



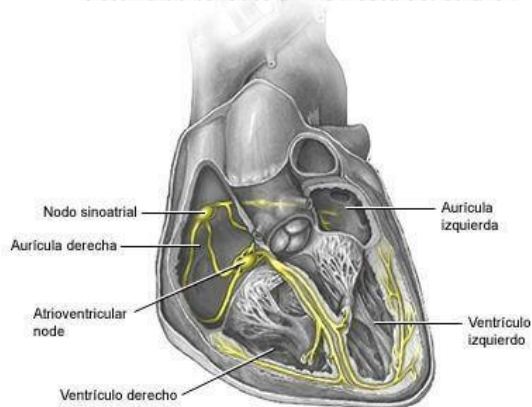
Bloqueos Auriculoventriculares

Descripción

Los Bloqueos Auriculoventriculares (Bloqueo AV) son una de las alteraciones (Bradiaritmias) más frecuentes en el sistema de conducción eléctrico del corazón. Su correcto diagnóstico y análisis forma parte fundamental en la lectura e interpretación de un Electrocardiograma.

¿Que son los Bloqueos Auriculoventriculares?

Sistema de conducción intrínseca del corazón



Sistema eléctrico del corazón

Los Bloqueos Auriculoventriculares o también llamados Bloqueos AV son una serie o conjunto de alteraciones que provocan una disminución en la velocidad con la que el potencial de acción o potencial eléctrico se transmite desde el Nodo Sinusal hasta el Nodo Auriculoventricular.

Los Bloqueos AV entonces son un retraso en en la conducción eléctrica desde las Aurículas hacia los Ventricúlos. El problema puede surgir como causa directa del Nodo Auriculoventricular o del Sistema His-Purkinje.

Cuando el Bloqueo se vuelve completo no hay paso del potencial eléctrico hacia los ventrículos. Generando la ausencia de despolarización y contracción de los ventrículos

Clasificación de los Bloqueos Auriculoventriculares.

Los Bloqueos Auriculoventriculares (Bloqueos AV) pueden ser clasificados en 3 grados de acuerdo a sus características y severidad.

- Primer grado.
- Segundo grado o también llamado de Mobitz.
- Tercer grado o completo.

Video de Bloqueos AV en el Electrocardiograma

[su_youtube url=»<https://www.youtube.com/watch?v=uQbR5mrMhBU>»]

Bloqueo AV de primer grado.

El Bloqueo AV de primer grado es el mas inofensivo de los Bloqueos Auriculoventriculares. El Bloqueo AV de primer grado es un retraso en la conducción del potencial de acción en el Nodo Auriculoventricular o en el Haz de His. Sin embargo, la estructura con mas frecuencia involucrada es el Nodo Auriculoventricular.

Características del Bloqueo AV de primer grado.

La característica esencial del Bloqueo AV de primer grado es un **Intervalo PR** prolongado. El Intervalo PR tiene una duración normal de hasta 0.20 segundos. Lo que se traduce a un máximo de 5 cuadros pequeños o 1 cuadro grande en el [Papel del Electrocardiograma](#).

Entonces cuando un Intervalo PR se encuentra prolongado nos encontramos ante un Bloqueo Auriculoventricular. Para afirmar que el Bloqueo AV es de primer grado debe cumplir con las siguientes características.

- Intervalo PR mayor a 0.20 segundos constante.
- Debe haber una Onda P antes de cada complejo QRS
- El Complejo QRS debe tener una morfología normal.

Bloqueo AV de primer grado en el Electrocardiograma.

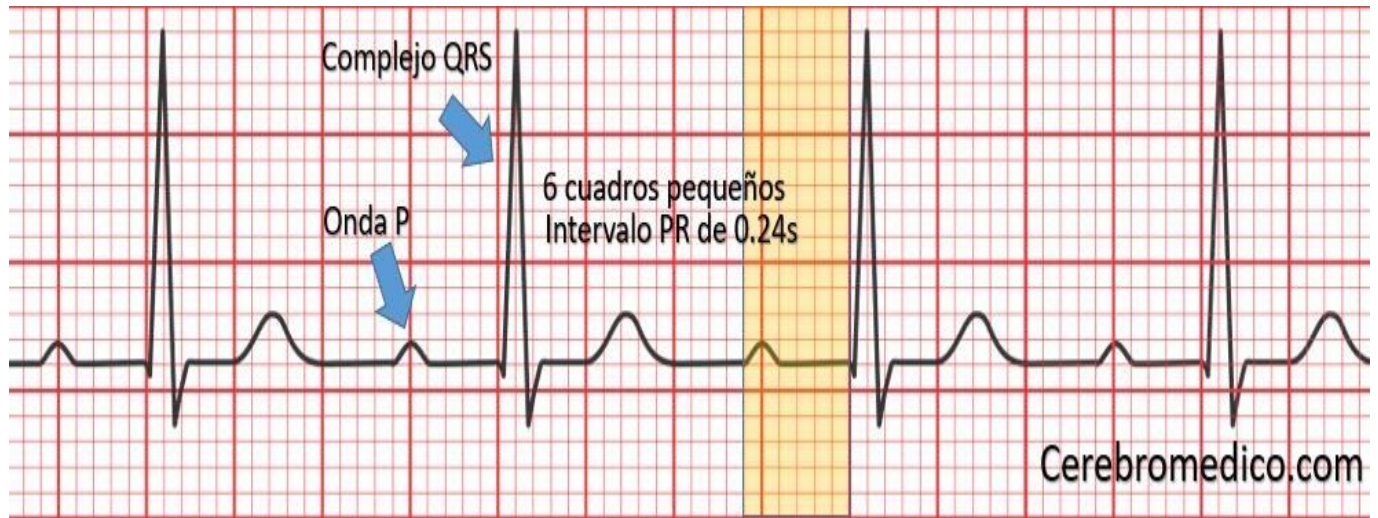


Figura 1 – Bloqueo AV de Primer grado

En la Figura 1 se puede observar un Electrocardiograma. En el que se puede apreciar un Bloqueo AV de primer grado. Se puede observar como el Intervalo PR (marcado en amarillo) tiene una duración de 0.24 segundos o 6 cuadros pequeños. Por lo que se puede afirmar que nos encontramos ante un Intervalo PR prolongado.

Ademas el Electrocardiograma presenta una Onda P siempre seguida de un Complejo QRS. El Complejo QRS ademas se presenta de Morfología normal. Por lo que nos encontramos ante un Electrocardiograma con un Bloqueo AV de primer grado.

Causas del Bloqueo AV de primer grado.

La principal causa de los Bloqueos AV de primer grado es el efecto de los Fármacos Antiarrítmicos como la Digoxina o los Betabloqueantes. El Bloqueo AV de primer grado también puede ser generado por desequilibrios hidroelectrolíticos como la Hiperpotasemia o la Hipermagnesemia.

El Bloqueo AV de primer grado también puede ser un signo de la arteriopatía coronaria y de ciertas enfermedades como la carditis reumática aguda.

Tratamiento de los Bloqueos AV de primer grado.

En la mayoría de los casos los Bloqueos AV de primer grado son benignos y usualmente Asintomáticos. De forma general no requieren tratamiento específico. Sin embargo, es importante identificar y tratar la causa. En el caso de los fármacos Antiarrítmicos se debe valorar reducir la dosis y su riesgo/beneficio.

Bloqueo AV de segundo grado.

El Bloqueo AV de segundo grado a diferencia del de primer grado es una alteración intermitente en la conducción del potencial de acción hacia el Nodo Auriculoventricular. Esto se traduce en que en el

Electrocardiograma las ondas P no siempre van seguidas de un Complejo QRS.

Clasificación de los Bloqueos AV de segundo grado.

De forma general los Bloqueos AV de segundo grado pueden dividirse en 2 grandes grupos, dependiendo de sus características y su severidad. Entonces los Bloqueos AV de 2° grado se dividen en:

- Bloqueo AV de segundo grado tipo 1 o también llamado Mobitz 1 o Fenomeno de Wenckebach.
- Bloqueo AV de segundo grado tipo 2 o Mobitz 2.

Sin embargo, además de esta calificación también se presentan patrones que reciben el nombre de Bloqueos AV de 2° grado de tipo 2:1 o Bloqueos AV de segundo grado avanzado.

Es importante mencionar que esta clasificación no hace referencia a la ubicación anatómica del bloqueo. La clasificación únicamente diferencia entre los patrones electrocardiograficos de cada bloqueo.

Bloqueo AV de 2° grado tipo 1 o Fenómeno de Wenckebach.

El Bloqueo AV de segundo grado tipo 1 o de Mobitz 1 se ve generado por una conducción deficiente de los impulsos eléctricos por el Nodo Auriculoventricular. Al igual que con el Bloqueo AV de primer grado el Bloqueo Mobitz 1 es benigno y suele cursar de forma asintomática.

Características del Bloqueo AV de 2° grado tipo 1.

La característica esencial del Bloqueo AV de 2° grado tipo 1 es un Intervalo PR que se prolonga de forma progresiva con cada latido hasta generar una Onda P no seguida de un QRS (Onda P no conducida o bloqueada). A esto se le conoce como Conducta o Fenómeno Wenckebach.

Las características completas del Bloqueo AV de 2° grado tipo 1 son:

- Intervalo PR que se prolonga de forma progresiva hasta generar una onda P bloqueada
- El Intervalo PR que sigue de la Onda P bloqueada es el mas corto del ciclo.
- Acortamiento del Intervalo RR.
- La pausa de la Onda P bloqueada mide menos del doble del Intervalo RR anterior.

Bloqueo AV de 2° grado tipo 1 en el Electrocardiograma.



Figura 2 – Bloqueo AV de segundo grado tipo 1

En la Figura 2 se observa un Electrocardiograma con un Bloqueo AV de segundo grado de tipo 1. Se puede observar como los Intervalos PR (marcados en amarillo) se van prolongando de forma progresiva con cada latido. Además en la misma imagen es posible observar como después de 3 latidos se genera una Onda P que no se acompaña de un Complejo QRS. A lo que se le denomina Onda P no conducida o bloqueada (marcada con una flecha roja).

Seguido de la Onda P bloqueada se puede observar como el Intervalo PR siguiente tiene una duración menor a la de los anteriores Intervalos PR. Además si observamos el Intervalo RR anterior a la Onda P bloqueada podemos observar que tiene una duración de 5 cuadros grandes. Mientras que desde la Onda P bloqueada hasta la siguiente Onda R hay menos de 6 cuadros grandes. Es decir que la pausa de la Onda P bloqueada es menor al doble del Intervalo RR anterior (el doble del intervalo anterior es 10 y la pausa es de 6). Lo que cumple con la última característica del Bloqueo AV de segundo grado tipo 1.

Denominación de los Bloqueo AV de 2° grado tipo 1

La OMS y el Colegio Americano de Cardiología coinciden en que la definición más exacta del Bloqueo AV de segundo grado tipo 1 es la presencia de una sola Onda P bloqueada precedida de al menos 2 Ondas P conducidas de forma consecutiva.

Los Bloqueos AV de segundo grado de tipo Mobitz 1 pueden denominarse entonces de acuerdo al número de Ondas P conducidas antes de presentar una Onda P bloqueada. Los bloqueos clásicos se denominan 3:2. Dado que existen 3 Ondas P en total, de estas 2 son conducidas (tienen complejo QRS) mientras que la tercera es una Onda P bloqueada.



Figura 3 – Bloqueo AV de segundo grado Mobitz 1 – 4:3

En la Figura 3 se puede observar un Bloqueo AV de segundo grado de tipo Mobitz 1 en el que el patrón de Ondas P le da la denominación de 4:3. Como se puede apreciar en el ejemplo, la forma correcta de denominar los Bloqueos AV es marcando el numero de Ondas P hasta la bloqueada. En este caso cada 3 Ondas P se encuentra una Onda P no conducida. Por lo que se afirma que en cada ciclo de 4 latidos existe una Onda P bloqueada.

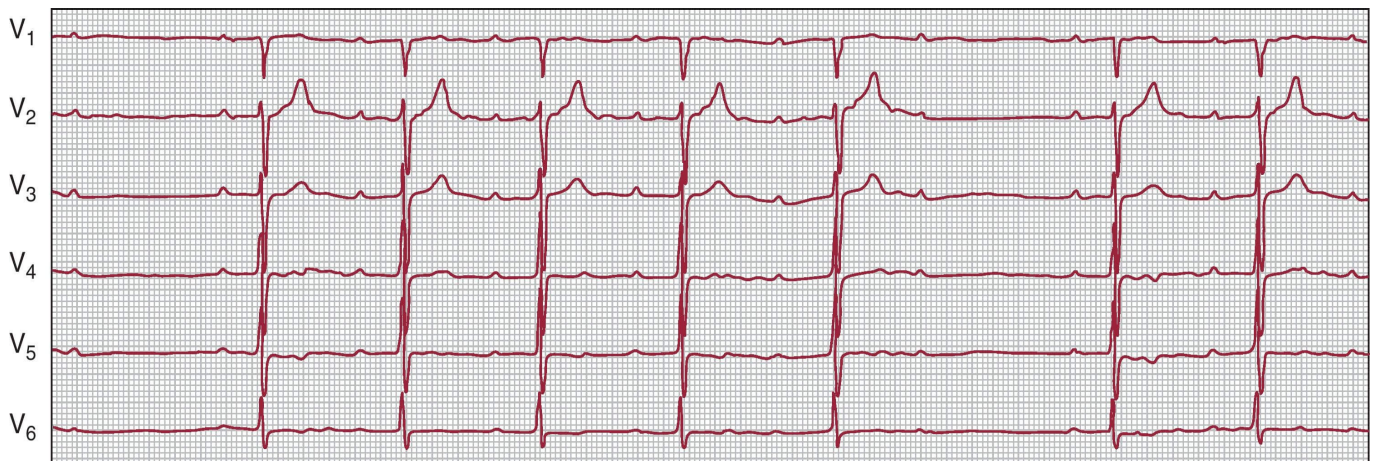


Figura 4 Bloqueo AV de segundo grado tipo 1 en derivaciones V1 a V6

En la Figura 4 se muestran las derivaciones V1 a V6 de un Electrocardiograma. En el ejemplo nos encontramos con un Bloqueo AV de segundo grado de tipo Mobitz 1. Si se observa con detalle se puede apreciar como existe un patrón de prolongación progresiva del Intervalo PR. Lo que se conoce como Fenómeno de Wenckebach, característica esencial de este tipo de Bloqueo AV. En este caso la denominación correcta sería un Bloqueo 6:5. Dado que existe un total de 6 Ondas P hasta la Onda bloqueada.

En ocasiones no es posible denominar los patrones de los Bloqueos AV de segundo grado debido a que se presentan de forma atípica.

Causas del Bloqueo AV de 2° grado tipo 1.

Las causas del Bloqueo AV de 2° grado de tipo 1 suelen ser las mismas del Bloqueo AV de primer grado. En ambos casos el problema suele encontrarse en la conducción a través del Nodo AV. La toxicidad por ciertos fármacos como los digitalicos o beta-bloqueadores como el propranolol pueden generar un Bloqueo AV de 2° grado tipo 1. Los desequilibrios hidroelectrolíticos, sobre todo la Hiperpotasemia son causa frecuente de Bloqueo.

Los Infartos en la cara inferior del Ventrículo Derecho pueden también ser causa de los Bloqueos AV de segundo grado tipo 1. Esto se explica por el estímulo en el tono parasimpático y/o la isquemia del nodo AV.

Tratamiento del Bloqueo AV de 2° grado tipo 1.

Al igual que con los Bloqueos AV de primer grado, estos no suelen requerir de tratamiento. En la mayoría de los casos los Bloqueos AV de 2° grado tipo 1 no evolucionan a un bloqueo de mayor gravedad. Sin embargo, si existe un riesgo relativo que se ve aumentado con la edad. En los adultos mayores existe un mayor riesgo de evolución.

Lo primordial al igual que con los Bloqueos de primer grado es buscar e identificar la causa y tratarla. Si el Bloqueo AV de segundo grado tipo 1 se presenta de forma sintomática puede ser necesario el uso de Atropina para incrementar la frecuencia cardíaca.

Bloqueo AV de 2° grado tipo 2 o Mobitz 2.

Los Bloqueos AV de segundo grado de tipo Mobitz 2 esta definido como la presencia de una Onda P bloqueada asociada a Intervalos PR constantes. **A diferencia del tipo 1 en los Bloqueos AV de segundo grado tipo 2 no hay una prolongación progresiva del Intervalo PR.**

Los Bloqueos AV de 2° grado tipo 2 son menos frecuentes que los de tipo 1 y su presencia usualmente no se considera benigna. En la mayoría de los casos se les considera como la manifestación de una enfermedad grave o severa del Sistema de conducción del corazón.

Características del Bloqueo AV de 2° grado tipo 2.

La característica principal del Bloqueo AV de segundo grado de tipo 2 es la presencia de Intervalos PR constantes antes de una Onda P bloqueada o no conducida seguida de Intervalos PR de similar duración.

El Bloqueo AV de segundo grado de tipo Mobitz 2 cuenta con las siguientes características:

- Intervalos PR constantes antes y después de la Onda P bloqueada.
- Presencia de una única Onda P bloqueada o no conducida por ciclo.
- Intervalos PP e Intervalos RR constantes.
- El intervalo RR que incluye a la Onda P no conducida es similar a la suma de los 2 Intervalos PP anteriores.

Bloqueo AV de 2° grado tipo 2 en el Electrocardiograma.

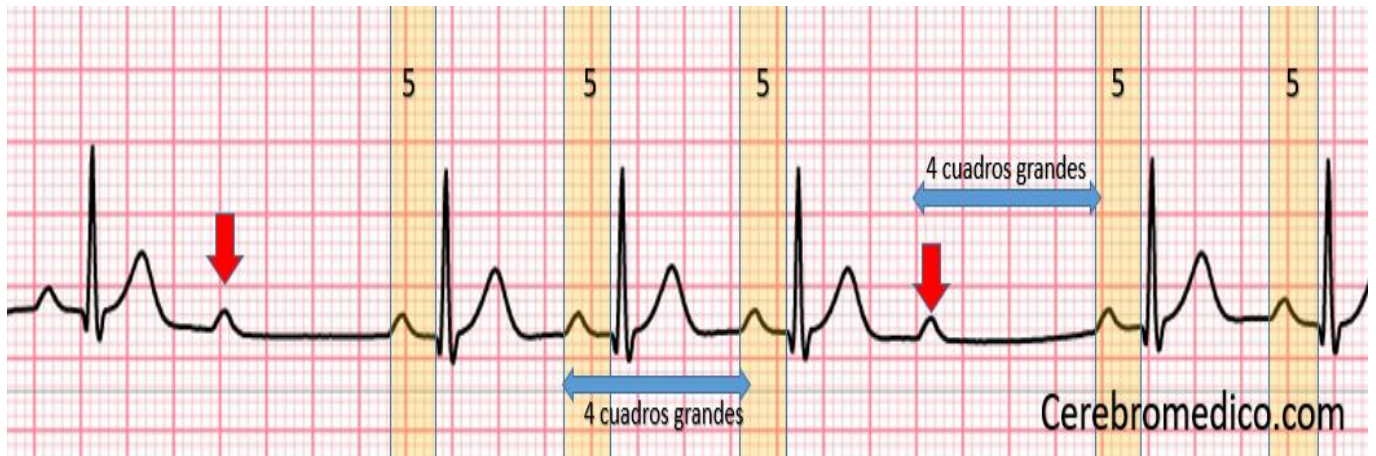


Figura 5 – Bloqueo AV de segundo grado tipo 2

En la Figura 5 podemos observar un Electrocardiograma en el que hemos marcado todas las características de un Bloqueo AV de segundo grado Mobitz 2. Se puede apreciar como los Intervalos PR (marcados en amarillo) tienen siempre la misma distancia. En este caso 5 cuadros pequeños. Por lo que se afirma que los Intervalos PR son constantes. Lo mismo ocurre por lo tanto con los Intervalos RR.

Se puede observar como existe la presencia de una única Onda P bloqueada o no conducida por ciclo (marcada con una flecha roja). La pausa generada por la Onda P bloqueada es igual al Intervalo PP anterior. Además el Intervalo RR que incluye a la Onda P bloqueada es de 37 cuadros pequeños. Y la suma de los 2 Intervalos PP anteriores es de 40 cuadros pequeños.

Causas del Bloqueo AV de 2° grado tipo 2.

A diferencia del tipo 1 el Bloqueo AV de 2° grado tipo 2 suele ser un problema en la conducción del impulso eléctrico por debajo del el Haz de His. Por lo que se les denomina Bloqueos AV infranodales. En la mayoría de los casos los Bloqueos AV de 2° grado tipo 2 se deben a una lesión importante en las ramas del haz. **La causa mas común del Bloqueo AV tipo 2 es un Infarto agudo de miocardio antiguo en la pared anterior.**

Tratamiento del Bloqueo AV de 2° grado tipo 2.

El Bloqueo AV de 2° grado de tipo 2 es un bloqueo considerado maligno. El Bloqueo AV de 2° tipo 2 puede evolucionar a un Bloqueo AV mas avanzado o inclusive a la Asistolia.

El tratamiento del Bloqueo AV de 2° grado tipo 2 es la colocación de un Marcapasos permanente. En el caso de los pacientes sintomáticos se recomienda además realizar una estimulación cardíaca temporal inmediata. Estos bloqueos, en especial los causados por un Infarto en la pared anterior no suelen responder a la Atropina. De hecho su uso no está recomendado en este tipo de bloqueo ni en los IAM. La Atropina puede exacerbar la isquemia o aumentar la Frecuencia Auricular. Lo que puede provocar un aumento en el grado de bloqueo o inducir a una Taquicardia o

Fibriliación Ventricular. En estos casos se puede utilizar Isoprenalina, Adrenalina o Dopamina.

Bloqueo AV de segundo grado tipo 2:1.

El Bloqueo AV de segundo grado de tipo 2:1 como su nombre lo indica es aquel que presenta un Intervalo PR con Onda P normal seguido de un ciclo con Onda P no conducida o bloqueada.

Recordemos que para poder identificar si un Electrocardiograma presente un Bloqueo AV de 2° grado de tipo 1 o de tipo 2 se requiere de la presencia o ausencia de la prolongación del Intervalo PR. Dado que en el Bloqueo AV de 2° grado de tipo 2:1 solo se encuentra un Intervalo PR antes del bloqueo no es posible determinar si el mismo es de tipo 1 o de tipo 2.

Bloqueo AV de 2° grado tipo 2:1 en el Electrocardiograma.



Figura 6 – Bloqueo AV de segundo grado 2:1

En la Figura 6 se puede observar un Electrocardiograma con un Bloqueo AV de 2° grado de tipo 2:1. En este Electrocardiograma se puede apreciar como después de cada ciclo normal con Intervalo PR normal aparece una Onda P no conducida o Bloqueada.

Tratamiento del Bloqueo AV de 2° grado tipo 2:1.

Lo primordial en este tipo de Bloqueo AV es identificar si el mismo es la evolución de un Bloqueo AV de 2° grado de tipo 1 o de tipo 2. Para identificar el tipo de Bloqueo se puede utilizar una tira de registro larga o un Holter de 24 horas. También es posible que el tipo de Bloqueo AV se revele utilizando Atropina o mediante una Prueba de esfuerzo.

La mayoría de los autores afirman que el Bloqueo AV de segundo grado de tipo 2:1 es una forma extrema del fenómeno de Wenckebach o tipo 1. Sin embargo, existe un considerable número de casos en los que el Bloqueo es de tipo 2. En cualquier caso el tratamiento más óptimo parece ser el mismo de cada tipo de bloqueo.

Uno de los principales aspectos en el manejo de los Bloqueos AV de segundo grado tipo 2:1 es determinar si el QRS es normal o se encuentra prolongado. **Cuando el origen es un Bloqueo AV de 2° grado de tipo 1 y los Complejos QRS son normales la presencia del tipo 2:1 suele ser transitoria.** En estos casos la Atropina parece ser un tratamiento eficaz. Si el Bloqueo AV de segundo

grado tipo 2:1 persiste o los Complejos QRS se encuentran prolongados la atropina no esta recomendada y la opción terapéutica mas acertada es el Marcapasos.

Bloqueo AV de segundo grado avanzado.

El Bloqueo AV de segundo grado de tipo avanzado es uno de los de peor pronostico. En este a diferencia de los anteriores Bloqueos AV existe la presencia de mas de una onda P bloqueada. Al igual que en el caso anterior cuando el Bloqueo AV de segundo grado se presenta en patrón 3:1 o mayor no es posible identificar si es la evolución de un Bloqueo AV de segundo grado de tipo 1 o tipo 2. Estos Bloqueos pueden cursar de forma simultanea con el Bloqueo AV 2:1.

Bloqueo AV de segundo grado avanzado en el Electrocardiograma.

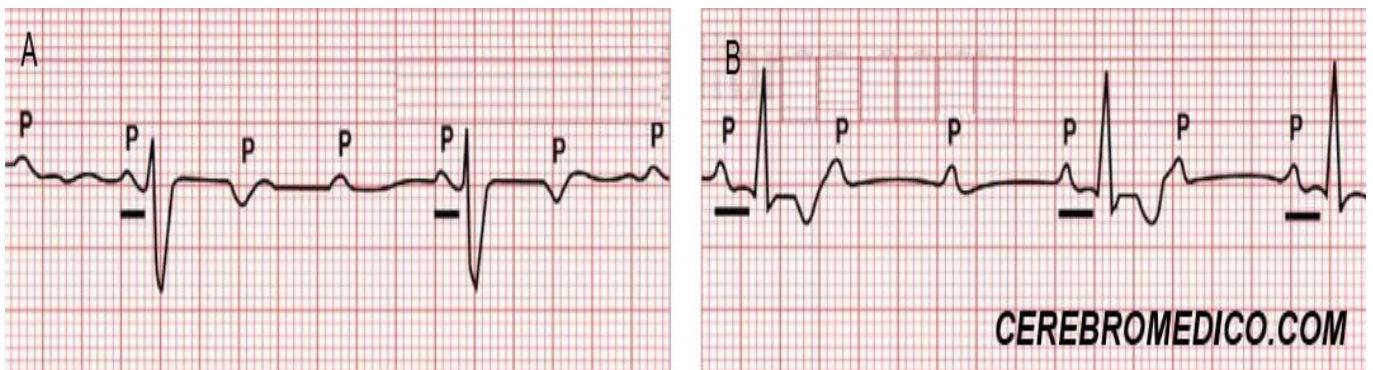


Figura 7 – Bloqueo AV de segundo grado avanzado

En la Figura 7 se muestra un Bloqueo AV de 2° avanzado. En el literal A se puede observar un Patron 3:1. Dentro del cual es posible observar la presencia de 2 Ondas P no conducidas seguidas de una sola Onda P e Intervalo PR normal. Mientras que en el literal B de la misma imagen se puede observar la presencia simultanea de un Bloqueo AV de segundo grado avanzado seguido de un Bloqueo AV de segundo grado de tipo 2:1.

Tratamiento del Bloqueo AV de segundo grado avanzado.

A diferencia de los anteriores, los Bloqueos AV de 2° avanzados no parecen responder a la Atropina y están mas relacionados a una exacerbación de los Bloqueos AV de 2° de tipo 2. Al igual que en los tipo 2:1, uno de los principales objetivos es determinar si el Complejo QRS se encuentra normal o prolongado.

Los Bloqueos AV de segundo grado avanzados con QRS normal parecen ser transitorios. En estos casos se debe vigilar al paciente y tratar de identificar si el Bloqueo AV de segundo grado de origen es de tipo 1 o de tipo 2, dado que el tratamiento se hace en base al Bloqueo AV de origen.

Existe un mayor riesgo de evolución hacia Bloqueos AV de tercer grado o inclusive a asistolia en los Bloqueos AV de segundo grado avanzado con Complejos QRS ancho o prolongado. En estos casos el tratamiento a seguir dependerá si el paciente presenta o no síntomas. En aquellos pacientes asintomáticos la opción terapéutica recomendada es la colocación de un Marcapasos permanente. Si el paciente se encuentra sintomático es recomendado realizar una estimulación

cardíaca temporal inmediata hasta conseguir una mejoría y poder colocar el Marcapasos permanente.

Bloqueo AV de tercer grado.

El Bloqueo AV de tercer grado o también llamado Bloqueo Auriculoventricular completo es aquel en el que existe una disociación completa entre las Aurículas y los Ventrículos. En términos más simples es el fallo completo en la conducción del impulso eléctrico desde las Aurículas hacia los Ventrículos. En respuesta a este proceso los Ventrículos son estimulados desde otro punto distal al bloqueo generando un Ritmo de escape.

Características del Bloqueo AV de tercer grado.

La principal característica del Bloqueo AV completo o tercer grado es la disociación entre el ritmo auricular y ventricular. Lo que genera un ritmo de escape. El Bloqueo AV de 3° grado entonces se caracteriza por:

- Ritmo Regular e Intervalos RR regulares.
- Intervalos PP regulares.
- Intervalos PR muy variables.
- Morfología QRS variable, generalmente mayor a 0.12 segundos.
- Ondas P y complejos QRS sin relación. Pueden existir Ondas P inscritas o montadas en la Onda T o Complejo QRS.

Ritmo de Escape en el Bloqueo AV completo.

Fisiologicamente las Aurículas son estimuladas por el Nodo Sinusal. El cual transmite el impulso eléctrico al Nodo Auriculoventricular. Luego por el Haz de His para generar la contracción Ventricular. En el Bloqueo Auriculoventricular este impulso puede estar retrasado como en los Bloqueos AV de primer y segundo grado o completamente bloqueado como en el Bloqueo AV de tercer grado.

Dado que las Aurículas no consiguen estimular a los Ventrículos el corazón desarrolla un fenómeno conocido como Ritmo de escape. Básicamente lo que sucede es que los Ventrículos utilizaran otro Marcapasos para poder estimular su contracción. De forma general este sitio se encuentra distal al lugar del bloqueo.

Ubicación del Bloqueo.

Recordemos que el Complejo QRS es la representación eléctrica de la despolarización y contracción ventricular. Entonces es gracias al QRS que se puede estimar el sitio de bloqueo. Cuando el QRS es estrecho lo más probable es que el Bloqueo se encuentra a nivel del Nodo AV. Mientras que si el Complejo QRS es ancho lo más probable es que este se encuentre en el Haz de His o en sus ramas.

Frecuencia Cardíaca en el Bloqueo AV de 3° grado.

Dado que en el Bloqueo AV de tercer grado o completo los Intervalos RR son regulares.

La Frecuencia Cardíaca se calcula igual que en un Electrocardiograma con Ritmo regular

(Puedes leer mas [aquí](#)). La Frecuencia Cardíaca en estos Bloqueos AV tiene un alto valor predictivo. En términos generales los Bloqueos AV de 3° grado que tienen Frecuencias cardíacas arriba de 40 latidos por minuto tienen mejor pronóstico que los que presentan frecuencias cardíacas por debajo de los 40 latidos por minuto.

Bloqueo AV de tercer grado en el Electrocardiograma.

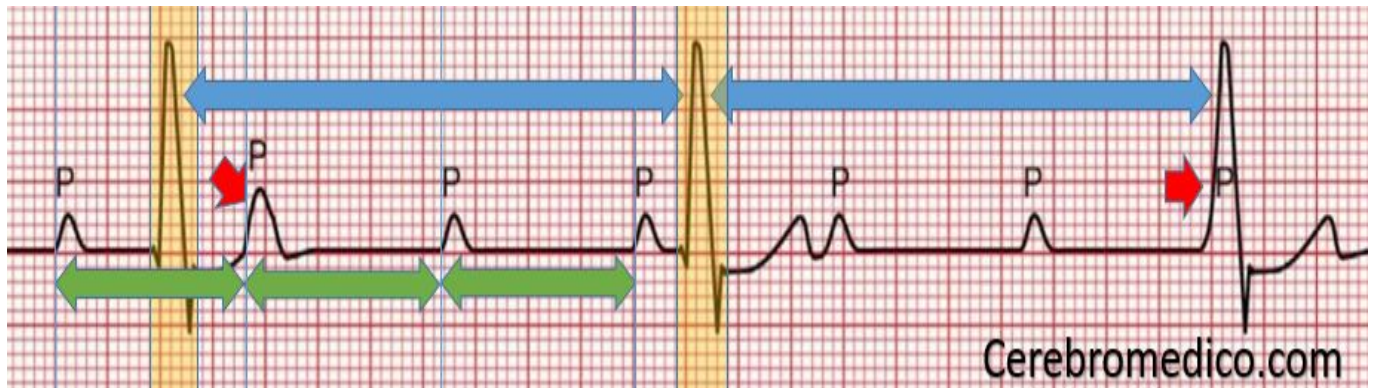


Figura 8 – Bloqueo AV de tercer grado

En la Figura 8 se puede apreciar un Electrocardiograma con un Bloqueo AV de tercer grado. Marcado con flechas de color azul se puede observar como el Intervalo RR es regular, lo que nos indica un aparente [Ritmo Regular](#). En este caso el Intervalo RR es de 48 cuadros pequeños, lo que se traduce en una [Frecuencia Cardíaca](#) de 31 latidos por minuto. Marcado con una flecha de color verde se puede apreciar el Intervalo PP. El cual es regular en el Bloqueo AV de tercer grado.

En la misma Figura 8 podemos ver que el Complejo QRS (marcado un rectángulo amarillo) tiene una duración de 5 cuadros pequeños, lo que se traduce en 0.20 segundos. En este caso muy probablemente el Bloqueo se encuentre a nivel del Nodo AV. Además en el mismo Electrocardiograma se puede apreciar la pérdida de relación entre el ritmo auricular (Ondas P) y el ritmo ventricular (Complejos QRS). Marcados con una flecha roja se encuentran las Ondas P inscritas o montadas sobre otras ondas. En este caso de izquierda a derecha podemos ver una Onda P inscrita sobre una Onda T y una Onda P inscrita en un Complejo QRS, al cual además modifica su morfología.

Causas del Bloqueo AV de tercer grado.

Los Bloqueos AV de tercer grado o completos pueden clasificarse en 2 grandes grupos dependiendo del origen de su etiología. Estos pueden ser Bloqueos AV de tercer grado de origen Congénito y Bloqueos AV de tercer grado adquiridos.

El Congénito usualmente se caracteriza por presentar frecuencias con ritmo de escape de entre 40 y 60 lpm y el Complejo QRS suele ser estrecho. Estos se consideran más benignos y pueden ser transitorios. Mientras que en los Bloqueos AV de tercer grado adquiridos la frecuencia suele ser de entre 20 y 40 latidos por minuto con Complejos QRS anchos. Estos son considerados de peor pronóstico y de carácter crónico.

Si el Bloqueo AV de tercer grado tiene características de ser transitorio sus causas más probables son; Infartos de la pared inferior o del Ventrículo Derecho, Fiebre Reumática, Cardiopatías

Isquémicas, Aumento en el Tono Vagal, Hiperpotasemia y la intoxicación por ciertos fármacos como digitalicos, bloqueadores beta y antagonistas del calcio.

Mientras que si el Bloqueo AV de tercer grado es crónico o permanente las causas mas probables son; Infarto al Miocardio de la Pared anterior y degeneraciones crónicas Haz de His.

Tratamiento del Bloqueo AV de tercer grado.

El principal síntoma relacionado con los Bloqueos AV de tercer grado es el Sincope. De forme general los pacientes que presentan un Bloqueo AV de 3° grado y que aun no tienen Marcapasos tienen un mal pronostico. Se estima que el indice de supervivencia al primer año es menor al 50% sin un Marcapasos.

Los Bloqueos AV de tercer grado con frecuencias mayores a 40 latidos por minuto y Complejos QRS estrechos parecen responder ocasionalmente a la Atropina. Sin embargo en cualquier de los casos el tratamiento mas recomendado es la implantación de un Marcapasos permanente.

Los Bloqueos AV de tercer grado con Complejos QRS anchos y frecuencias menores a 40 latidos por minuto tienen peor pronostico. En estos casos si el paciente se presenta sintomático es necesario realizar una estimulación cardíaca temporal inmediata y proceder a la implantación de un Marcapasos Permanente o Definitivo.

[su_box title=»????? Aspectos Clave de los Bloqueos Auriculoventriculares. ?»
box_color=»#004cd4?]

- El Bloqueo AV de Primer Grado en la mayoría de los casos es inofensivo. Su principal causa es el uso de los Fármacos Antiarrítmicos.
- Los Bloqueos AV de Segundo Grado se divide en tipo 1 y tipo 2. El Bloqueo AV de 2° tipo 1 o también llamado Fenómeno Wenckebach suele ser asintomático y no requiere tratamiento.
- **El Bloqueo AV de 2° tipo 2 se diferencia del tipo 1 por no presentar una Prolongación progresiva del Intervalo PR. Su principal causa es un IAM antiguo en la pared anterior. ??**
- El tratamiento de los Bloqueos AV de 2° tipo 2 y de tercer grado es la colocación de un Marcapasos permanente.

[/su_box]

Referencias consultadas

[su_spoiler title=»Ver refernecias» icon=»plus-circle»]

- Vogler Julia, Breithardt G, Eckardt Lars. (2012). Bradíarritmias y bloqueos de la conducción en *Revista Española de Cardiología*, 656-667.
- David D. Spragg, Gordon F. Tomaselli. (2012). Bradíarritmias en En D. L. Longo, Fauci S. A, Kasper L. D, Hauser L. S, Jameson L. J, Loscalzo J, *Harrison Principios de Medicina Interna* (págs. 1870-1877). Mexico: McGraw Hill Mexico.
- CENETEC (2015). Bloqueo Auriculoventricular, Indicaciones para Marcapasos Permanente, en *Guía de referencia rápida para el Bloqueo Auriculo Ventricular*, 3-9.
- Keith Wesley. (2013). Bloqueos Auriculoventriculares en Huszar Arritmias Interpretacion y Manejo (págs. 135-147). Barcelona. ElSeiver España.

[/su_spoiler]

Categoría

1. Electrocardiograma

Fecha de creación

06/06/2018

Campos meta

Audience : <http://schema.org/Clinician> **Autor** : Hugo Parrales M.D