

# TAQUICARDIA PAROXISTICA SUPRAVENTRICULAR

Autores. - Dra. Rosvinda Crespo

Dra. Claudia Barrionuevo

Revisión. - Dr. Mauricio Arce

## I. DEFINICION

Se considera supraventriculares a las taquicardias cuya estructura se encuentra comprendida encima del Haz de His. Estas taquicardias activan los ventrículos por el sistema de conducción, originando un QRS igual al sinusal (normalmente estrecho), excepto en los casos en que haya bloqueo de rama preexistente o aberrancia de conducción, condiciones en las cuales presentan el QRS largo. Tiene inicio y termino súbito (forma paroxística), con duración variable (segundos a horas). Con frecuencia cardiaca entre 150 a 200 lpm. En la mayoría de las veces ocurre en individuos no cardíopatas y es la más común en las unidades de emergencias.

## II..ETIOLOGIA

Es posible que no haya un desencadenante evidente. Algunos factores pueden provocar o causar un episodio:

enfermedad tiroidea

tabaquismo

uso de drogas, como la cocaína y las metanfetaminas

consumo excesivo de cafeína.

### III. CLASIFICACION

Taquicardia auricular monofocal y multifocal

Taquicardia supraventricular por reentrada nodal.

Taquicardia supraventricular por reentrada auriculoventricular

### IV. MANIFESTACIONES CLINICAS

palpitaciones

disnea

sudoración

mareos

dolor precordial

sincope.

### V. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

En este caso, para registrar e identificar la taquicardia, el examen que presenta mejor relación costo-beneficio es el electrocardiograma convencional de 12 derivaciones. Cuando esto no es posible, se puede registrar un episodio espontaneo por estudio Holter .

Se debe considerar el estudio electrofisiológico para la investigación de pacientes en los cuales se tiene clínica evidente de episodios paroxísticos pero no se han registrado los mismos en ningún momento

Se debe considerar el registro de eventos a largo plazo ( loop recorder) ya sea externo o implantable en pacientes con sintomatología y en los cuales no se pudo registrar la arritmia en el holter de 24 h

## VI. DIAGNOSTICO

Sintomatología y electrocardiográfico, en donde los complejos QRS son estrechos, con ritmo regular. La relación P-QRS es importante para el diagnostico de la taquicardia.

En la taquicardia por reentrada intranodal (TRIN) el ritmo es regular , la relación QRS es 1 a 1 , generalmente la activación auricular y ventricular son simultaneas y las ondas P no son visibles (60% de los casos); si las ondas p son visibles están muy cerca del QRS o formando un empastamiento al final de este el PR es menor al RP, puede haber una pseudo R en V1 o AVR

En la taquicardia por reentrada auriculoventricular (TRAV) cuando la taquicardia es ortodromica ( el impulso baja por el sistema de conducción y sube por la vía accesoria) se presenta una taquicardia regular, la activación atrial retrograda es más tardía que la ventricular, las ondas P aparecen posteriores al QRS, generalmente marcando la porción final de la onda R o modificando el punto J (30% de los casos). El RP es más corto que el PR, la relación PR es siempre 1 a 1 y en algunos casos puede verse alternancia eléctrica

En el caso de la taquicardia antidrómica ( el impulso baja por la vía accesoria y sube por el sistema de conducción) tendremos una taquicardia de QRS ancho regular, con concordancia totalmente positiva o totalmente negativa, con relación P- QRS siempre 1 a 1 y si la onda P es visible estará alejada del QRS previo, en este tipo de taquicardia se debe hacer el diagnóstico diferencial con la taquicardia ventricular monofocal.

En el caso de la taquicardia auricular se pueden ver ondas P diferentes a las del ritmo sinusal de una sola morfología en caso de la taquicardia auricular monofocal y de más de 3 morfologías distintas en la taquicardia auricular multifocal las ondas p antes, superpuestas o después del QRS y pueden presentar p distintos grados de bloqueo auriculoventricular si esto pasa las ondas p tienen línea isoelectrica entre si.

## VII. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Flutter auricular

Fibrilacion auricular

Taquicardia ventricular

Taquicardia sinusal

## VIII. TRATAMIENTO

### 1. EPISODIO AGUDO

Realización de maniobras vasovagales, excepto en los pacientes con sospecha o confirmación de enfermedad aterosclerotica carotidea;

Caso ese procedimiento no resulte en la reversión de la arritmia la droga de elección es la adenosina, en la dosis de 6 a 12 mg endovenosa en bolo;

En caso de que la adenosina no revierta el episodio se puede emplear amiodarona 5mg/kg, endovenosa . diluida en 250 ml de solución dextrosa al 5 % en bolo y posteriormenmte 15 mg/kg diluida en sol dextrosa al 5 % para 24 horas

La cardioversión eléctrica es reservada para pacientes con alteraciones hemodinámicas importantes o cuando las otras medidas fallan.

## 2. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO A LARGO PLAZO

Se mencionan los fármacos disponibles en nuestro medio

Amiodarona 200 mg dia

Propafenona: (solo en pacientes sin cardiopatía estructural relevante) 150-300 mg 3 veces al día

Bisoprolol: 1,25-20 mg 1 vez al día o en 2 tomas

Carvedilol: 3,125-50 mg 2 veces al día\*

Metoprolol: Dosis diaria total: 100-200 mg\*

Verapamilo: 40-120 mg 3 veces al día (120-480 mg 1 vez al día en caso de preparados de liberación lenta)\*

Atenolol: 25 a 100 mg dosis diaria\*

Los betabloquantes y bloquantes de canales de calcio deben evitarse en pacientes que tengan vías accesorias con antecedentes de episodios previos de fibrilación auricular ya que se puede facilitar el desarrollo de FA preexitada)

### 3. ABLACION POR RADIOFRECUENCIA

Se ha demostrado que la ablación por radiofrecuencia para el tratamiento de la taquicardia paroxística supraventricular es altamente efectiva. (porcentaje de éxito alrededor de 80%)

Debe ser indicada preferentemente en pacientes con episodios recidivantes, que presenten taquicardia incluso con medicación, pacientes que no deseen seguir tomando medicación, pacientes con vías accesorias y episodios de FA y según elección del paciente y criterio médico.

### VIII. COMPLICACIONES

Isquemia cardiaca por alteración en la oferta y demanda

Insuficiencia cardiaca aguda

Inestabilidad hemodinámica

### IX. CRITERIOS DE HOSPITALIZACION

Tendrá indicación necesaria cuando las crisis son recurrentes o difícil control, o con signos de inestabilidad hemodinámica.

### X. CRITERIOS DE REFERENCIA

Deben transferirse a los servicios de urgencias los casos agudos

Una vez controlada la crisis aguda, deben referirse a consulta externa, para considerar tratamiento farmacológico o estudio electrofisiológico y ablación por radiofrecuencia.

#### XI. CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA

Controlado el cuadro agudo y habiéndose obtenido estabilidad hemodinámica

#### XII. BIBLIOGRAFIA

Knobel E. Terapia Intensiva: Cardiología. 1ra Ed. Sao Paulo, Atheneu, 2002. p. 179-197.

Soares Piegas L. Armaganijan D. Timerman A. Conduas Terapeuticas do Instituto DANTE PAZZANESE de Cardiología. Sao Paulo, Atheneu, 2006. p. 595-604.

Almendral Garrote J. , Marín Huerta E, Medina Moreno o,l Peinado Peinado R, Pérez Álvarez L, Ruiz Granell R. y cols Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en arritmias cardíacas Rev Esp Cardiol. 2001;54:307-67 - Vol. 54 Núm.03

Paige R, Joglar J, Cladwell M, Clakins H, Conti J, y cols Management of Adult Patients With Supraventricular Tachycardia, J Am Coll Cardiol 2016;67:e27–115.