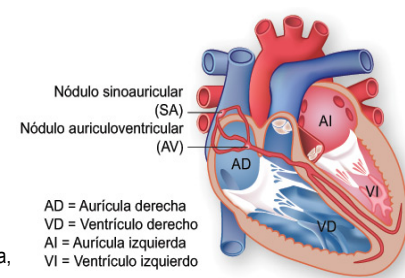


# ACTUACIÓN DE ENFERMERIA EN LAS ARRITMIAS SUSCEPTIBLES DE CONVERSIÓN A RS EN RCP



Nódulo sinoauricular (SA)  
Nódulo auriculoventricular (AV)  
AD = Aurícula derecha  
VD = Ventriculo derecho  
AI = Aurícula izquierda  
VI = Ventriculo izquierdo

## INTRODUCCIÓN:

Las arritmias cardíacas constituyen un magno problema de salud pública en todo el mundo por su frecuencia, morbilidad y mortalidad. Son causa muy frecuente de consulta médica y hospitalaria y la detección y actuación rápida disminuyen los problemas de deterioro de la función cardíaca, anticoagulación, ictus, fibrilación ventricular y muerte.

La FA y la IC se presentan cada una por si solas en el 1-2% de la población general y su prevalencia se incrementa con la edad. Ambas condiciones pueden ser causa y consecuencia de ellas mismas. Esta es la arritmia más común en la práctica clínica, responsable del 35% de todas las arritmias. Afecta a más del 5% de las personas mayores a 65 años y en la década pasada se duplicó el número de descargas eléctricas por dicha arritmia.

## OBJETIVOS:

Identificar, en la consulta de clasificación de pacientes, al paciente con taquiarritmias susceptible de conversión a RS, asignándole una prioridad de atención alta y administrar, con la mayor premura, los cuidados de enfermería, tratamiento farmacológico y/o cardioversión eléctrica sincronizada, que disminuirán el daño cardíaco y las posibles complicaciones.

## TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXISTICA

Es la taquicardia supraventricular más frecuente. Suele ser paroxística. Frecuencia cardíaca 150-250 lpm. No es peligrosa pero altera la calidad de vida. En general responden mal a tratamiento farmacológico ya que con frecuencia los antiarrítmicos producen efectos secundarios y hay que tomarlos diariamente y los pacientes lo viven con stress.

La taquicardia supraventricular paroxística no es potencialmente mortal. Pero mantenida en el tiempo puede llevar a insuficiencia cardíaca.

### TRATAMIENTO:

TSV bien tolerada se realizara de primera opción masaje de seno carotideo, estimulación del reflejo de náuseas y maniobra de valsava.

Si no revierte de segunda opción cardioversión sincronizada.

TSV mal toleradas y acompañadas de signos de deterioro hemodinámico, se debe interrumpir mediante administración de adenosina o cardioversión eléctrica. La adenosina es el fármaco de elección por su alta eficacia y cortísima vida media (5 s). Tras administrar un bolo de 6 o 12 mg, la tasa de éxito varía entre el 75 y el 90%. Entre las limitaciones de este fármaco está la mala tolerancia por asociarse con dolor torácico, vasodilatación y malestar general de breve duración. Está contraindicado en asmáticos —por el riesgo de broncoespasmo— y pacientes con enfermedad coronaria.

### CUIDADOS DE ENFERMERIA DE TTO CON ADENOSINA:

Monitorización, toma de ctes vitales, vía periférica permeable, ECG, explicación de la técnica y efectos del fármaco al paciente. Tras administración del bolo de adenosina lavado con 10cc de suero fisiológico y elevación del MS.

## SÍNTOMAS

Los síntomas por lo regular empiezan y se detienen súbitamente y pueden durar unos pocos minutos o varias horas. Estos síntomas pueden abarcar:

- Ansiedad
- Opresión torácica
- Palpitaciones (sensación táctil de los latidos del corazón), a menudo con una frecuencia cardíaca irregular FA o rápida TSV (acelerada)
- Pulso rápido
- Disnea o dificultad respiratoria
- Mareos
- Síncopes
- Stress a realizar actividades deportivas

## FA PAROXISTICA

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la práctica clínica y su prevalencia aumenta con la edad (más del 5% en los mayores de 80 años) y con la existencia de patología cardíaca subyacente. Su importancia radica en la morbi-mortalidad que asocia: favorece las embolias, episodios de insuficiencia cardíaca.

Clínicamente podemos clasificar la fibrilación auricular en:

Fibrilación auricular paroxística: episodios recurrentes de fibrilación auricular que ceden de forma espontánea, generalmente en menos de 48 horas de no ser así se realizará cardioversión eléctrica sincronizada.

Fibrilación auricular persistente: episodios de fibrilación auricular que requieren fármacos o una cardioversión eléctrica para su terminación.

Fibrilación auricular permanente o crónica: se denomina como tal a la fibrilación auricular en la que no es posible o no se considera apropiado intentar recuperar el ritmo sinusal.

### TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE FA CRÓNICA:

Se recomienda la anticoagulación en la prevención primaria de ictus en la población con FA crónica con un leve incremento de hemorragias mayores.

### TRATAMIENTO:

En FA paroxística el tratamiento de primera elección es farmacológico flecainida y propafenona.

De no revertir en un plazo 6/8 horas se realizara cardioversión eléctrica sincronizada.

## CARDIOVERSIÓN ELECTRICA SINCRONIZADA

La Cardioversión Eléctrica consiste en la administración de un choque eléctrico sincronizado con la onda R del ECG con un desfibrilador. El objetivo es revertir una arritmia cardíaca despolarizando por completo el corazón para que de esta forma el nodo sinusal pueda asumir de nuevo su papel de marcapasos fisiológico.

### CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Información de la técnica y preparación del paciente, monitorización, ctes vitales, ECG, vía periférica.

Material de ventilación: Ambú, Guedel y Oxígeno a alto flujo.

Desfibrilador en posición PALAS Y SINCRONIZADO y carro de paradas.

Colocación del paciente en decúbito supino, sedación y compresas humedecidas en suero fisiológico o gel conductor

Colocación de las Palas debajo de clavícula dcha. Y ápex cardíaco.

Aplicación descargas TSV 100/150 J y FA 150/200/200 J.

Avisar retirada del personal sanitario antes de la descarga.

Comprobar eficacia de la cardioversión y si no repetir hasta un máximo de 3 descargas.



## CONCLUSIONES:

Lo ideal es intentar mantener el ritmo normal del corazón, que es el ritmo sinusal. El ritmo sinusal se puede conseguir de forma relativamente sencilla mediante tratamiento farmacológico o cardioversión eléctrica. Lo más difícil es evitar que recurran las arritmias. Para intentar prevenir las recurrencias pueden utilizarse fármacos antiarrítmicos tipo flecainida o propafenona si el paciente no tiene cardiopatía, o amiodarona en caso de que sí la tenga. Sin embargo la eficacia de los fármacos es relativamente baja y al año de un episodio de taquicardia, sólo el 50% de los pacientes se mantienen sin recurrencias tomen lo que tomen. La ablación con radiofrecuencia de las taquiarritmias es un procedimiento en auge que en manos experimentadas es capaz de obtener una tasa de curación superior al 75%.

**AUTORES:** Francisca López Santos (Enfermera urgencias Hospital Ruiz de Alda), Esther Álvarez Redondo (Enfermera urgencias Hospital Ruiz de Alda) María Ángeles Espigares Espigares ( Enfermera urgencias Hospital Ruiz de Alda)

**BIBLIOGRAFÍA:** Web Sociedad Española de Cardiología, web Medline Plus, web Fundación Española del corazón,

