

# ● arritmias

## Definición funcional:

Tras consultar el paciente por síntomas posiblemente secundarios a una alteración del ritmo cardíaco o haberse documentado una arritmia (o una anomalía electrocardiográfica) en cualquier punto del SSPA, o haber sido recuperado de muerte súbita cardíaca, se realizan las exploraciones necesarias para obtener el diagnóstico definitivo y realizar el tratamiento adecuado en el menor plazo de tiempo posible, evitando demoras y pasos intermedios innecesarios.

El tratamiento incluirá: el tratamiento agudo de la arritmia, la prevención de nuevos episodios y complicaciones, el posible tratamiento intervencionista de ablación con radiofrecuencia y/o indicación de dispositivos implantables y el tratamiento correcto de la cardiopatía de base, así como la inclusión del paciente en los programas de prevención secundaria y educación para la salud adecuados en cada caso.

## NORMAS DE CALIDAD

Los criterios de derivación a AE son:

URGENTE	PREFERENTE <sup>2</sup>	NORMAL <sup>3</sup>
- Síncope filiado grave *	- Síncope vasovagal de alto riesgo	- Síncope vasovagal recurrente
- Síncope no filiado con sospecha de patología grave	- Palpitaciones en pacientes con cardiopatía severa	- Palpitaciones con criterios de derivación
- Taquicardia aguda sintomática*	- AV con síntomas no presentes sin sospecha de cardiopatía	- Alteraciones ECG con criterios de derivación
- AV compleja con síntomas no presentes y sospecha de cardiopatía	- AV compleja asintomática con cardiopatía o sospecha de cardiopatía	- AV asintomática sin cardiopatía
- AV incesante *	- FA persistente si se plantea cardioversión	- Fibrilación auricular
	- FA o flutter auricular con síntomas refractarios a tratamiento inicial	- Flutter auricular
	- TPSV con recurrencia frecuente	- TPSV
- Bradicardias con síntomas presentes *	- ENS sintomática	- ENS asintomática
- BAV de 2º o 3er grado con QRS ancho aunque esté asintomático	- BAV 2º Mobitz II o completo de QRS estrecho asintomático	- BAV 2º Wenckebach
- Disfunción precoz (<30 días) de marcapasos o con síntomas	- Disfunción de marcapasos en pacientes asintomáticos	
- Más de dos descargas en 24 horas en pacientes portadores de DAI		

AV: arritmia ventricular; FA: fibrilación auricular; TPSV: taquicardia paroxística supraventricular; BAV: bloqueo aurículo-ventricular; ENS: enfermedad del nodo sinusal

<sup>1</sup> Considerando riesgo potencial y prioridad de tratamiento en cada caso. En cada uno de los subprocesos se detallan síntomas, riesgo, criterios de derivación, etc.

<sup>2</sup> Preferente: menos de 10 días (consenso).

<sup>3</sup> Normal: menos de 30 días.

\* Precisan transporte medicalizado (UCI móvil)

### Subproceso Síncope

- Ante un paciente que consulta por pérdida transitoria de conciencia, en cualquier nivel o dispositivo asistencial, hay que realizar una evaluación inicial que debe incluir:
  - Anamnesis detallada.
  - Examen físico.
  - ECG.
  - Determinación de la presión arterial en decúbito y de pie.
- La evaluación inicial permite clasificar a los pacientes en 4 categorías: síncope filiado, síncope no filiado y, según su gravedad, en síncope filiado o no filiado grave o no grave; y permite hacer una valoración de riesgo según lo referido en el proceso.
- La evaluación neurológica y psiquiátrica no está indicada de manera rutinaria en los pacientes con síncope.
- El paciente con síncope, filiado o no y potencialmente grave, debe ser trasladado con carácter urgente y en ambulancia medicalizada.
- La evaluación ampliada está indicada en todo paciente con síncope, excepto en el que teniendo una causa filiado o no, no tiene sospecha de patología grave, es de bajo riesgo y no recurrente.
- Las pruebas complementarias que se deben realizar en la evaluación ampliada y sus indicaciones están recogidas en el proceso asistencial.

### Subproceso Palpitaciones

- La evaluación inicial de un paciente con palpitaciones debe incluir:
  - Anamnesis detallada.
  - Síntomas asociados.
  - Examen físico, con especial énfasis en la presión arterial y pulsos periféricos.
  - ECG de 12 derivaciones.
- La evaluación inicial permite confirmar si los síntomas del paciente son secundarios a una arritmia y permite valorar los criterios de gravedad y estratificar el riesgo en dos categorías: riesgo potencial o bajo riesgo dependiendo de la presencia o no de cardiopatía estructural, de la severidad de los síntomas y de los antecedentes.
- La evaluación ampliada está indicada en todo paciente con riesgo potencial y en los paciente de bajo riesgo depende de la frecuencia y severidad de los síntomas.
- Las pruebas complementarias que se deben realizar en la evaluación ampliada están recogidas en el proceso asistencial.

### Subproceso Muerte Súbita

- Cuando se detecta una parada cardiorrespiratoria se deben iniciar siempre las maniobras de resucitación cardiopulmonar básica.
- Se debe proceder a la activación y el desplazamiento de los equipos más próximos y/o, en su defecto, aquellos recursos sanitarios que puedan realizar una desfibrilación precoz en los primeros 5 min de evolución de la parada.
- Los equipos de emergencia deben instaurar las técnicas de soporte vital avanzado, después de la desfibrilación en caso de fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso, y de manera inmediata cuando no se trata de los ritmos mencionados.



## [arritmias]

- El traslado se debe realizar en ambulancia medicalizada con personal facultativo y recursos para las técnicas de soporte vital avanzado.

### Subproceso Tratamiento Agudo de las Taquicardias Sintomáticas

- Realizar una valoración clínica urgente en sala de urgencias adecuadamente dotada o equivalente para:
  - Monitorizar mediante ECG de 12 derivaciones, preferiblemente con el cardioversordesfibrilador.
  - Canalizar una vía venosa, y valorar la necesidad de oxigenoterapia.
  - Controlar las constantes (tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de O<sub>2</sub>).
- Detectar si existe inestabilidad hemodinámica mediante la presencia de síntomas y signos de gravedad, en cuyo caso hay que aplicar sin demora cardioversión eléctrica sincronizada / no sincronizada:
  - Síntomas de gravedad: angina severa, edema pulmonar, obnubilación o pérdida de conciencia.
  - Signos de gravedad: hipotensión (TA < 80 mmHg), hipoxemia, cianosis, hipoperfusión, crepitantes...
- Cuando existe estabilidad clínica (no síntomas ni signos de gravedad) el tratamiento inicial se debe aplicar también en una sala de urgencias debidamente dotada atendiendo a:
  - Patrón electrocardiográfico elemental: QRS ancho/estrecho, rítmico/arrítmico y relación aurículo-ventricular.
  - Presencia o no de insuficiencia cardíaca (ICC) o disfunción ventricular izquierda severa conocida (FE < 40%).
- Todas las actuaciones terapéuticas deben documentarse con tiras de registro del ECG y monitorizarse con medidas frecuentes de la TA y reevaluación de la situación clínica.
- La evaluación ampliada y seguimiento del paciente se realizará en función del alto riesgo potencial y del tipo de taquicardia.

### Subproceso Taquicardias Supraventriculares

- Los pacientes con un primer episodio de taquicardia supraventricular sin síntomas severos, sin sospecha de cardiopatía ni evidencia de preexcitación, a los que no se prevé comenzar tratamiento inicialmente, no requieren seguimiento. El resto deben ser sometidos a una evaluación ampliada en Atención Especializada.
- La indicación de las pruebas complementarias diagnósticas: Ecocardiograma-doppler, ecocardiograma y monitorización Holter están recogidas en el proceso asistencial.
- La indicación de tratamiento a largo plazo debe ser individualizada, según el tipo de taquicardia y otros factores como: riesgo de la taquicardia sin tratamiento, riesgo inherente del tratamiento, severidad de los síntomas, frecuencia de las crisis, cardiopatía asociada y contexto del paciente.

### Subproceso Fibrilación y Flutter Auriculares

- En la evaluación inicial de un paciente con fibrilación o flutter auriculares se debe recoger: la situación clínica del paciente, la existencia de episodios previos de FA, el tiempo de evolución de la FA, si el paciente está anticoagulado, los antiarrítmicos utilizados y su eficacia en caso de FA previa, si existe cardiopatía de base, si han existido embolismos previos; síntomas desencadenantes; hay que clasificar la FA según las recomendaciones actuales (Tabla 1 pág. 104 del proceso asistencial) y descartar una causa aguda (IAM, TEP, postcirugía, etc.).
- Si la situación clínica no supone un compromiso vital, y se puede estimar una duración de la arritmia superior a las 48 horas, no debe intentarse la reversión a ritmo sinusal con medidas eléctricas ni farmacológicas salvo que el paciente se encuentre correctamente anticoagulado.
- Si el paciente está asintomático o con síntomas leves y la duración de la arritmia es menor de 48 horas, debe ser atendido en un dispositivo de urgencias y administrar fármacos dromotropos negativos, vía oral, si la fibrilación auricular es rápida (Tabla 3, pág. 105), valorando la respuesta de la frecuencia y su evolución o no a ritmo sinusal para decidir la actuación terapéutica siguiente (ver proceso asistencial).
- Si el paciente está asintomático o con síntomas leves y la duración de la arritmia es mayor de 48 horas, administrar fármacos dromotropos negativos vía oral, valorar tratamiento anticoagulante y tramitar cita para el Cardiólogo que conozca el diagnóstico previo.
- La evaluación ampliada se debe realizar para mantener el control de los síntomas y filiar la posible cardiopatía, establecer la indicación de cardioversión diferida si persiste la fibrilación auricular, controlar la frecuencia ventricular si no está indicada la cardioversión, valorar la necesidad de fármacos antiarrítmicos para prevenir recurrencias, valorar la indicación de terapias no farmacológicas y establecer tratamiento anticoagulante.

### Subproceso Arritmias Ventriculares

- La evaluación inicial de un paciente con una taquicardia ventricular debe incluir una anamnesis y un examen físico, profundizado en antecedentes personales y familiares y en la existencia de factores proarrítmicos.  
Su objetivo es establecer la presencia de síntomas en relación con la arritmia y la estimación pronóstica en cuanto al riesgo de muerte súbita, que viene dada por tres factores: la presencia o no de una causa desencadenante transitoria o corregible, la presencia o no de cardiopatía y el tipo de arritmia ventricular.
- El tratamiento agudo de la arritmia ventricular sostenida con síntomas debe realizarse siempre en un dispositivo de Urgencias; una vez estabilizado el paciente debe ser trasladado a un Hospital en ambulancia medicalizada. En los casos leves (extrasistolia ventricular aislada asintomática o paucisintomática), especialmente en adultos y ancianos sin antecedentes ni sospecha de cardiopatía es suficiente con informar al paciente de la naturaleza benigna de la arritmia.
- La evaluación ampliada especializada será imprescindible siempre que se dé alguna de las siguientes circunstancias:
  - Sospecha de cardiopatía.
  - Presencia de síntomas atribuibles a la arritmia ventricular.



## [arritmias]

- Sujetos jóvenes o antecedentes familiares directos de muerte súbita.
- Aritmias ventriculares complejas: extrasistolia ventricular frecuente (más de 10 CVP a la hora en registro Holter) o taquicardia ventricular sostenida o no sostenida, incluso cuando sean asintomáticas.

- Las opciones terapéuticas disponibles son:
  - Fármacos antiarrítmicos.
  - Desfibrilador automático implantable (DAI).
  - Ablación con radiofrecuencia (RF).
  - Cirugía.

Sus indicaciones están recogidas en el proceso asistencial en función del tipo de arritmia ventricular y cardiopatía de base (Tablas 5-10, págs 131-138).

### Subproceso Bradiarritmias

- La evaluación inicial de un paciente que presenta bradiarritmia debe incluir:
  - Confirmación de la bradiarritmia con un electrocardiograma de 12 derivaciones.
  - Examen físico con especial énfasis en la frecuencia cardíaca, tensión arterial, signos de hipoperfusión o congestión pulmonar, obnubilación, etc.
  - Anamnesis dirigida a buscar causas extrínsecas e intrínsecas de bradicardia o bloqueo AV (ver Tabla 1, pág. 149). Se interrogará sobre la medicación recibida (crono y/o dromotropo negativa), factores precipitantes de la bradiarritmia si ésta es transitoria, y correlación entre síntomas y bradiarritmia si es intermitente.
- La estratificación del riesgo se realiza en función de cuatro criterios:
  - Síntomas (desde asintomáticos a síntomas severos).
  - Existencia de cardiopatía estructural.
  - Datos de exploración: signos de insuficiencia cardíaca, hipotensión, frecuencia cardíaca.
  - Datos electrocardiográficos:
    - Grado avanzado de bloqueo AV.
    - QRS ancho.
- Se considerará la necesidad de marcapasos provisional transvenoso (se recomienda utilizar la vía femoral) en pacientes con síntomas severos o que han presentado síncope en reposo, especialmente en las siguientes situaciones:
  - Asistolia.
  - Bloqueo AV avanzado (completo o Mobitz II) con QRS ancho.
  - Bloqueo AV avanzado con QRS estrecho sintomático sin respuesta a atropina (sospecha de BAV intrahisiano).
  - Bloqueo de rama bilateral (alternando bloqueo de rama izquierda con bloqueo de rama derecha, o bloqueo de rama derecha con HAI o HPI alternantes).
  - Pacientes con bradicardia y síntomas severos que no responden a atropina.
- La evaluación ampliada es necesaria para hallar la causa o para indicación del marcapasos y modo de estimulación. Las indicaciones de marcapasos definitivo se recogen en las tablas 4.1 a 4.8 (pág. 151-159).

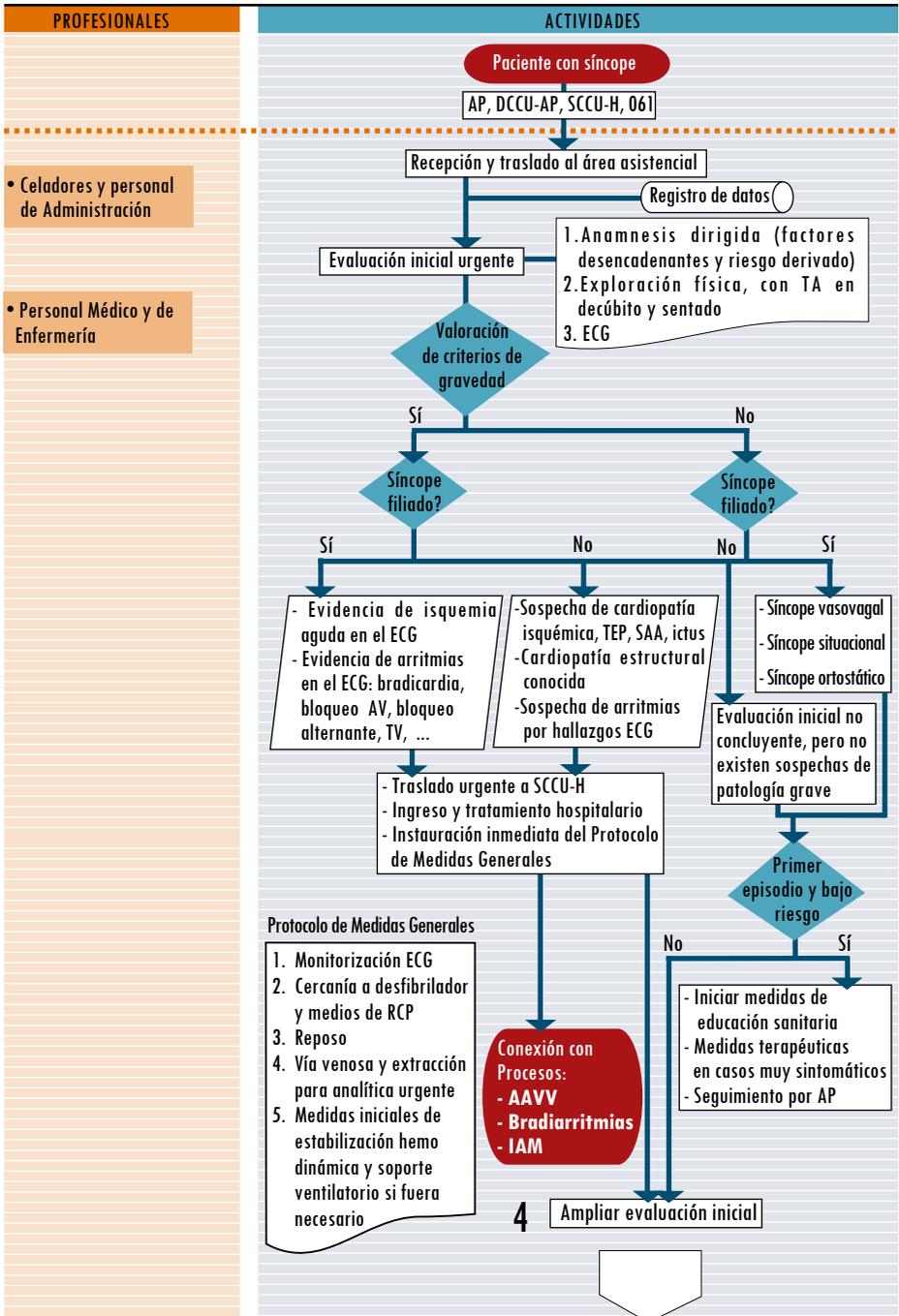
### Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería/SAS 2004

- Todo paciente con fibrilación auricular y riesgo tromboembólico elevado/ intermedio recibirá tratamiento anticoagulante oral en caso de ausencia de contraindicaciones.
- Para el cálculo de riesgo será suficiente la presencia de alguno de los siguientes factores:
  - Riesgo elevado: edad > de 75 años, fenómeno tromboembólico previo, historia de hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca y/o disfunción sistólica de ventrículo izquierdo, valvulopatía mitral reumática, prótesis valvular, presencia de más de un factor de riesgo intermedio.
  - Riesgo intermedio: edad entre 65 y 75 años, diabetes mellitus, enfermedad coronaria con función sistólica conservada.
- A todo paciente con fibrilación auricular (FA) e indicación de cardioversión eléctrica programada (CEP) se le realizará con una demora inferior a 60 días.
- En los pacientes a los que se realiza una ablación con radiofrecuencia por taquicardia paroxística supraventricular intranodal, la tasa de bloqueo AV que requiera implantación de marcapasos definitivo será inferior al 2%.

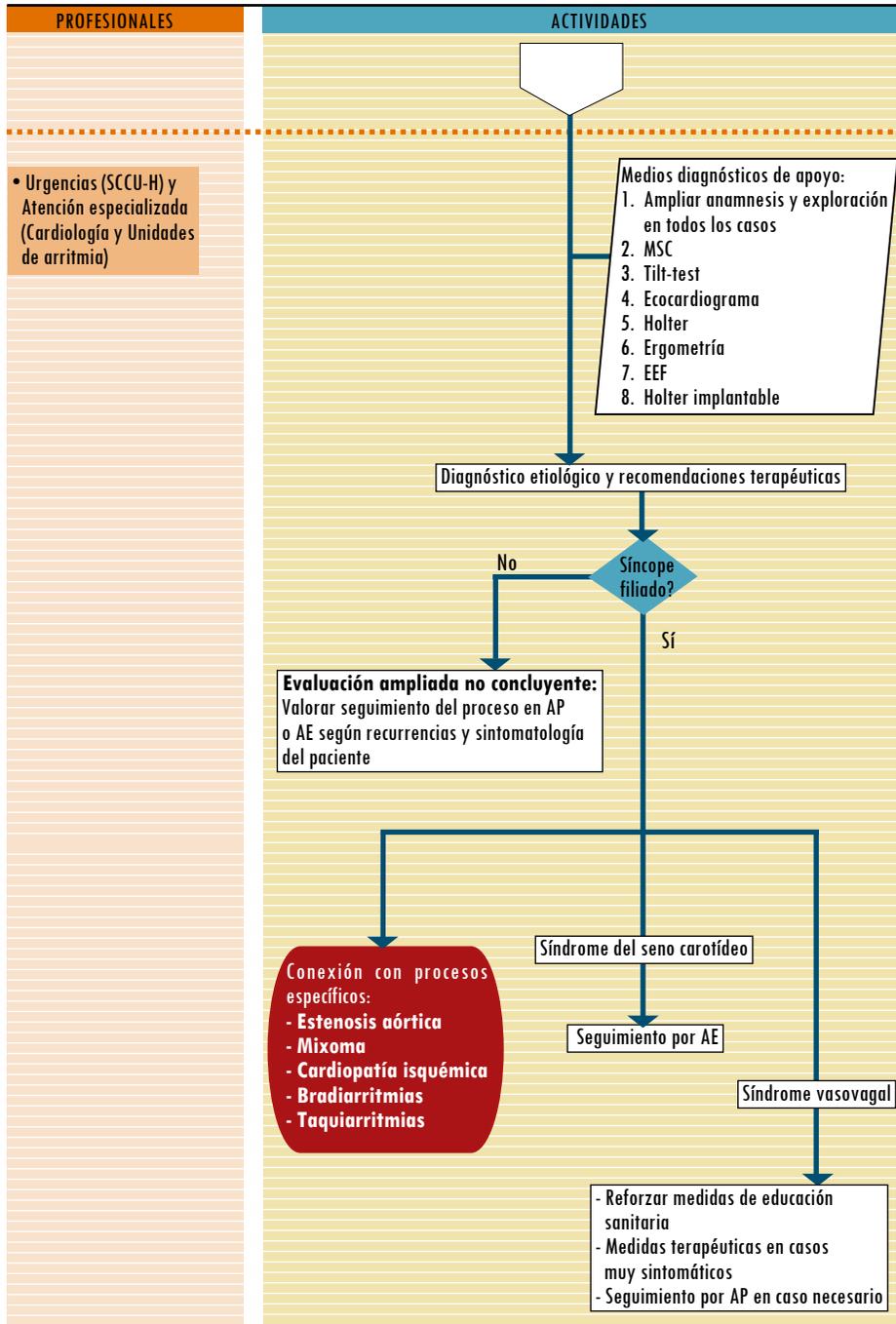


[arritmias]

ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 3 SUBPROCESO SÍNCOPE

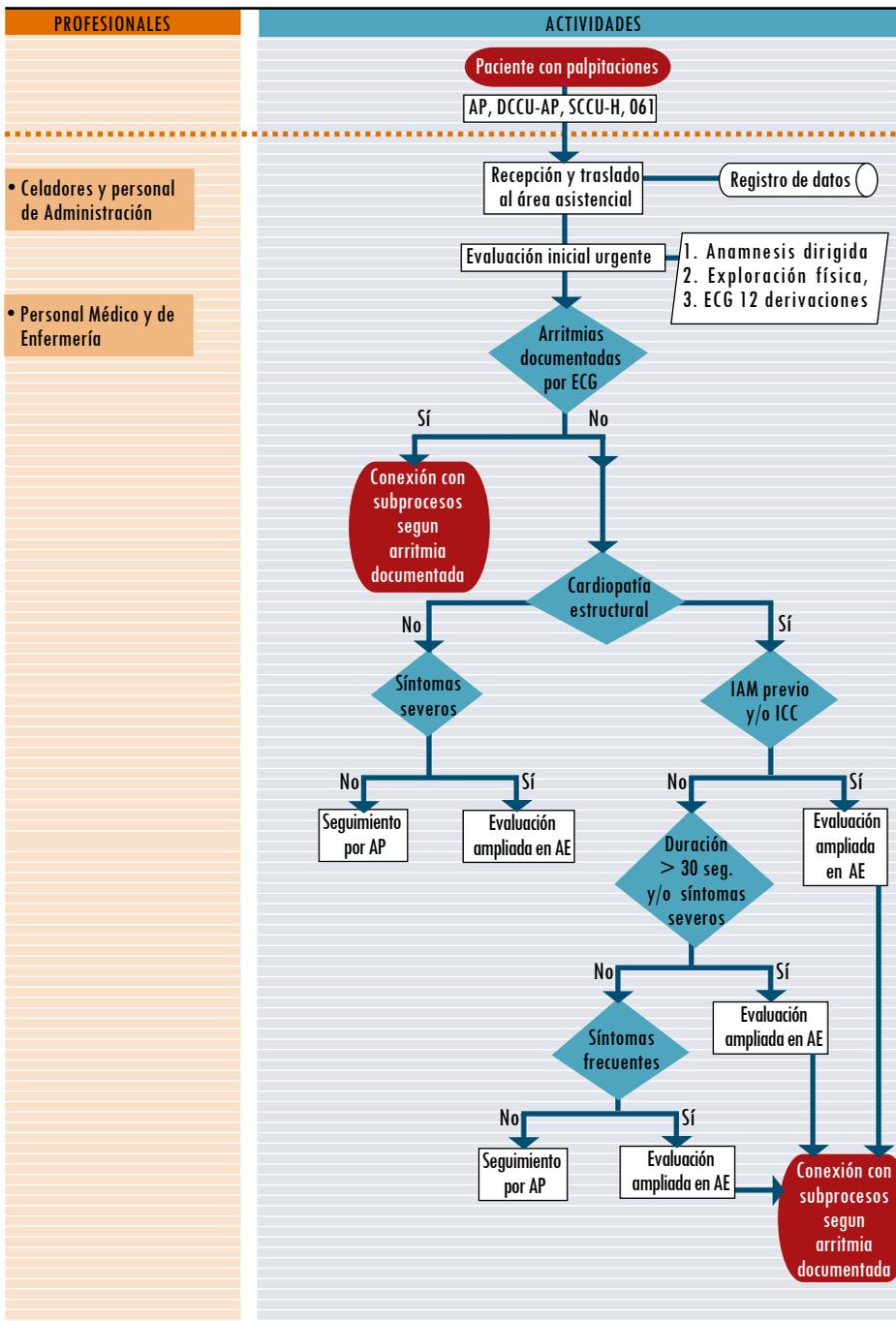


# ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. SUBPROCESOS SÍNCOPE

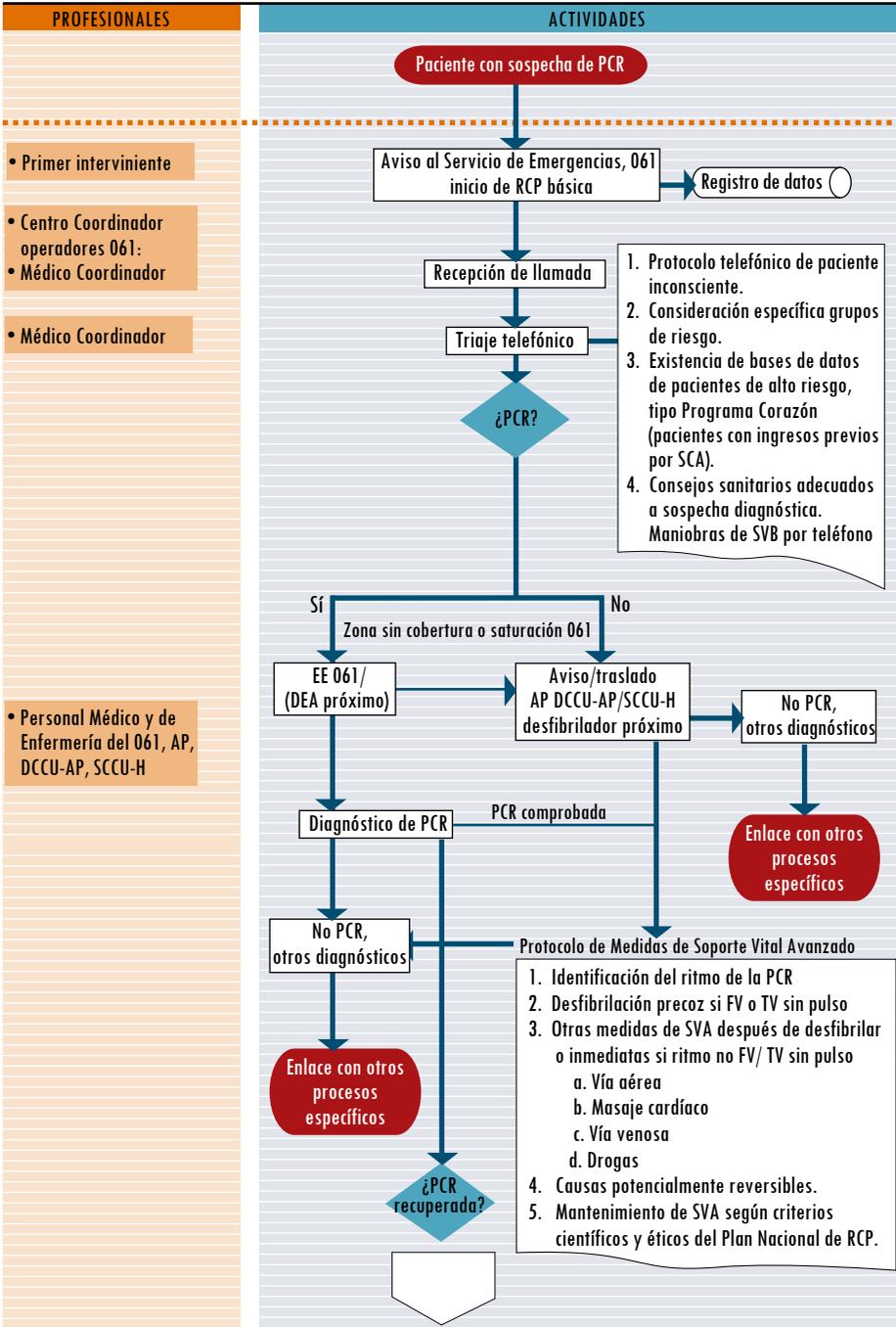


[arritmias]

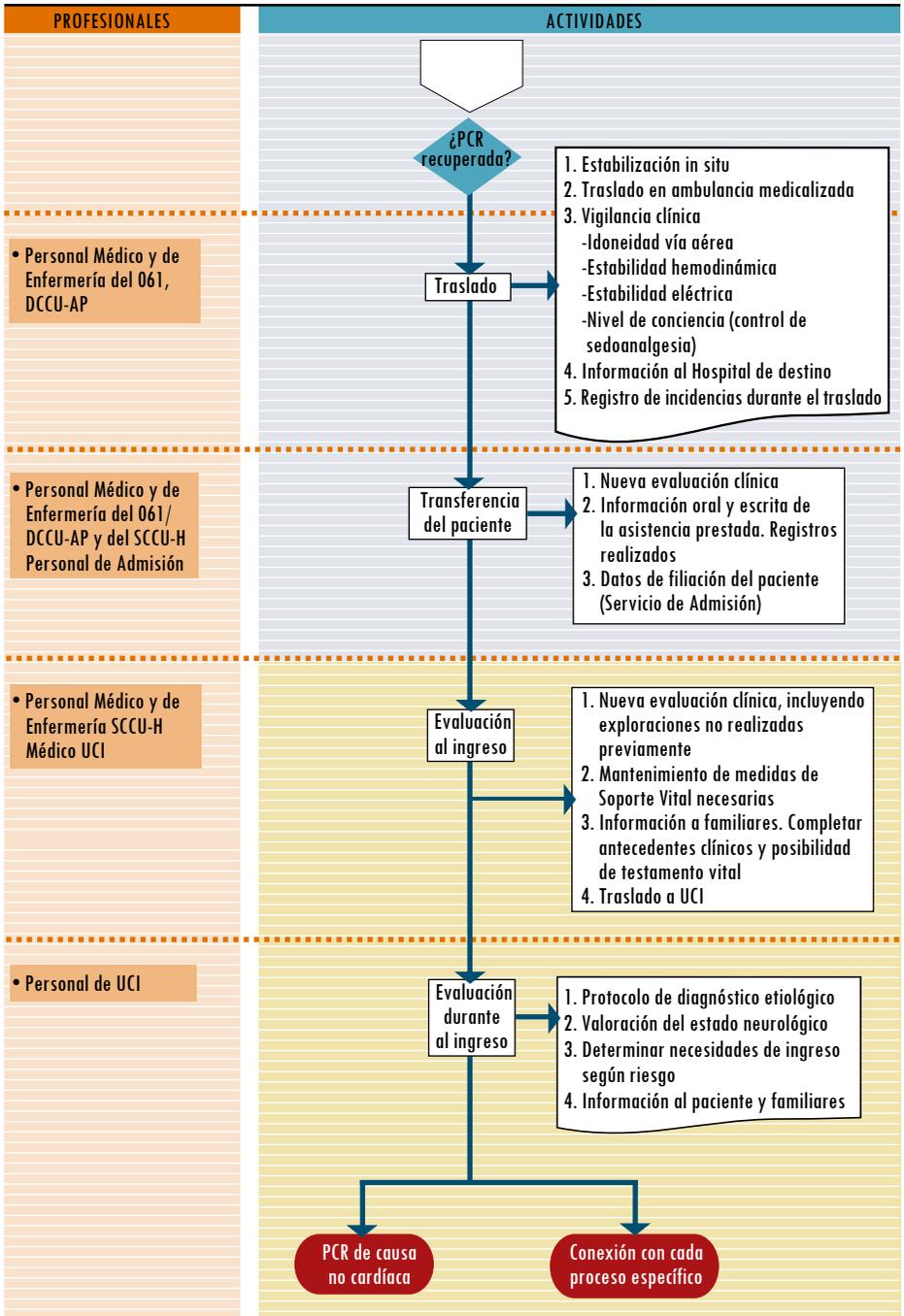
## ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 3. SUBPROCESO PALPITACIONES



# ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 3. SUBPROCESO MUERTE SÚBITA



## ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 3. SUBPROCESOS MUERTE SÚBITA



# ARQUITECTURA DE PROCESO. NIVEL 3. SUBPROCESO FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULARES

