

Bloqueo AV completo o de tercer grado en el ECG: disociación AV, ritmo de escape y cuándo poner marcapasos

QUÉ HACER EN URGENCIAS

1. Valorar la estabilidad · Son signos de riesgo vital el shock (hipotensión con mala perfusión), el síncope, la isquemia miocárdica y la insuficiencia cardíaca grave

Guía ERC 2025

2. Monitorizar y preparar la estimulación · Monitor continuo, vía venosa, ECG de 12 derivaciones con una tira larga de II y parches de estimulación transcutánea colocados, sin estimular mientras el escape se mantenga

Guías ERC 2025 y ACC/AHA/HRS; Javier Higuera

3. Con signos de riesgo vital · Atropina si el QRS es estrecho; si no responde, o con QRS ancho, isoprenalina o adrenalina y estimulación transcutánea como puente a la transvenosa, cuanto antes

Guía ERC 2025; estimulación transvenosa si no responde a los cronotrópicos (ESC 2021, I, C)

4. Sin signos de riesgo vital · Con QRS ancho, el riesgo de asistolia pide ayuda experta y preparar la estimulación transvenosa; con QRS estrecho y escape estable, observación monitorizada

Guía ERC 2025

5. Buscar la causa · Fármacos frenadores y digoxina, potasio, signos de infarto en el ECG, cirugía o TAVI recientes, exposición a garrapatas

Guías ESC 2021 y ACC/AHA/HRS

6. Avisar e ingresar · Cardiología de guardia para la estimulación temporal y la indicación de marcapasos; el bloqueo completo nuevo se queda monitorizado hasta el implante

Marcapasos aunque no haya síntomas (ESC 2021, I, C); las guías no fijan criterios de ingreso

EL RITMO DE ESCAPE

Elaborada con la guía ACC/AHA/HRS 2018, el capítulo de StatPearls, la guía ERC 2025 y las soluciones de Javier Higuera en el Aula ECG, que da las cifras de QRS y de frecuencia como orientativas

Rasgo	Escape alto (nodo AV o haz de His)	Escape bajo (por debajo del haz de His)
Dónde nace	En la unión AV	En los fascículos o en el miocardio ventricular
QRS	Estrecho, o igual al de base si ya había un bloqueo de rama	Ancho (120 ms o más) y distinto del de base
Frecuencia	Más rápida: un QRS ancho a más de 40 lpm todavía puede ser un escape alto	Más lenta: un QRS ancho a menos de 40 lpm orienta a un escape bajo
Estabilidad	Más fiable	Imprevisible: con QRS ancho, la ERC lo considera riesgo de asistolia
Atropina e isoprenalina	Suele responder	La atropina no es eficaz y puede empeorar el bloqueo; las catecolaminas, a veces

Bloqueo completo con QRS ancho: riesgo de asistolia

El algoritmo de bradicardia de la ERC cuenta el bloqueo completo con QRS ancho, el Mobitz 2, la asistolia reciente y las pausas ventriculares de más de 3 segundos como riesgo de asistolia. Aunque el paciente esté estable, pide medidas provisionales, ayuda experta y preparar la estimulación transvenosa. En el bloqueo de alto grado con QRS ancho no se da atropina: no es eficaz y puede empeorarlo.

BLOQUEO AV COMPLETO EN EL ECG: CRITERIOS Y DIFERENCIAS CON EL 2:1 Y EL ALTO GRADO

Elaborada con las definiciones de la guía ACC/AHA/HRS 2018 y las soluciones de Javier Higuera en el Aula ECG

Criterio	Bloqueo AV completo	Bloqueo de alto grado	Bloqueo 2:1 o 3:1
¿Conduce alguna P?	Ninguna	Alguna; dos o más seguidas, no	Una de cada dos o de cada tres
PR de la P que precede a cada QRS	Distinto en cada latido	Fijo en los latidos conducidos, normal o algo largo; variable antes de los escapes	Siempre el mismo
Ritmo de los QRS	Regular	Irregular: el latido conducido se adelanta al escape	Regular
Forma de los QRS	Todos iguales: son escapes	El conducido suele ser distinto de los escapes	Todos iguales: son conducidos
Frecuencias	La auricular, mayor que la ventricular y sin relación fija con ella	La auricular, mayor que la ventricular	La auricular, el doble o el triple exacto de la ventricular