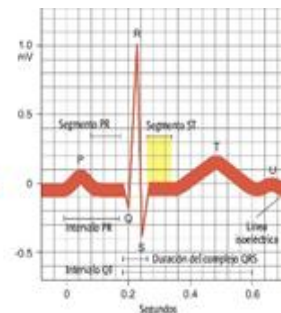
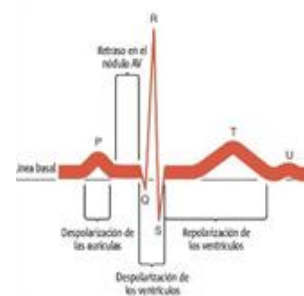
##### ⚙ Defecto congénito.

##### ⚙ Factores externos:

- ➡ Enfermedades cardiovasculares (hipertensión, insuficiencia cardíaca)
- ➡ Alteraciones de tiroides, diabetes, colesterol, cambios hormonales, etc.
- ➡ Estrés emocional / estrés físico.
- ➡ Hábitos tóxicos (drogas, exceso de alcohol, café, tabaco, etc.).

#### PARAMETROS A TENER EN CUENTA EN ARRITMIAS:

- **FC:** ritmo entre 60 -100 latidos por minuto.
- **RITMO:** regular /no regular.
- **Presencia de ondas P:** redondeada. Generalmente positiva en DII, y negativa en AVR.
- **Espacio P-Q:** tiene que medir < 0,20seg.
- **Complejo QRS:** entre 0,8 -0,12seg.
- **Espacio ST:** isoelectrico.
- **Onda T:** repolarización de los ventrículos. Generalmente lleva la dirección del complejo QRS.

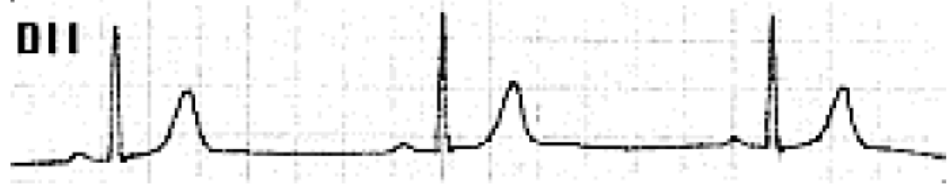




a. Arritmias lentas.

➤ **Bradicardia.**

Lentitud del ritmo cardiaco, con una frecuencia < 60 latidos por minuto (latidos por minuto).



**Factores desencadenantes:**

- ✗ Proceso de envejecimiento.
- ✗ Defectos heredados o congénitos.
- ✗ Enfermedad cardiovascular.
- ✗ Medicamentos (control de arritmias e hipertensión arterial).

**TIPOS:**

**FISIOLÓGICA:** aparece con frecuencia en adultos jóvenes sanos, particularmente bien entrenados, y su prevalencia disminuye al avanzar la edad. También puede aparecer durante el sueño.

**PATOLÓGICA:**

- **Inducidos farmacológicamente:** digital( nombre comercial digoxina® ), amiodarona (nombre comercial trangorex®).

Pacientes que ya han sufrido alteraciones cardiacas y se les ha pautado tratamiento para disminuir la frecuencia cardiaca y el trabajo del corazón.

*Intoxicación por digital puede producir desde bradicardia a extrasístole ventricular y taquicardia auricular con bloqueo aurículoventricular.*

**Signos y síntomas:**

- Mareo.
- Alteraciones gastrointestinales: náuseas, vómitos...

### **Actitud de enfermería:**

- Valorar historia clínica previa del paciente: cirugías, tratamientos concomitantes, y/o posibles insuficiencias orgánicas.
  - Precaución especial en pacientes digitalizados, con insuficiencia renal y tratamiento concomitante de **amiodarona, quinidina, verapamilo** (la función renal puede estar sobrecargada y favorecer la intoxicación con digital).
  - Valorar signos de intoxicación por digital: náuseas, vómitos irritación gastrointestinal.
- **Bradicardias agudas** con repercusión hemodinámica y cuadro sincopal. Este tipo de bradicardia es rápida, el paciente puede llegar fácilmente a una asistolia.

### **Signos y síntomas:**

- Debilidad.
- Desmayos.
- Dolor en el pecho.
- Falta de aliento.
- Fatiga.

**Actitud de enfermería:** evitar que el paciente llegue a chocarse.

- Avisar médico especialista.
- Iniciar estabilización hemodinámica:
  - Administración de expansores vía intravenosa: cristaloides ( Ringer Lactato), coloides ( Gelafundina, Voluven).
  - Administración tratamiento farmacológico ( atropina, aleudrina).
- Valorar estabilidad hemodinámica.

### **b. Arritmias supraventriculares.**

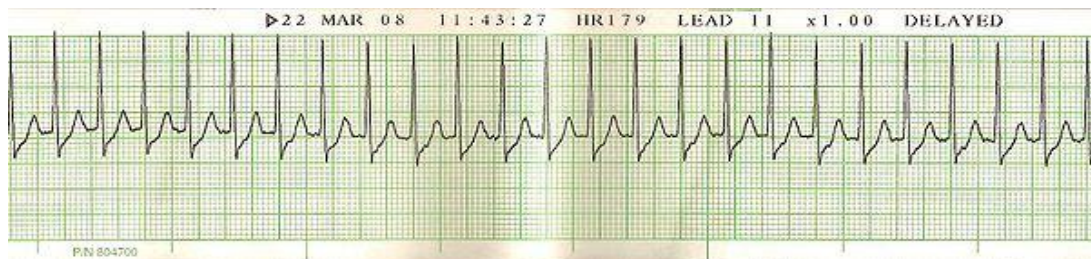
#### ➤ **Taquiarritmia auricular o supraventricular.**

Se producen en las estructuras situadas por encima de los ventrículos, en las aurículas, por encima de la bifurcación del haz de His en las cavidades superiores del corazón.

Se caracterizan porque el complejo QRS es estrecho y onda P pequeña. Hay una frecuencia cardiaca elevada (superior a 150 latidos por minutos). A diferencia de otros tipos de arritmias esta taquicardia no se origina en el nódulo auricular.

**Existen varios tipos de taquicardias auriculares, en muchos casos se trata de ritmos prefibrilatorios (Paso intermedio entre normalidad y FA).**

***Principal riesgo: aumento de riesgo de insuficiencia cardiaca.***



#### **Factores desencadenantes:**

- ✗ Alcohol.
- ✗ Consumo drogas estimulantes.
- ✗ Estrés.
- ✗ Dolor.
- ✗ Sepsis.
- ✗ Anemia severa.
- ✗ Pericarditis.
- ✗ Deshidratación.
- ✗ Fiebre.
- ✗ Hemorragias.
- ✗ Presiones arteriales bajas.
- ✗ Etc.

#### **Signos y síntomas:**

***Los síntomas pueden aparecer bruscamente y desaparecer luego, sin tratamiento.***

- Palpitaciones.
- Pulso rápido: 100 -250 latidos por minuto.
- Opresión torácica.
- Sensación de mareo y desmayo (consecuencia de la mala circulación).
- Dificultad respiratoria.
- Debilidad muscular.
- Disminución de la tensión arterial

### Actitud de la enfermera:

- **Valorar la aparición de nuevos ritmos en el monitor (puede ser antecesora de otras arritmias como fibrilación auricular, FA).**
- **Valorar tratamiento con digital (Posible causa de arritmia).**
- **Valorar la estabilidad hemodinámica del paciente.**
- Avisar médico especialista.
- Tranquilizar al paciente.
- Realizar electrocardiograma / monitorizar.
- Valorar estabilidad hemodinámica.
- Comprobar saturación oxígeno y valorar oxigenoterapia en función de resultado.
- Administrar los fármacos que pauten de manera muy lenta y mirando al monitor.

### ➤ **Fibrilación auricular (FA).**

Se caracteriza porque el ritmo es irregular, no existe onda P, y hay distancia distinta entre los complejos QRS.

Es la arritmia más embolígena.

Es una de las principales causas de accidente **cerebrovasculares**, especialmente en personas mayores.

### CLASIFICACIÓN DE FA:

**Paroxística:** crisis cortas, menos de 2-7 días. Se autolimitan espontáneamente o tras la administración de drogas antiarrítmicas.

**Persistente:** más de 2-7 días. Episodios que generalmente sólo pueden ser revertidos con cardioversión eléctrica

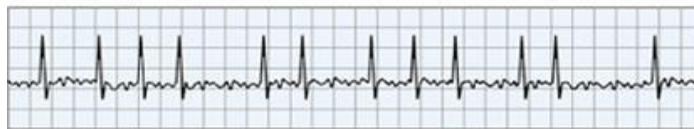
**Permanente:** Cuando han fracasado todos los intentos de restaurar el ritmo sinusal. **Lo más común es no saber el inicio exacto de la arritmia.**

Puede constituir una **emergencia** médica en grupos especiales de pacientes con antecedentes de infartos de miocardio, miocardiopatía hipertrófica obstructiva, etc.

Además de los **trastornos hemodinámicos**, es importante el **riesgo embólico**, que depende fundamentalmente de los mismos factores que condicionan la prevalencia de FA: edad, cardiopatía coexistente y tipo de FA. En función de esto se decide anticoagular (acenocumarol nombre comercial sintrom®; davigratan nombre comercial pradaxa®) o antiagregar (ácido acetil salicílico nombre comercial adiro®; clopidogrel nombre comercial plavix®).



Ritmo sinusal normal



Ritmo de fibrilación auricular

#### **Factores de desencadenantes:**

- ✘ Edad.
- ✘ Diabetes.
- ✘ Hipertensión.
- ✘ Insuficiencia cardíaca.
- ✘ Enfermedad valvular.
- ✘ Miocardiopatías.
- ✘ Obesidad.

#### **Signos y síntomas:**

- Palpitaciones.
- Sensación de opresión en el pecho.
- Disnea.
- Hipotensión.
- Pulso: puede sentirse acelerado, rápido, palpitante y agitado, o sentirse demasiado lento, así como un pulso irregular.

*Los síntomas pueden comenzar y/o parar repentinamente.*

*Puede existir fibrilación auricular sin que haya síntoma alguno.*

### Actitud de enfermería:

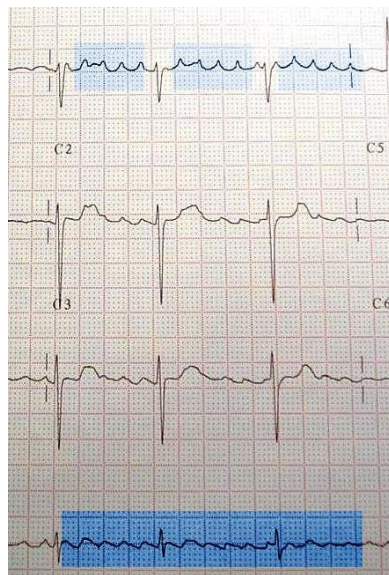
- Avisar al médico especialista.
- Realizar electrocardiograma / monitorizar.
- Valorar estabilidad hemodinámica.
- Comprobar saturación oxígeno y valorar oxigenoterapia en función de resultado.
- Valorar antecedentes. La fibrilación auricular puede desencadenarse tras un infarto extenso.
- Administración de fármacos pautados: digital (nombre comercial digoxina®).

### ➤ Flutter auricular.

**Similar a FA pero con un ritmo más lento. Se asienta sobre corazones patológicos.**

La frecuencia auricular suele oscilar entre 250-300 latidos por minutos, y la ventricular entre 150-100 latidos por minutos.

Electrocardiográficamente se caracteriza por el registro de ondas F con morfología de dientes de sierra, en lugar de las ondas P sinusales.



### Factores desencadenantes:

- ✗ Enfermedad valvular.
- ✗ Enfermedad coronaria.
- ✗ Hipertensión arterial.

- ✗ Hipertiroidismo.
- ✗ Miocardiopatía (dilatada, hipertrófica, restrictiva).

#### Signos y síntomas:

- Palpitaciones.
- Disnea.
- Dolor de pecho.
- Ansiedad.

#### Actitud de enfermería:

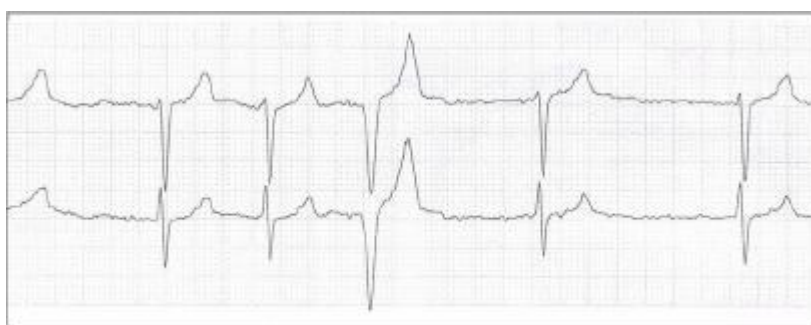
- ➡ Avisar al médico especialista.
- ➡ Realización de electrocardiograma /monitorizar.
- ➡ Valorar estabilidad hemodinámica.
- ➡ Comprobar saturación oxígeno y valorar oxigenoterapia en función de resultado.
- ➡ Administración del tratamiento pautado.

#### c. Arritmias ventriculares.

##### ➤ Extrasístole ventricular.

##### Arritmia más frecuente.

Latido ectópico, adelantado en el tiempo, distinta morfología, sin onda P, y con pausa compensadora.



#### Factores desencadenantes:

- ✗ Catéter central muy canalizado.
- ✗ Patología coronaria.

- ✗ Hipoxemia.
- ✗ Hipotensión.
- ✗ Hipopotasemia.

Tratamiento siempre etiológico:

- Coronario: antiarrítmicos.
- Catéter venoso central: retirar un poco el catéter.
- Hipopotasemia: administración de cloruro potásico (CLK).
- Hipoxemia: administración oxigenoterapia.

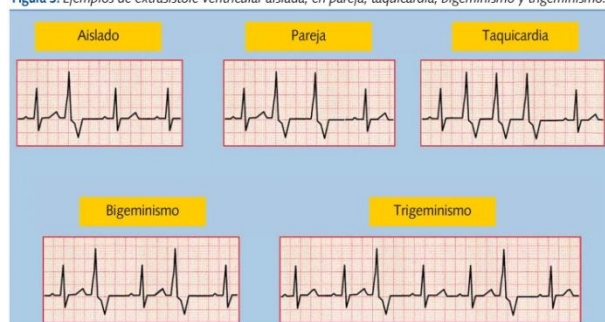
### Signos y síntomas:

- Extrasístoles ventriculares aisladas: generalmente asintomáticas o sensación de palpitaciones.
- Extrasístoles ventriculares frecuentes: sensación de cansancio, falta de aire.

### Actitud de enfermería:

- ➡ Controlar la etiología de la taquicardia e intentar solucionar si está en manos de enfermería: hipoxemia, catéter venoso central demasiado canalizado.
- ➡ Ver si existe repercusión hemodinámica (si existe una arteria canalizada, la morfología de la arteria va a ser distinta).
- ➡ Monitorizar o realizar electrocardiograma si se sospecha.
- ➡ Controlar el nº de extrasístoles: entre 8 -10/minuto + repercusión hemodinámica llamar al médico.
- ➡ Especial precaución con pacientes con antecedentes de infarto de miocardio, o miocardiopatía.
- ➡ Vigilar cercanía con onda T. Si existe cercanía, más peligroso porque puede repercutir en la repolarización de los ventrículos.

Figura 3. Ejemplos de extrasístole ventricular aislada, en pareja, taquicardia, bigeminismo y trigeminismo.





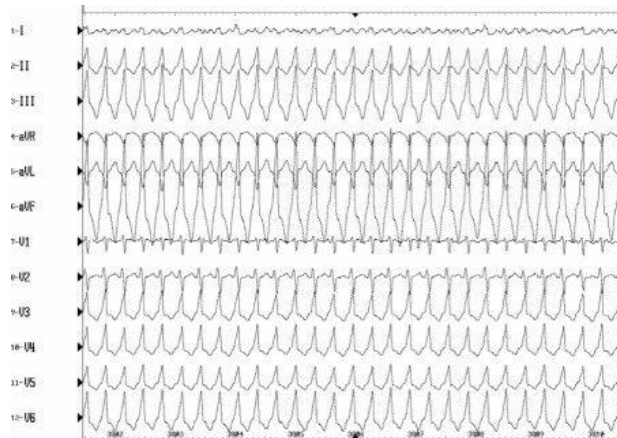
### ➤ **Taquicardia ventricular.**

La taquicardia se origina en los ventrículos. No hay ritmo fisiológico, no hay onda P, complejos QRS anchos (mayores de 0.12 segundos) y suele ser rápida.

La presencia de tres o más extrasístoles ventriculares seguidas ya se considera taquicardia ventricular.

Puede ser bien tolerada o acompañarse de compromiso hemodinámico grave.

Ritmo generalmente regular, PELIGROSAS.



#### **Síntomas generales:**

- Palpitaciones: que pueden acompañarse de sensación de sofoco, mareo, pérdida de consciencia, sensación de ahogo, opresión en el pecho, dolor, etc.
- Pulso rápido.
- Tensión arterial baja.
- Síntomas neurológicos: mareos, pérdida de consciencia o convulsiones.
- Parada cardíaca.

*En otras ocasiones, la taquicardia ventricular puede manifestarse como insuficiencia cardíaca, presentando el paciente síntomas como cansancio, dificultad respiratoria, hinchazón en piernas (edemas) e incluso shock.*

#### **TIPOS:**

#### **TAQUICARDIA VENTRICULAR CON PULSO.**

##### **Actitud de enfermería:**

- Avisar al médico especialista.
- Observar el nivel de consciencia.

- Valorar estabilidad hemodinámica.
- Comprobar saturación oxígeno y valorar oxigenoterapia en función de resultado.
- Si existen signos adversos y /o paciente inestable: preparar sedación por si necesario realizar cardioversión eléctrica.
- Administración el tratamiento farmacológico que nos indiquen. Por ejemplo: amiodarona (nombre comercial trangorex®), adrenalina.

## TAQUICARDIA VENTRICULAR SIN PULSO.

El paciente estará inconsciente y se seguirá inmediatamente con el protocolo de fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso.

### Actitud de enfermería:

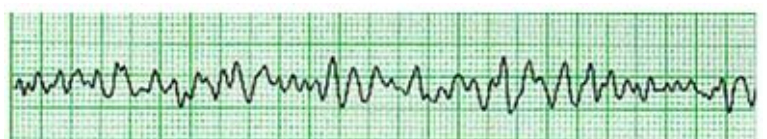
- Avisar al médico con urgencia. Monitorizar con DEA por si fuera necesario choque eléctrico sincronizado\*
- Preparar fármacos por si hubiera que sedar al paciente:
- Preparar fármacos que pueda pautar el facultativo. Por ejemplo: adrenalina, amiodarona, (nombre comercial trangorex®).

*(\*Sincronizado: el choque eléctrico tiene que recaer sobre la onda R, si no recae así se puede provocar complicaciones. El choque lo tendrá que dar el médico)*

### ➤ Fibrilación Ventricular (FV).

Arritmia más grave. Corresponde a un ritmo cardíaco con latidos irregulares no controlados y caóticos que lleva a la pérdida total de la contracción cardíaca. Es una situación de parada hemodinámica donde las células del corazón se contraen con movimientos ineficaces con una falta total de bombeo sanguíneo, por lo que no hay salida de sangre por el sistema arterial y se produce falta de O<sub>2</sub> en los tejidos y por tanto se puede llegar a la muerte del paciente.

- *NO se distinguen ondas P ni QRS.*
- *Ritmo caótico.*
- *Hay ondas de distinta amplitud y morfología.*



### Actitud de enfermería:

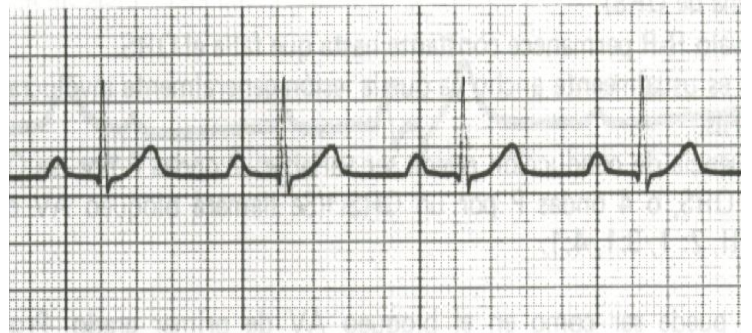
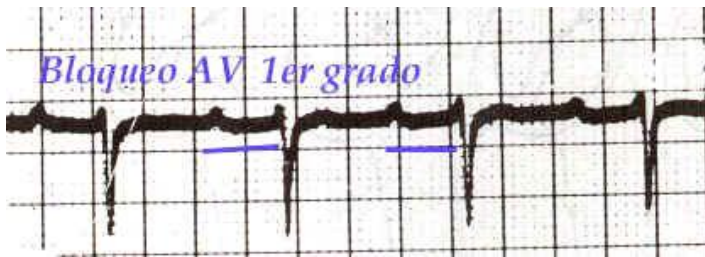
- ➡ Se trata de una situación de parada cuya forma de revertir es dando un **choque eléctrico\*** (cuanto antes mejor) +**RCP (reanimación cardiopulmonar)**.

(\*Sin sincronizar. Se pretende parar las contracciones que hay y que el nodo sinusal comience un nuevo ritmo).

### d. Bloqueos aurículo – ventriculares (AV).

#### ➤ **Bolqueo AV 1º Grado.**

Intervalo PR prolongado y constante ( $> 0.20$  segundos). Puede ser normal o secundario a aumento del tono vagal o a digital. No precisa tratamiento.



### Factores desencadenantes:

- ✗ Ingesta de fármacos bloqueantes del nodo AV: betabloqueantes, digoxina y bloqueantes de los canales del calcio.

(El bloqueo menos grave de todos. Se asemeja más a un signo físico que a una arritmia).

### Signos y síntomas:

- Generalmente bien tolerado por el paciente y de hallazgo casual.

### Actitud de enfermería:

- ➡ NO requiere tratamiento.
- ➡ Observación.

➤ **Bloqueo AV 2º Grado.**

**Mobitz I / Wenckebach.**

*Alargamiento progresivo del intervalo PR, hasta que hay una P que no conduce.*

**Bloqueo AV de 2º grado  
Mobitz I**



Mobitz Type I

**Factores desencadenantes:**

- ✗ Suele darse en intoxicación farmacológica: digital, betabloqueantes.
- ✗ Aumento del tono vagal. (estimulación del sistema parasimpático).

**Signos y síntomas:**

- Generalmente es transitorio, no requiere tratamiento.
- Si hay sintomatología: atropina, marcapasos temporal.

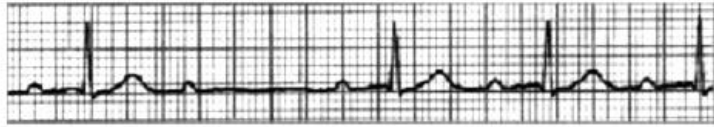
**Actitud de enfermería:**

- Valorar historia clínica.
- Observación.
- Electrocardiograma / monitorización.
- Avisar (sabiendo que no es una urgencia vital. Este tipo de arritmias no suele derivar en arritmias más graves ni compromete la vida del paciente).
- Administración fármacos pautados.

**Mobitz II.**

*PR constantes y dentro de límites normales, de vez en cuando aparecen P que no conducen.*

## Bloqueo AV de 2º grado Mobitz II



### Factores desencadenantes:

- ✗ Frecuente en el síndrome coronario agudo con afectación de coronaria derecha.  
(En infarto con afectación de arteria coronaria derecha, que es la que irriga el nódulo aurículo ventricular).

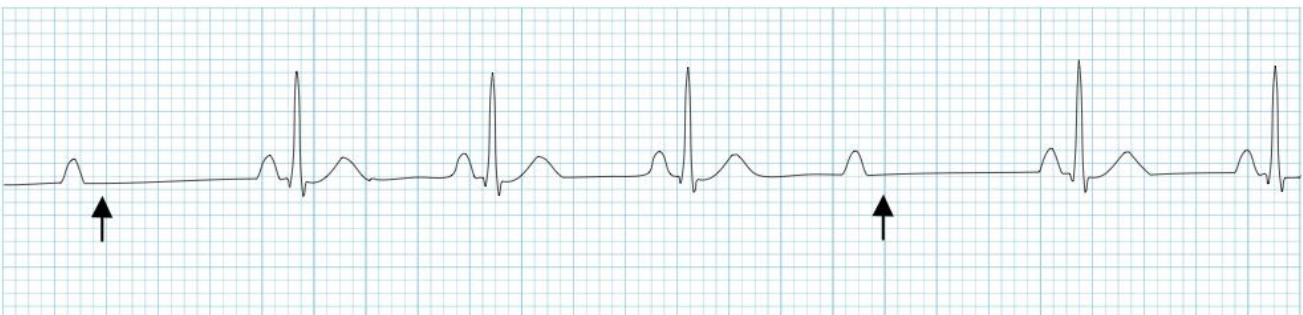
### Signos y síntomas:

- Sensación de mareo.
- Síncope.
- Dolor torácico.
- Disnea.
- Hipotensión.

(Síntomas que derivan de la no contracción ventricular y por lo tanto de la ineficacia del latido cardiaco).

### Actitud de enfermería:

- ➡ **Avisar urgentemente.**
- ➡ Electrocardiograma /monitorización.
- ➡ Tener preparado fármacos dependiendo del protocolo de la unidad. (Ejemplo: atropina, perfusión aleudrina).
- ➡ **Indicado marcapasos.**



(Suele derivar a bloqueo AV tercer grado)

➤ **Bloqueo AV 3º Grado.**

La actividad auricular no se transmite a los ventrículos; las aurículas y los ventrículos se contraen independientemente, es decir, las aurículas laten a un ritmo y los ventrículos a otro.

**GRAVE.**

**Factores desencadenantes:**

- ✗ Infarto de miocardio.
- ✗ Intoxicación por digital.
- ✗ Enfermedades degenerativas del sistema de conducción, enfermedad del seno (muy frecuente en ancianos).

**Actitud de enfermería:**

- Avisar rápidamente.
- Administración del tratamiento farmacológico pautado o el descrito por protocolo de unidad (Por ejemplo: perfusión de aleudrina).
- Electrocardiograma.
- Indicado marcapasos.

**Bloqueo AV de 3º grado**



**e. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.**

- ❖ **Para correcto diagnóstico y tratamiento de arritmias cardiacas es necesario un abordaje multidisciplinar, formando parte importante del primer eslabón la actividad del personal de enfermería.**
  
- ❖ **Para el correcto abordaje de arritmias, es necesario una buena valoración de enfermería: antecedentes clínicos, tratamientos farmacológicos, valoración del estado hemodinámico del paciente.**
  
- ❖ **La correcta interpretación del electrocardiograma es fundamental a la hora de detectar las principales arritmias cardiacas. Siendo suficiente un conocimiento básico y preciso de su lectura.**
  
- ❖ **La detección precoz de arritmias cardiacas por el personal de enfermería puede:**
  - A corto plazo:*
    - \* **Evitar situaciones de parada cardiorespiratoria.**
    - \* **Evitar la muerte del paciente.**
  - A largo plazo:*
    - \* **Evitar la progresión hacia enfermedades cardiacas crónicas; Muchas taquiarritmias sin tratamiento pueden evolucionar a una insuficiencia cardiaca.**
    - \* **Evitar eventos tromboembólicos: principal complicación de la fibrilación auricular.**
  
- ❖ **El personal de enfermería debe y puede detectar, reconocer y actuar ante este tipo de anomalías cardiacas.**

## **f. BIBLIOGRAFÍA.**

- (1) Fernández García J.J. Iniciación a la electrocardiografía. Barcelona:Sandoz; 1984.**
- (2) Díaz Sanchez S, Casado escribano P.P, Castro Conde A, ContheGutierrez P, Gargallo García E, Lobos Bejarano J.M, Silva Melchor L.Curso taller de electrografía aplicada a la clínica. Barcelona: Jarpyo Editores S.A; 2007.**
- (3) León Román C.A. Asistencia de enfermería a pacientes con arritmias cardiacas. Enfermería en urgencias.Tomo II. A habana: ciencias médicas;2008.**
- (4) Kasper D.L, Braunwald E, Fauci A.S, Hauser S.L, Longo D.L, JamesonJ.L.Harrison: Manual de medicina. 16ª edición.Madrid: McGraw –hill.Interamericana de España, S.A.U; 2005.**
- (5) Jenkins D, Stephen G. ECG ejemplos. 3ª edición.Barcelona: Elsevier;2012.**
- (6) Gutiérrez –Fisac E. Patrones de mortalidad en España,2010. Madrid:Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.**
- (7) Banderas de las Heras P, Pendón Nieto M.E, Rodríguez Orellana S.Guía de arritmias para enfermería [pdf internet]. Servicio andaluz de Salud. [consultado el 17/03/2014]. Disponible en:[http://todoenfermeria.es/inicio/Libros%20y%20Manuales/GUIA\\_DE\\_ARRITMIAS\\_PARA\\_ENFERMERIA.pdf](http://todoenfermeria.es/inicio/Libros%20y%20Manuales/GUIA_DE_ARRITMIAS_PARA_ENFERMERIA.pdf).**
- (8) Arellano Hernández Francisca, Tapia Villanueva María,Jiménez y Villegas María del Carmen. Índice de eficiencia en el registro e interpretación del electrocardiograma por el personal de enfermería. Revista mexicana de enfermería cardiológica [revista en internet]2004[consultado el 24/03/2014].12(3):99-115.Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2004/en043c.pdf>.**



- (9) NYU Langone medical center [página en internet].Bloqueo cardiaco en adultos. [septiembre 2012; consultado el 10/4/2014].Dispoible en:<http://www.med.nyu.edu/content?ChunkIID=629510>.
- (10) Díaz Sánchez S, Lobos Berajano J. M., González-Juanateyc J.R. Fibrilación auricular: de la detección al tratamiento. Atención primaria [revista en internet].2013 [consultado el 15/3/2014];45(1):18-29.Disponible en:[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90200534&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=7&ty=86&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v45nSupl.1a90200534pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90200534&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=7&ty=86&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v45nSupl.1a90200534pdf001.pdf).
- (11) Manterola C, Zavando M. Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos. Revista chilena de cirugía (RevChilCir) [revista en internet]. 2009 [consultado el 4/3/2014]; 61 (6):582-595. Disponible en: [www.scielo.cl/pdf/rchcir/v61n6/art17.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v61n6/art17.pdf).
- (12) CERCP, Consejo Español de resucitación cardiopulmonar [página en internet].Madrid: cercep.es; 1999.[consultado el 21/4/2014]. Disponible en:[www.derecp.com](http://www.derecp.com).
- (13) Aguirre Montoya J.C, Carmona Heredia A, Pinedo Iguñez M.M, De Castro Arimendiz R, Cabrera Gómez S, Mercé Klein J. Detección de arritmias auriculares en la consulta de enfermería de marcapasos. Enfermería en Cardiología [revista en internet]2010 [consultado el 22/2/2014];50:43-46. Disponible en:[http://enfermeriaencardiologia.com/revista/50\\_06.pdf](http://enfermeriaencardiologia.com/revista/50_06.pdf).