

MANEJO DE BRADICARDIAS EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autor principal:

ESTEFANÍA RAMOS FARIÑA

Autor secundario:

MERCEDES SALAS GARCÍA-NEBLE

PALABRAS CLAVE

Bradicardia, inestabilidad hemodinámica, marcapasos transcutáneo

RESUMEN:

Se podrá considerar bradicardia cuando la frecuencia cardíaca sea inferior a 60 pulsaciones por minuto.

El objetivo de este trabajo es proporcionar los criterios diagnósticos y terapéuticos para el manejo del paciente adulto con bradicardia que es atendido en el servicio de urgencias de atención primaria de acuerdo a las evidencias científicas actuales.

Metodología: Revisión bibliográfica en varias bases de datos especializadas como Pudmed, Elsevier, Scielo, Fundación Española del Corazón, Sociedad Española de Cardiología (SEC) y se utilizaron buscadores como google o yahoo utilizando palabras clave como bradicardia, inestabilidad hemodinámica, marcapasos transcutáneo.

Resultados y conclusión: En primer lugar monitorizaremos al paciente, tomando: TA, FC, FR, EKG de 12 derivaciones, SatO₂ y glucemia. Se suministrará oxígeno si es necesario. Canalizaremos vía venosa con suero fisiológico. Se valorará si existen signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica. Si el paciente no presenta signos de inestabilidad ni riesgo de asistolia se procede a la observación. En casos de inestabilidad hemodinámica, se comenzará el tratamiento con atropina, excepto en casos de trasplante, sospecha de isquemia coronaria o bloqueos AV de segundo grado Mobitz II ó tercer grado. La infusión de dopamina puede ser usada en bradicardia sintomática o cuando el uso de atropina está contraindicado. La adrenalina se indica en bradicardia sintomática cuando se asocia a hipotensión o en quienes la atropina es inapropiada ó se ha alcanzado su dosis máxima. Si los tratamientos farmacológicos resultan ineficaces debemos colocar marcapasos transcutáneo y remitir al paciente a urgencias hospitalarias para ser tratado por un especialista cardiaco.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES:

La bradicardia es una alteración del ritmo del corazón que implica una disminución de los latidos. Se podrá considerar bradicardia cuando la frecuencia cardíaca sea inferior a 60 pulsaciones por minuto. No es rara ni necesariamente peligrosa en los atletas o en adultos jóvenes con buena salud, aunque también es necesario descartar cualquier tipo sintomatología de un mal congénito o algún tipo de lesión.

Puede ser provocada por la toma de algunos medicamentos como los betabloqueantes, por una compresión del seno carotideo o provocada por ciertas enfermedades cardíacas. Un tratamiento con medicamentos puede restablecer el ritmo normal, pero la bradicardia severa necesita a veces la colocación de un marcapasos.

La forma de presentación de la bradicardia puede ser muy variable incluyendo síntomas como debilidad, fatiga, mareo, síncope, clínica de insuficiencia cardiaca, bajo gasto o puede cursar de forma asintomática. Es imprescindible realizar una valoración inicial, donde se debe incluir una exploración y revisión de historia clínica, donde inspeccionar: síntomas relacionados con la arritmia, duración del episodio actual, factores desencadenantes o causa aguda, episodios previos, existencia de cardiopatía estructural, tratamiento antiarrítmico previo y otros tratamientos.

OBJETIVO:

Proporcionar los criterios diagnósticos y terapéuticos para el manejo del paciente adulto con bradicardia que es atendido en el servicio de urgencias de atención primaria de acuerdo a las evidencias científicas actuales.

METODOLOGÍA:

Para ello se realizó una revisión bibliográfica en varias bases de datos especializadas como Pubmed, Elsevier, Scielo en el período de Septiembre-Octubre de 2017, así como Fundación Española del Corazón, Sociedad Española de Cardiología (SEC) y se utilizaron buscadores como google o yahoo utilizando palabras clave como bradicardia, inestabilidad hemodinámica, marcapasos transcutáneo.

RESULTADOS:

A los servicios de urgencias acuden diariamente pacientes con síntomas de una bradicardia sintomática, que son el resultado de daños del corazón o su circulación, o simplemente la respuesta del sistema autónomo a algún agente externo. El efecto de fármacos (betabloqueantes, calcio-antagonistas), la aparición de un bloqueo cardíaco, la presencia de trastornos hidroelectrolíticos, la hipoxia severa, etc., son casos de bradicardias sintomáticas que ponen en riesgo la vida y necesitan atención en los servicios de urgencias.

En primer lugar monitorizaremos al paciente, tomando: TA, FC, FR, EKG de 12 derivaciones, SatO₂ y glucemia. Prestando especial atención a la ventilación y oxigenación, ya que la hipoxemia es causa frecuente de bradicardia. Se suministrará oxígeno si es necesario. Canalizaremos vía venosa con suero fisiológico y en caso de tener que derivar al hospital se realizará extracción de analítica sanguínea (iones) para entregar.

Se valorará si existen signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica que estén causados por dicha baja frecuencia como la alteración del estado de conciencia, dolor torácico, disnea, hipotensión arterial u otros signos de insuficiencia cardiaca.

Si el paciente no presenta datos de inestabilidad se debe valorar el riesgo de asistolia, valorando el EKG de 12 derivaciones, la historia clínica visualizando si ha presentado asistolias previas, episodios sinopales, bloqueos, QRS ancho..De no presentar ninguno de estos datos se puede proceder a la observación sin necesidad de iniciar tratamiento. Si presenta algún factor de riesgo para asistolia se derivará a urgencias hospitalarias.

En caso de inestabilidad hemodinámica se iniciará tratamiento con atropina, que es la droga de primera línea para bradicardia sintomática. La dosis recomendada es 0.5mg IV cada 3-5 minutos, dosis máxima de 3mg. En bloqueos AV de segundo grado Mobitz II ó

tercer grado no se usa la atropina ya que no suelen responder, por lo que habría que remitir inmediatamente para colocación de marcapasos transcutáneo ó transvenoso. Hay que tener precaución en el uso de atropina en casos de sospecha de isquemia coronaria y evitar su uso en trasplantados ya que ha habido casos en los que la atropina ha generado más bradicardia en un corazón trasplantado.

La infusión de dopamina puede ser usada en bradicardia sintomática, particularmente si está asociada a hipotensión en quienes la atropina es inapropiada ó se ha alcanzado su dosis máxima. Se comienza a 5-10 mcg/Kg/minuto vigilando la respuesta del paciente e ir aumentando hasta 20 mcg/kg/min.

La adrenalina se indica en bradicardia sintomática cuando se asocia a hipotensión en quienes la atropina es inapropiada ó se ha alcanzado su dosis máxima. Se comienza a 2-10mcg/minuto titulando la respuesta del paciente.

Si los tratamientos farmacológicos resultan ineficaces debemos colocar marcapasos transcutáneo y remitir al paciente a urgencias hospitalarias para ser tratado por un especialista cardiaco. Para colocar el marcapasos transcutáneo es necesario administrar analgésicos y sedantes, éste dispositivo libera un impulso eléctrico de manera repetitiva desde el generador ubicado en el desfibrilador a través de electrodos colocados en la piel, que atraviesa los tejidos hasta llegar al corazón.

Se debe usar la estimulación transcutánea en casos de bradicardia hemodinamicamente inestable, bradicardia sinusal sintomática en inicio de IM, bloqueo AV 3er grado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Las bradicardias son un frecuente motivo de consulta en los servicios de urgencias. Debe ser identificada el tipo de bradicardia para que el abordaje y el tratamiento farmacológico de elección sea el correcto.

Con el siguiente artículo intentamos repasar las bradicardias, como identificar una bradicardia sintomática o asintomática cuando el paciente acude al servicio de urgencias de atención primaria y el abordaje terapéutico, dosis e indicaciones y contraindicaciones de los distintos fármacos. En resumen, el manejo inicial de cualquier paciente con bradicardia sintomática o asintomática, deberá enfocarse al soporte de la vía aérea y la respiración, monitorización, canalización venosa, sacar electrocardiogramas de 12 derivaciones para evaluar el ritmo y dependiendo del tipo de bradicardia administrar atropina, dopamina, adrenalina o incluso colocar marcapasos transcutáneo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Mena Rivera A, Pineda Alcaraz LM. Protocolo de manejo de bradicardia en paciente adulto. 2013; (3-5). Disponible en: http://www.hospitalebejico.gov.co/home/wp-content/uploads/2015/07/doc_Protocolo-Manejo-Bradicardia-Paciente-Adulto.pdf
2. Medina Armenteros JC. Atención ante un paciente con bradicardia. 2015. Disponible en: <http://enfermeroemergencias.blogspot.com.es/2015/12/actuacion-ante-un-paciente-con.html>
3. Sola T, Garrido M, Martínez Basterra J, Gracia M, Urchaga A, Basurte M. Bradicardias y Bloqueos. Servicio de Cardiología. Hospital de Navarra. Disponible en:

<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20Temas%20de%20Urgencia/3.CARDIOVASCULARES/Braq uicardias%20y%20bloqueos.pdf>

4. Bradicardia sintomática y uso de marcapasos en el servicio de urgencias. Revista Scielo. Julio-Septiembre 2007; 55(3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112007000300007
García Lecuona B, Zarco Montejó B. Bradiarritmias, urgencias en atención primaria. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/63/1452/45/1v63n1452a13039687pdf001.pdf>
5. García Lledó J. Bradicardia y fibrilación auricular lenta: a propósito de dos electrocardiogramas. Semergen.2001; 27:264-5. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-bradicardia-fibrilacion-auricular-lenta-proposito-S1138359301739597>