

## Taquicardia Paroxística Supraventricular

Guillermo Schwartz<sup>1</sup>, Jorge Scaglione<sup>1</sup>

### Introducción

La taquicardia paroxística supraventricular representa un conjunto de taquicardias originadas por encima del nódulo auriculoventricular (o en el mismo), de inicio y terminación bruscos, cuya manifestación electrocardiográfica común es el complejo QRS angosto (aunque no de forma excluyente).

La clínica puede ser variable (mareos, palpitaciones, irritabilidad en lactantes, etc.), aunque habitualmente no generan descompensación hemodinámica (característica más frecuentemente encontrada en las arritmias ventriculares).

Se admiten distintos mecanismos en su génesis, siendo los más aceptados la reentrada o el automatismo. En general se presentan en pacientes sin cardiopatía estructural. En pacientes con cardiopatías estructurales suelen ocurrir en contexto de complicaciones posteriores a cirugías, ya sean tempranas o tardías. En estos pacientes es de gran utilidad conocer el ECG previo, por la mayor prevalencia de bloqueos de rama previos u otras alteraciones.

### Características en el ECG

- Frecuencia cardíaca elevada para edad y contexto clínico (fiebre, anemia, etc.). Ver más adelante tabla orientativa.
- Onda P:
  - Presente (no sinusal). Preceden a los QRS o retroconducidas.
  - Ausente.

- QRS:
  - Habitualmente angostos.
  - Menos frecuentemente se observa ensanchado, ya sea por conducción aberrante o trastornos de la conducción intraventricular previos

### Datos útiles

Siempre es recomendable obtener/registrar los siguientes antecedentes:

- Saber si estamos frente a un paciente con corazón estructuralmente sano o si tiene cardiopatías, cirugías/intervenciones cardíacas previas, etc.
- Exposición/uso de fármacos/tóxicos.
- Siempre que se pueda, tener un ECG de base.
- Recordar los valores normales de frecuencia cardíaca en pediatría (Tabla 1)

### Manejo inicial escalonado

Lo primero es identificar una taquicardia con QRS angosto, excluyendo la sinusal.

En general el escenario clínico admite una atención oportuna y ordenada, por lo que se propone un manejo general, considerando las causas más frecuentes, el cual se puede ajustar al paciente y las circunstancias (tener en cuenta la diferencia entre un paciente sin antecedentes que consulta por palpitaciones, versus una taquicardia en el post-operatorio de una cirugía cardiovascular):

<sup>1</sup>Departamento Cardiología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

- Maniobras vagales (pañó frío sobre la cara; Valsalva).
- Adenosina 0,1 mg/Kg (máximo 6 mg) EV en bolo rápido (utilizando la llave de tres vías, para empujar el bolo de adenosina pura con solución fisiológica). Se puede repetir dosis de 0,2 mg/Kg (máximo 12 mg).
- Amiodarona 5 mg/kg en carga EV lenta (a pasar en una hora), máximo 300 mg.

Una vez resuelta la taquiarritmia y restaurado el ritmo sinusal, se sugiere iniciar tratamiento de mantenimiento con betabloqueantes (en el caso que la arritmia resuelva en alguno de los primeros dos escalones) o amiodarona (si se llega al tercer escalón del manejo).

**Tabla 1. Valores normales de frecuencia cardíaca en pediatría (tabla orientativa)**

Edad	Frecuencia cardíaca (latidos por minuto)		
	Descansando (despierto)	Descansando (durmiendo)	Ejercicio o fiebre
Recién nacidos	100 - 180	80 - 160	Hasta 220
1 semana a 3 meses	100 - 220	80 - 200	Hasta 220
3 meses a 2 años	80 - 150	70 - 120	Hasta 200
2 años a 10 años	70 - 110	60 - 90	Hasta 220
10 años a adultez	55 - 90	50 - 90	Hasta 220

**Imagen 1. Trazado ECG de TPS, donde se observa una FC de 300 lpm, con QRS angosto, sin onda P.**

