

# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS TAQUICARDIAS PAROXÍSTICAS SUPRAVENTRICULARES EN LA INTERNACIÓN.

*I Congreso de Medicina Interna Pediátrica*

**Año 2016**

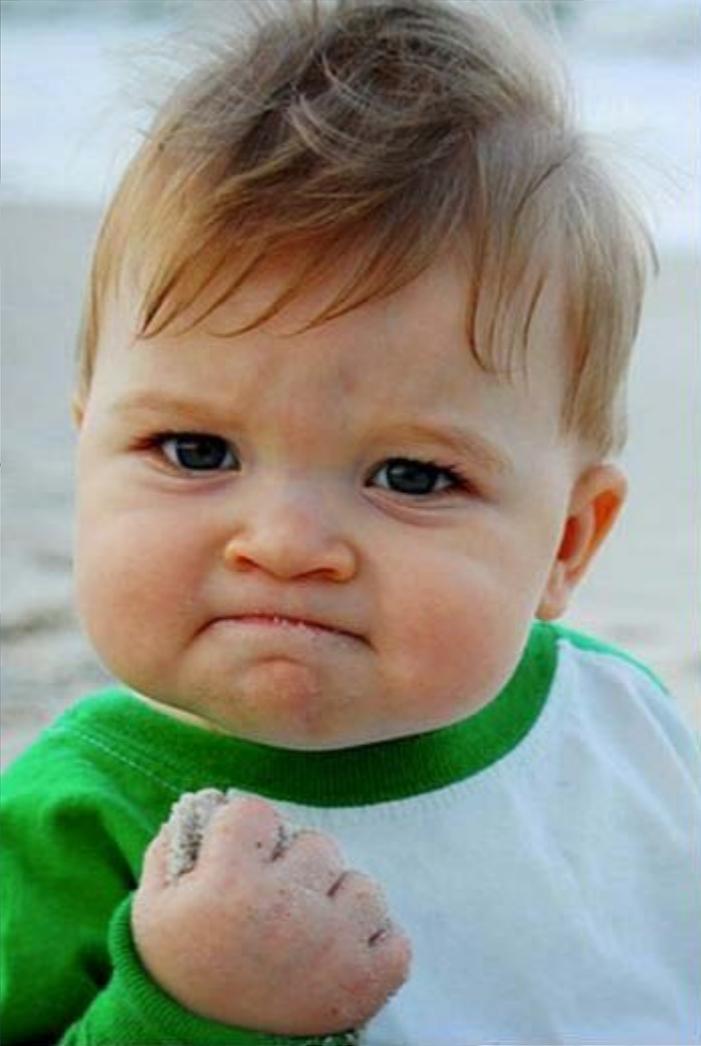
*Dr. Sebastian Maldonado*

*Servicio de electrofisiología pediátrica. Hospital Nacional Juan Pedro Garrahan.*

*Servicio de electrofisiología pediátrica. Hospital Italiano de Bs. As.*

*Servicio de electrofisiología pediátrica. Hospital Alemán*

[docseba79@hotmail.com](mailto:docseba79@hotmail.com)



# Objetivos

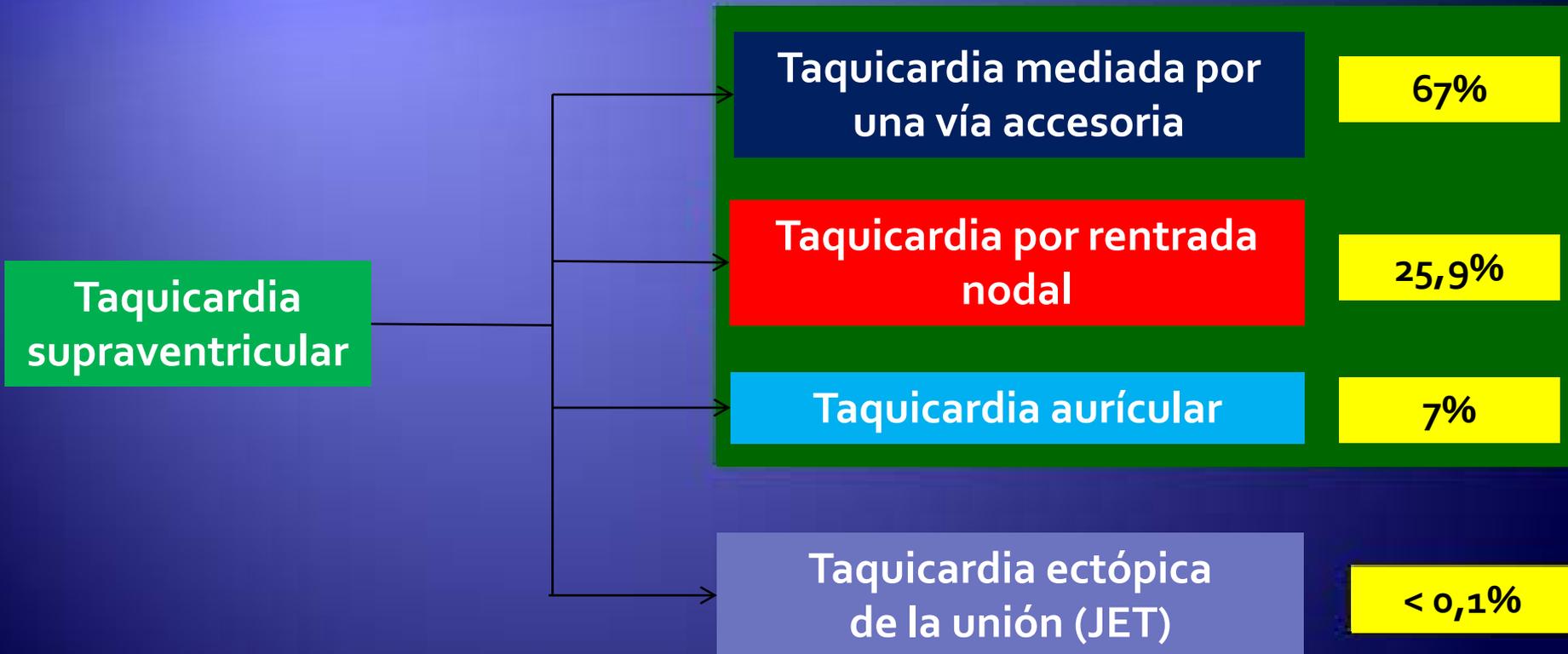
- ◆ Reconocer en el ECG las TSV más frecuentes en pediatría
- ◆ Comprender su fisiopatología
- ◆ Conocer el enfoque terapéutico de las TSV en la emergencia.

# TAQUICARDIA PAROXISTICA SUPRAVENTRICULAR

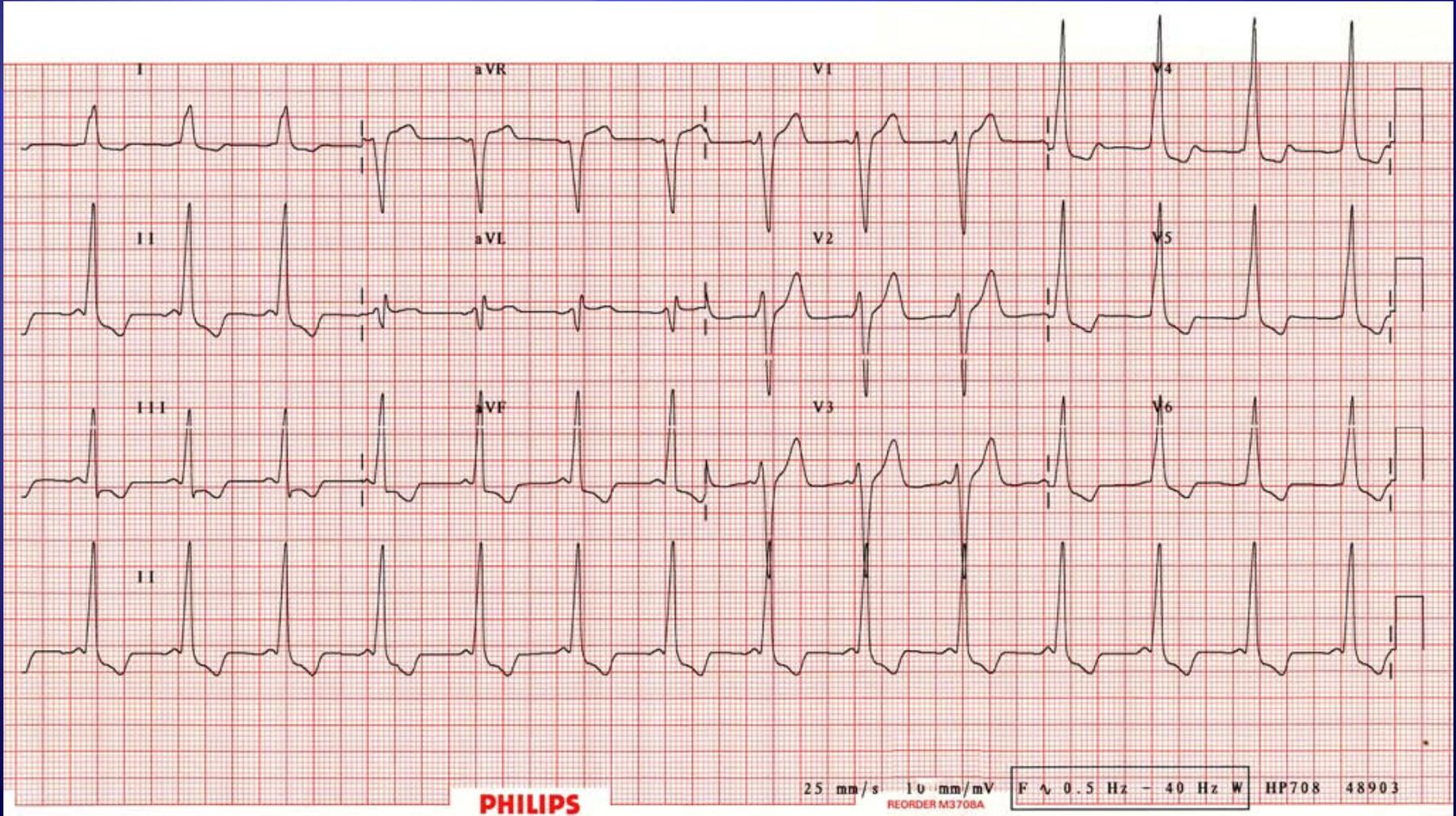
## Definición:

- ◆ Ritmo acelerado para la edad, resultante de un mecanismo anormal, que se origina por encima de la bifurcación del haz de His, sin morfología de aleteo o fibrilación auricular en el ECG.
- ◆ FC > percentilo 95% para la edad.

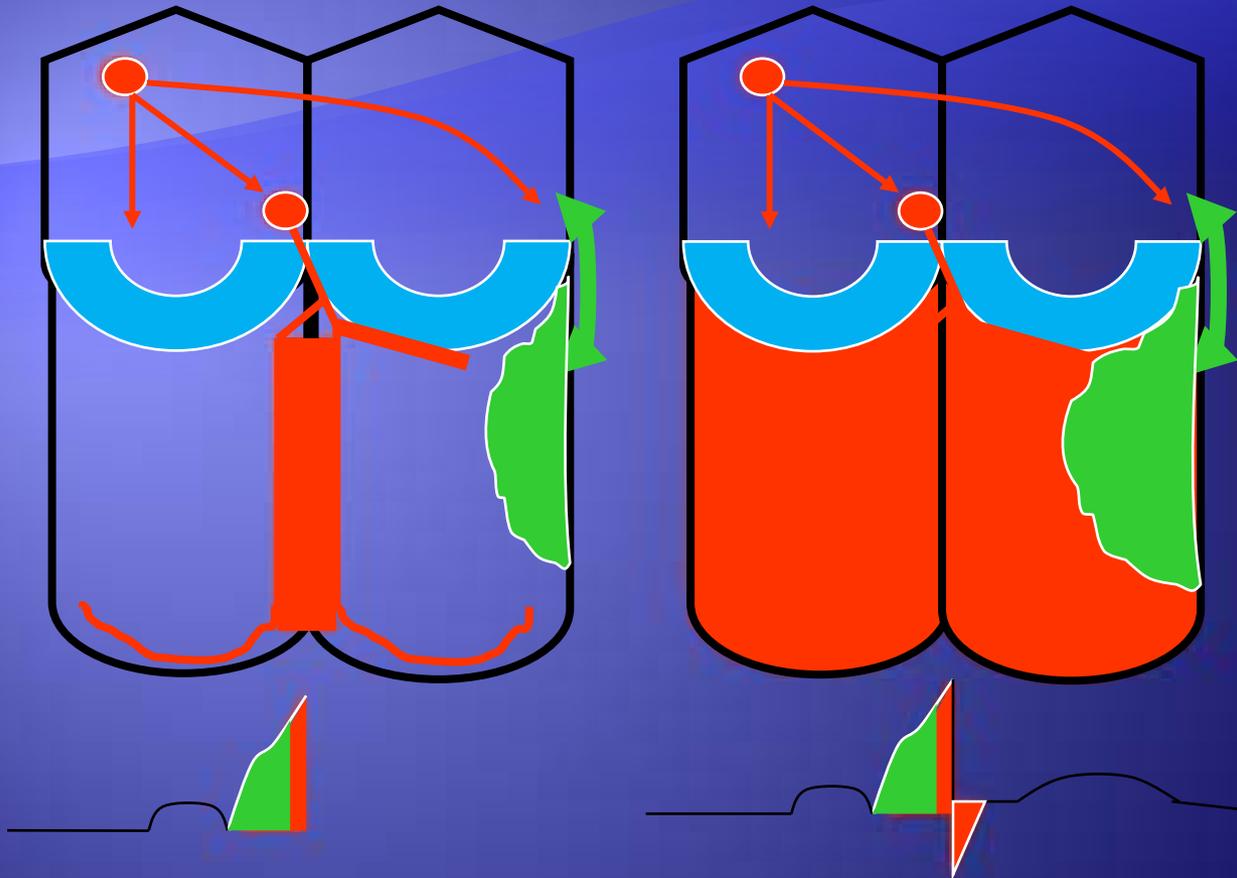
# Clasificación simplificada de las taquicardias supraventriculares



# Sme Wolff Parkinson White

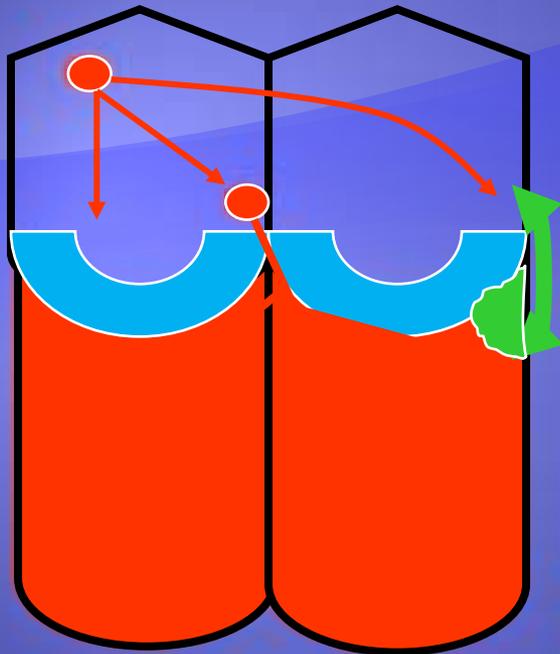


B

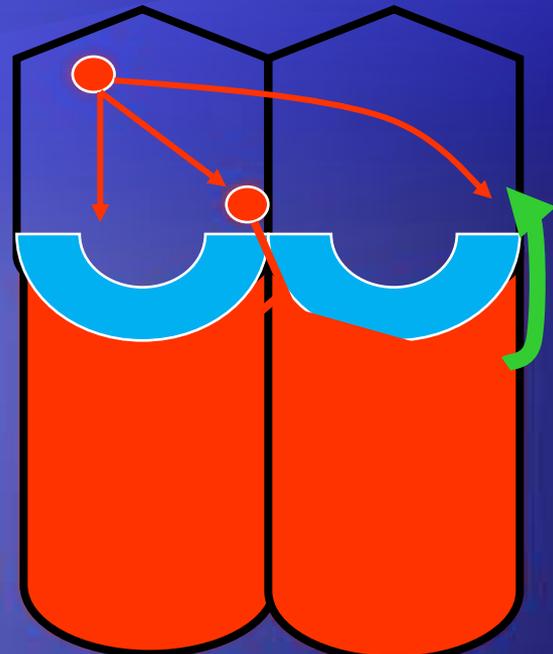


WPW manifiesto

C



WPW Latente



Via retrograda



WPW oculto

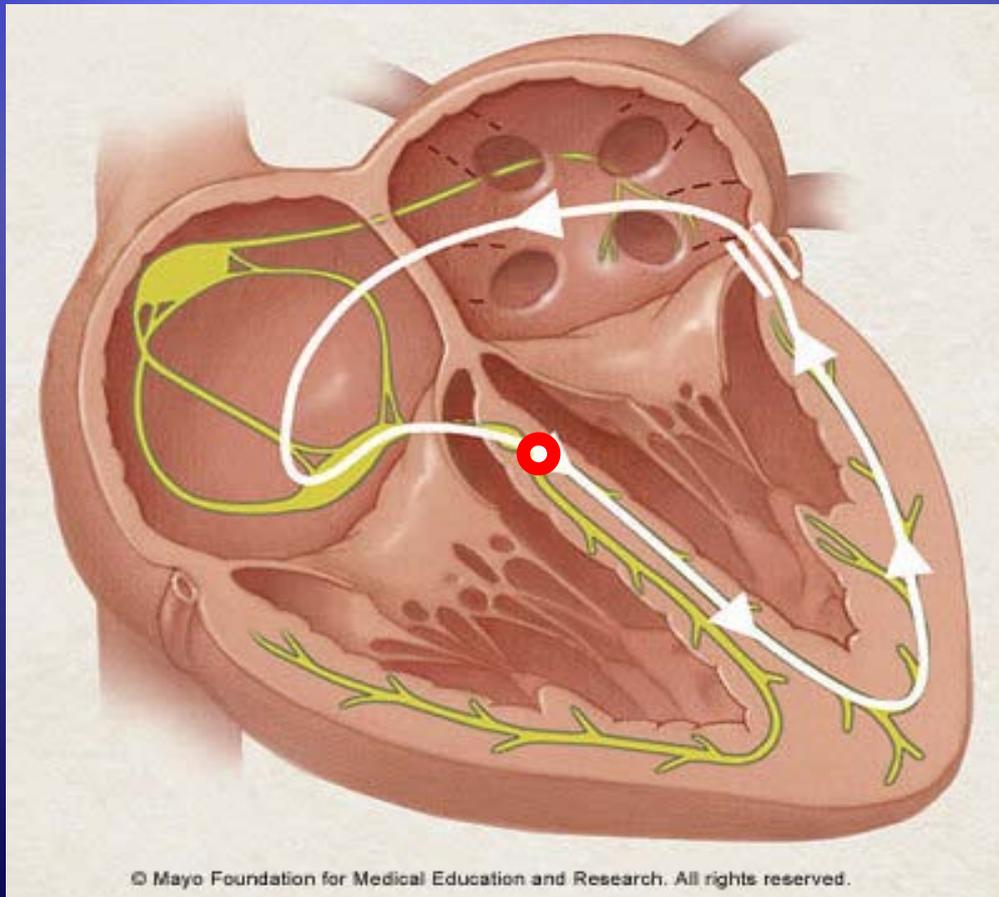
# Sme Wolff Parkinson White

- **Formas de presentación:**
  - Hallazgo
  - Taquicardia paroxística supraventricular (TPS)
  - Fibrilación Auricular (FA)
  - Disfunción ventricular por disincronía
  - Muerte súbita

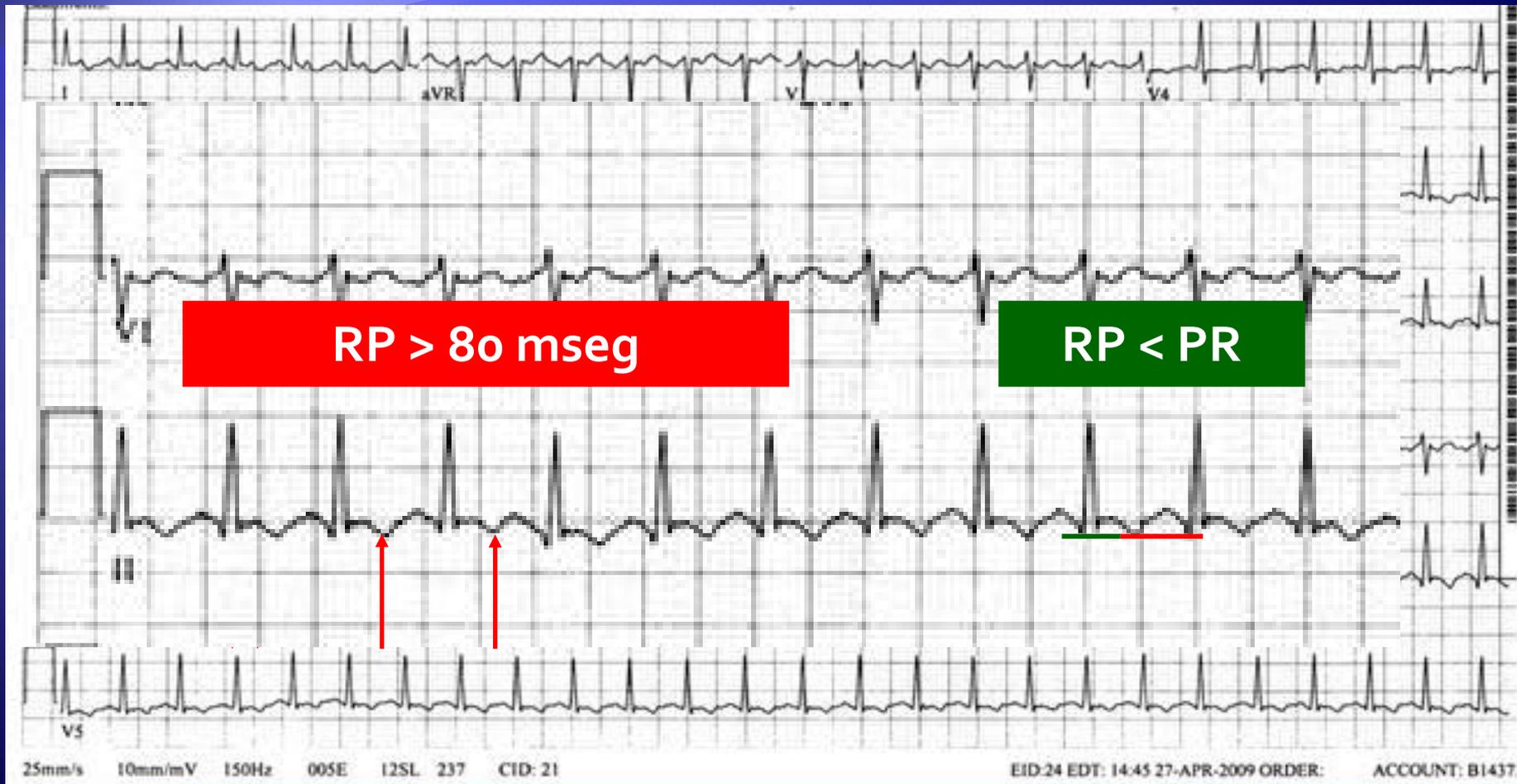
# Sme Wolff Parkinson White

- Primera causa de taquiarritmia fetal. (90% desaparece los episodios de TSV dentro del año de vida, recurriendo en el 30% de los casos luego de los 5 años)
- En el 40 % de los casos al año de vida desaparece la vía accesorio.
- En aquellos en los que al año de vida persiste WPW en el ECG tienen 30 veces más riesgo de presentar TSV en el seguimiento.
- En aquellos que la TSV se manifiesta luego del año de vida presentan un 90% de recurrencia.

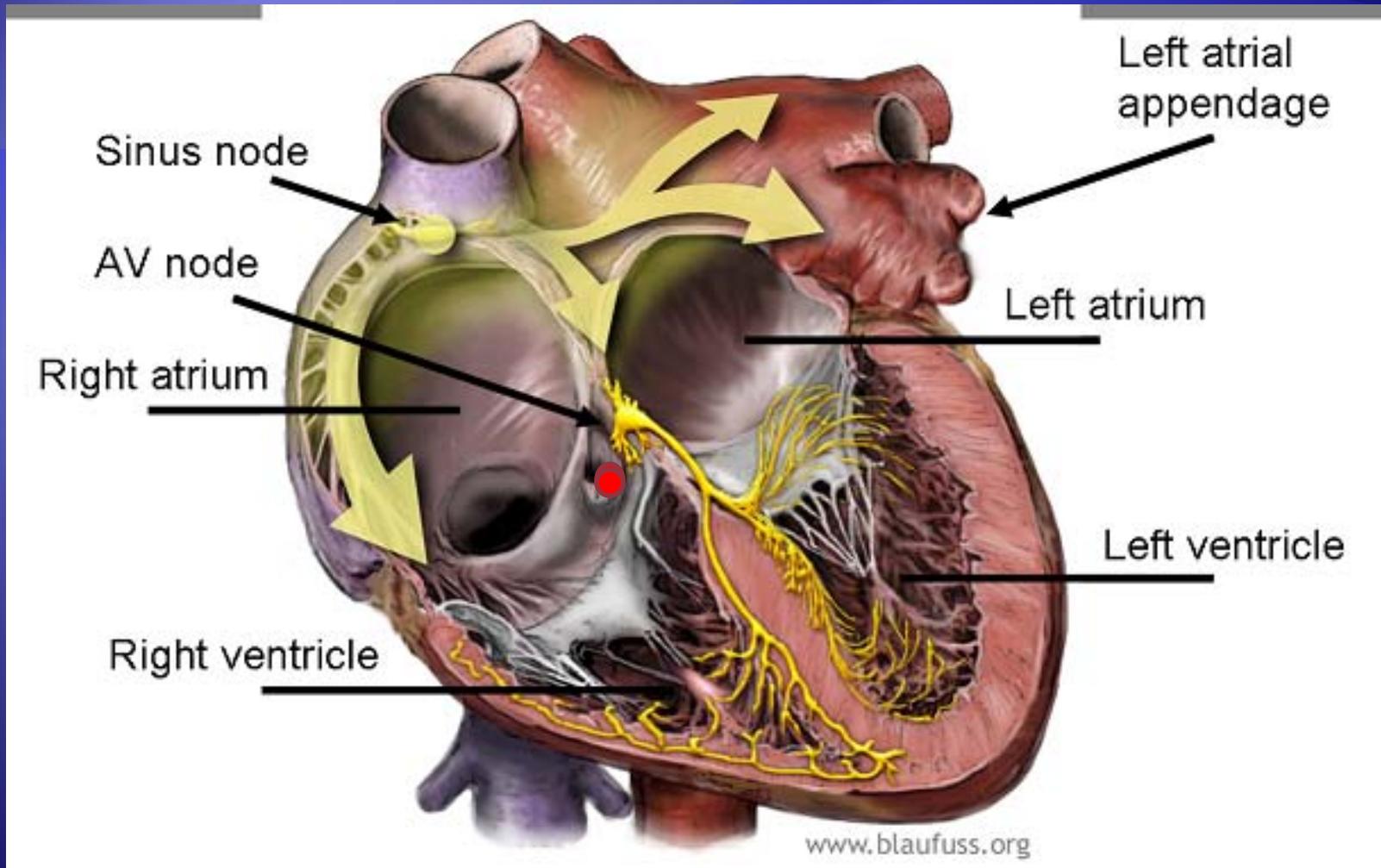
# Taquicardia por reentrada AV a través de vía accesoria (Ortodrómica)



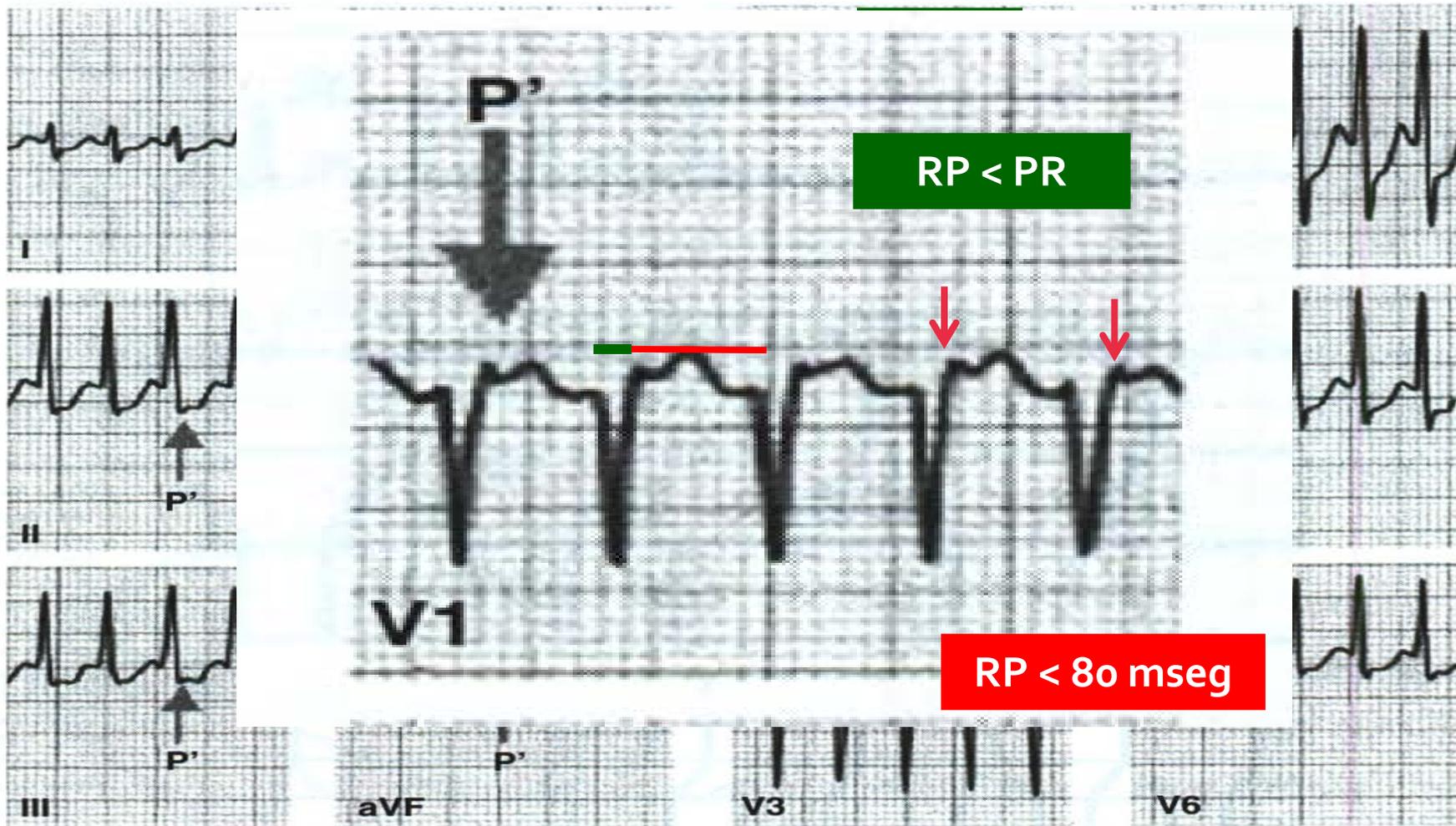
# Taquicardia por reentrada AV a través de vía accesoria



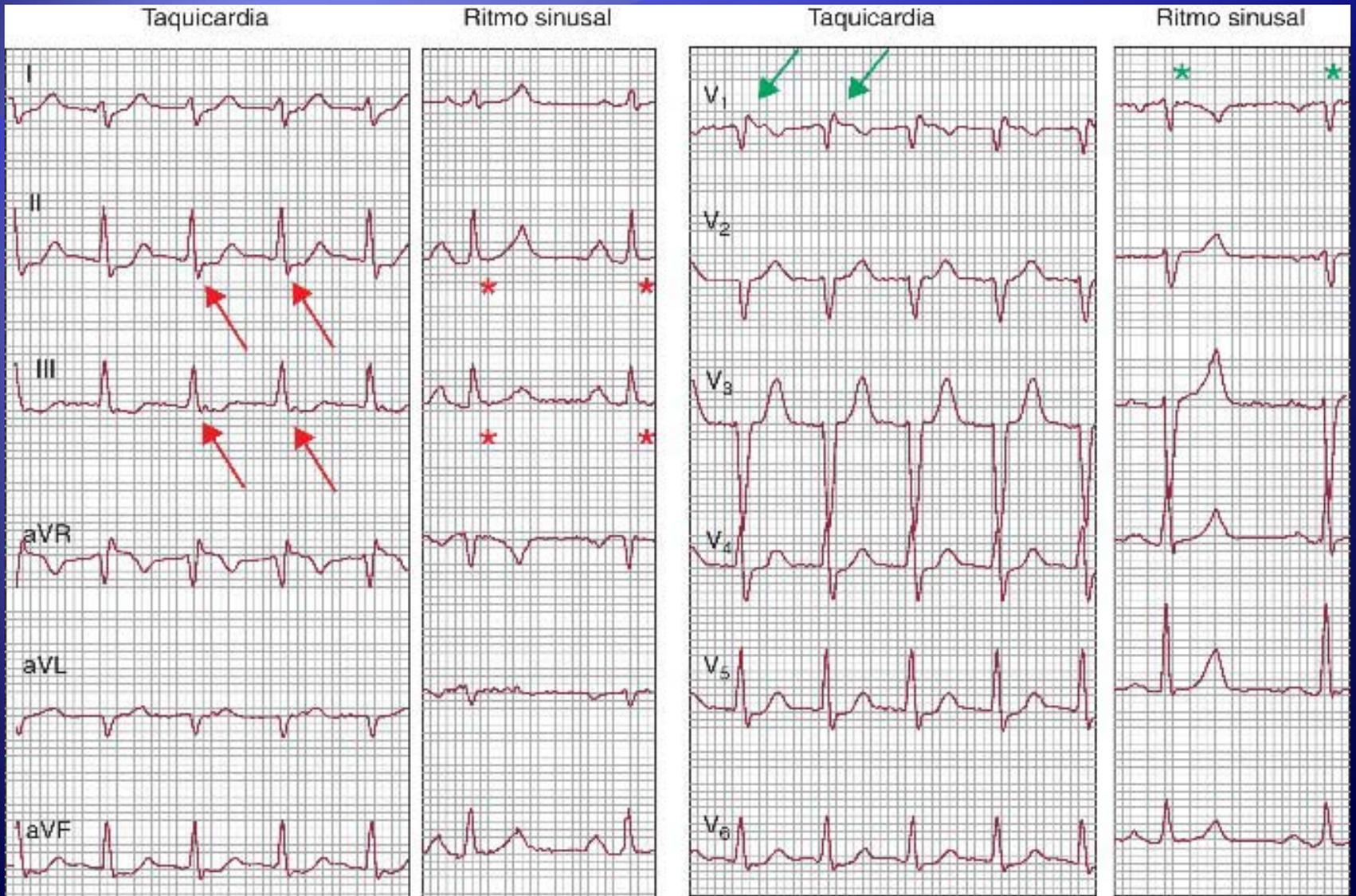
# Taquicardia por reentrada intranodal paroxística



# Taquicardia por reentrada intranodal paroxística



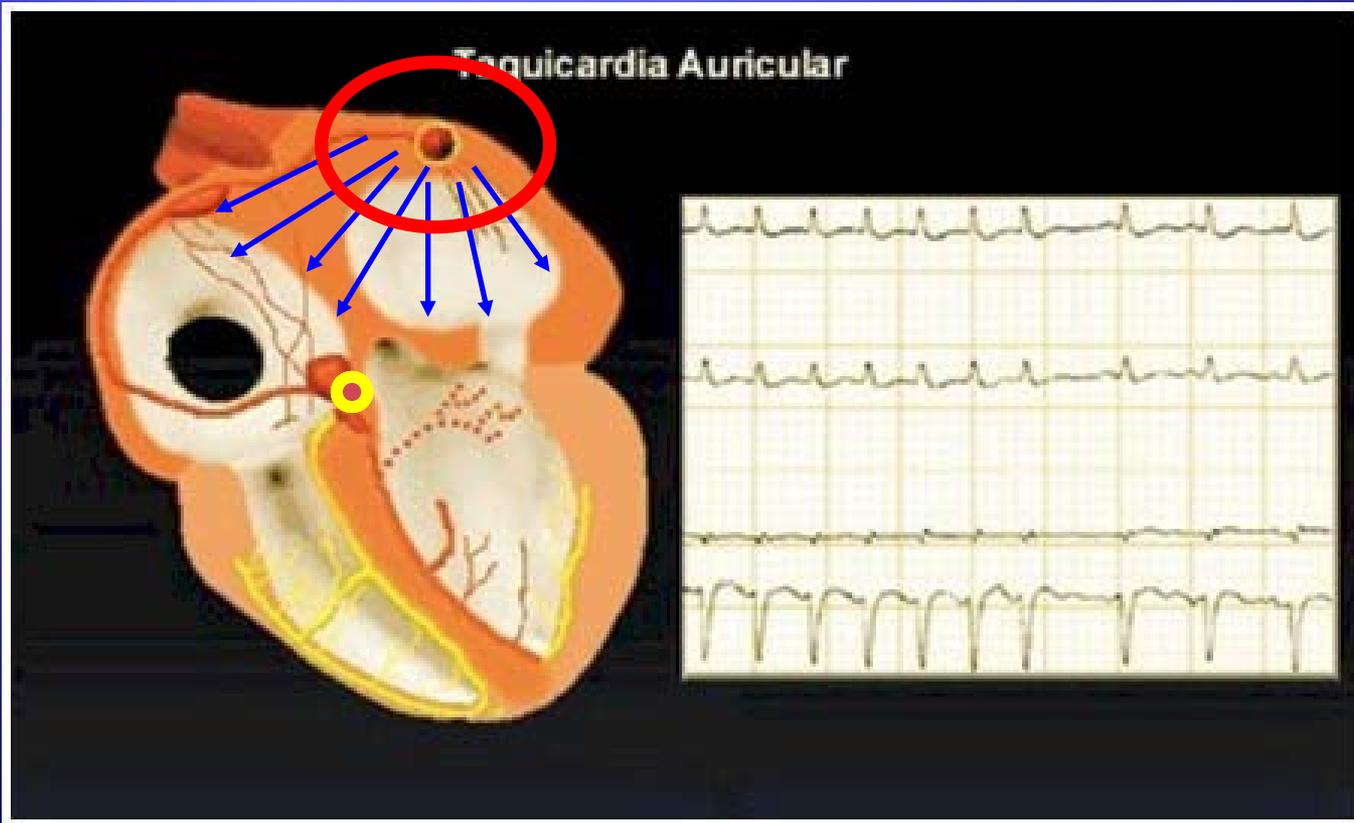
# Taquicardia por reentrada intranodal paroxística



# Taquicardia por reentrada intranodal paroxística

- Incrementa su incidencia en chicos mayores de 8 años.
- Riesgo de muerte súbita similar a la población general.

# Taquicardia Auricular



# Taquicardia Auricular

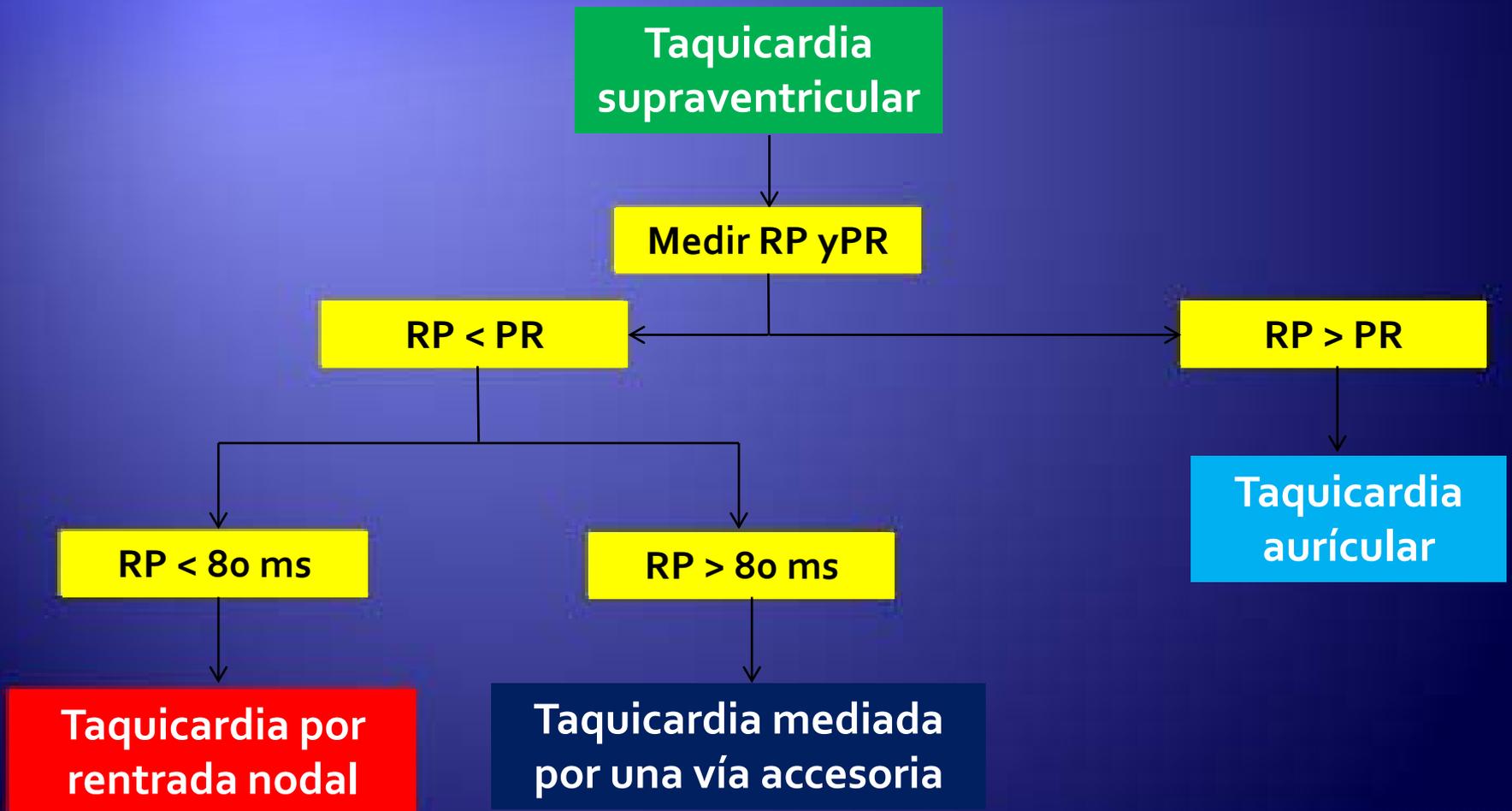
RP > PR

RP > PR

# Taquicardia Auricular

- ◆ En infantes , > tendencia a tener un comportamiento incesante con > riesgo de taquimiocardiopatía.
- ◆ TA en < 1 año: > 70 % resuelven espontáneamente la TA una vez controlada.
- ◆ TA en > 1 año: < 25 % resuelven espontáneamente.

# Diagnóstico presuntivo de las taquicardias supraventriculares por ECG

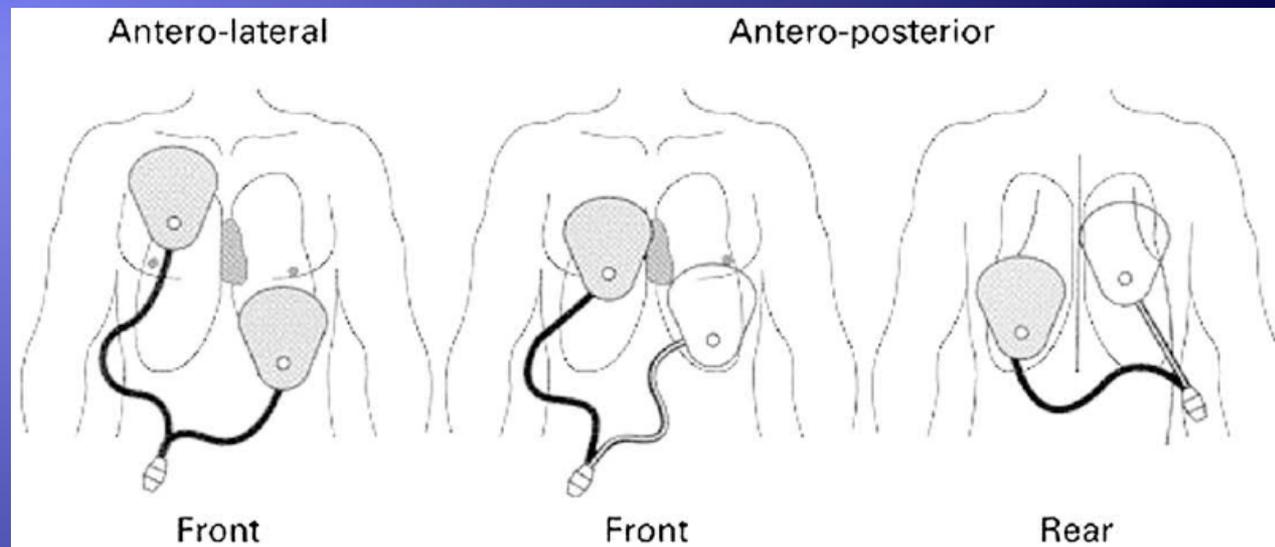
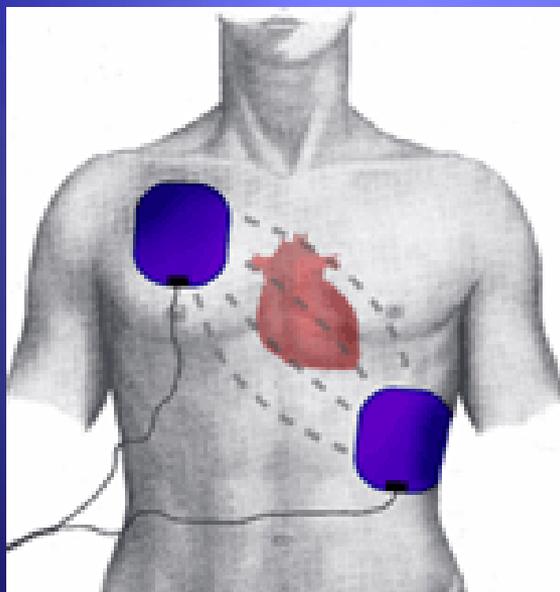


# Tratamiento en la emergencia

**Conducta:** (evaluar ABC, trastornos hidroelectrolíticos, fármacos)

**Inestable** → cardioversión eléctrica 0,5-1 J/Kg

# Cardioversión eléctrica



# Tratamiento en la emergencia

**Conducta:** (evaluar ABC, trastornos hidroelectrolíticos, fármacos)

**Inestable** → cardioversión eléctrica 0,5-1 J/Kg

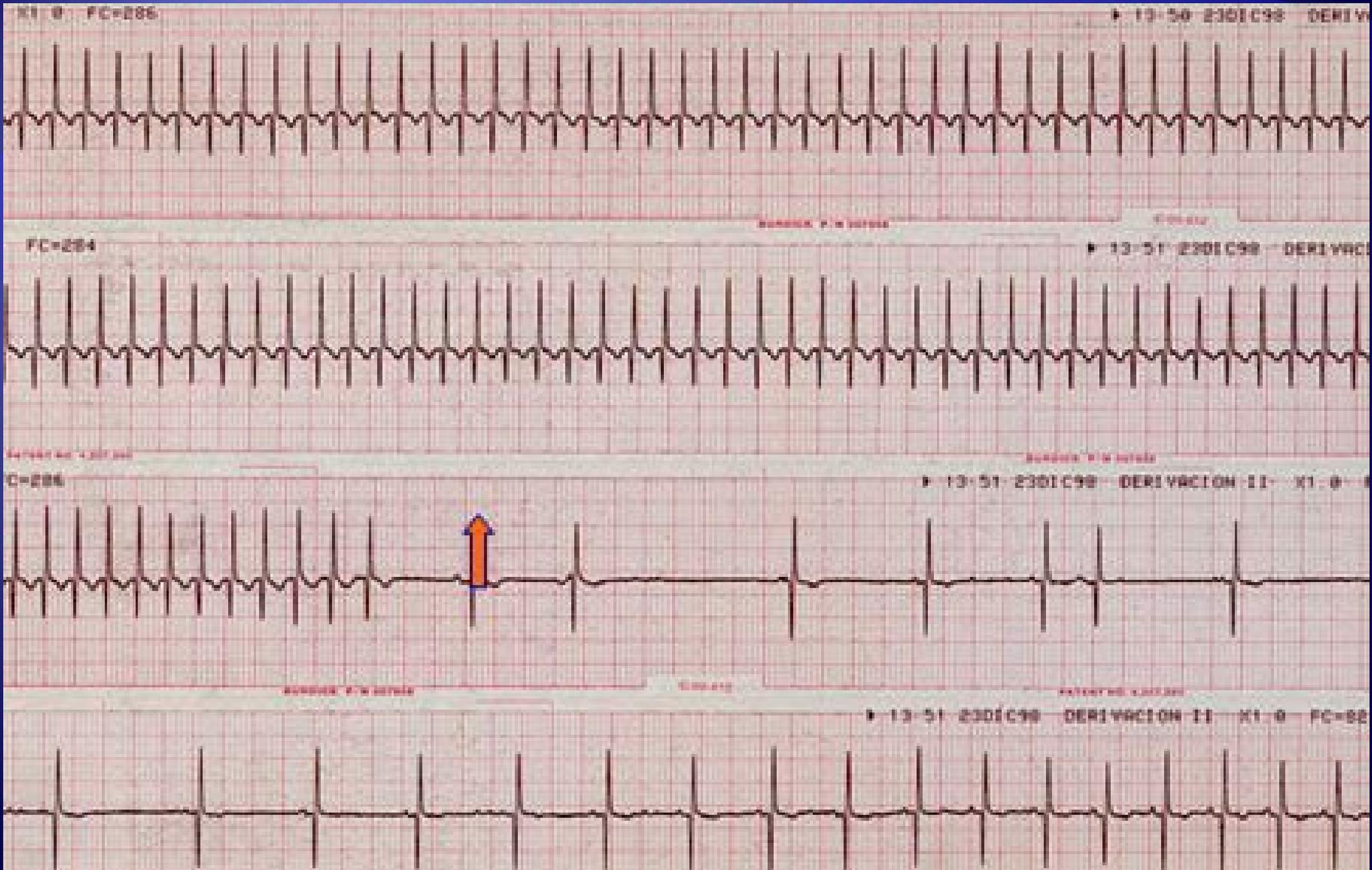
**Estable**

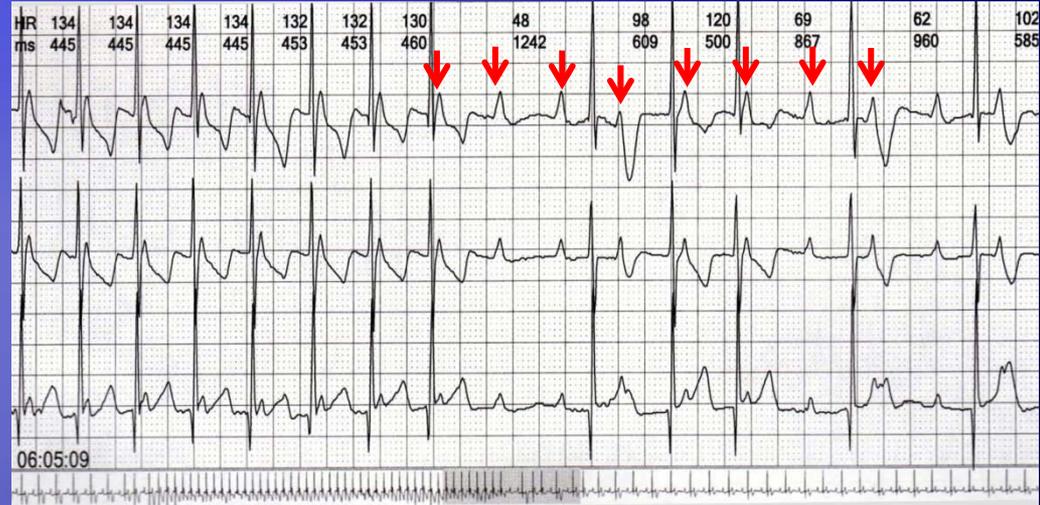
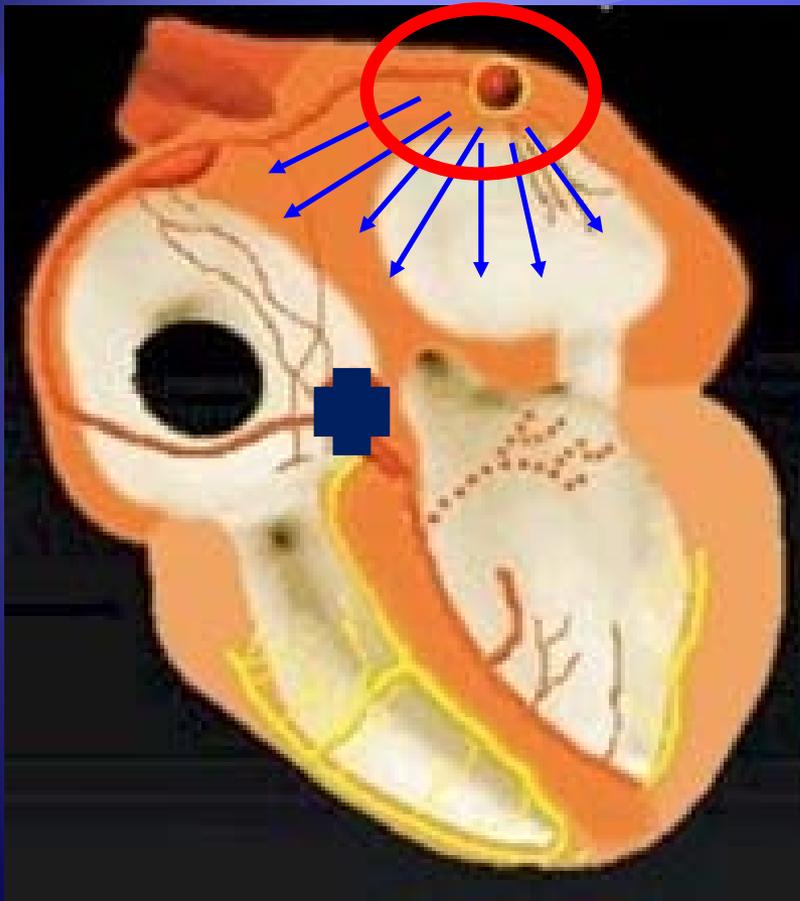
## Aumentan el período refractario del nodo AV

→ Betabloqueantes (propranolol, atenolol, esmolol)

→ Bloqueantes Ca<sup>2+</sup> (ev).

(contraindicado en menores de 2 años, por hipotensión arterial severa)





**Control de frecuencia  
cardíaca**

# Tratamiento en la emergencia

**Conducta:** (evaluar ABC, trastornos hidroelectrolíticos, fármacos)

**Inestable** → cardioversión eléctrica 0,5-1 J/Kg

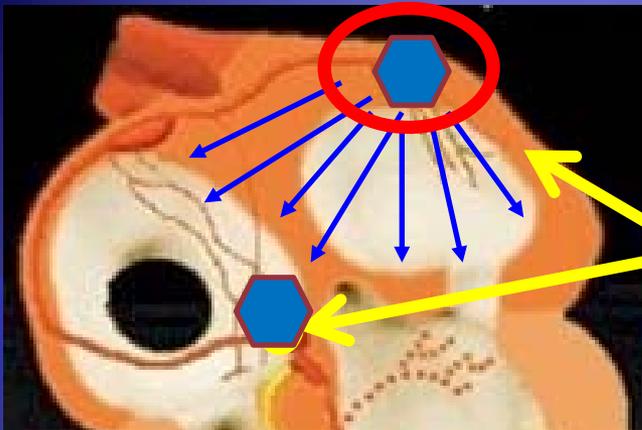
## **Estable**

→ Maniobras vagales (Hielo, vertical, valsalva, sonda gástrica)

→ Bolo de adenosina rápido (0,15 mg/kg → 0,3 mg/kg)

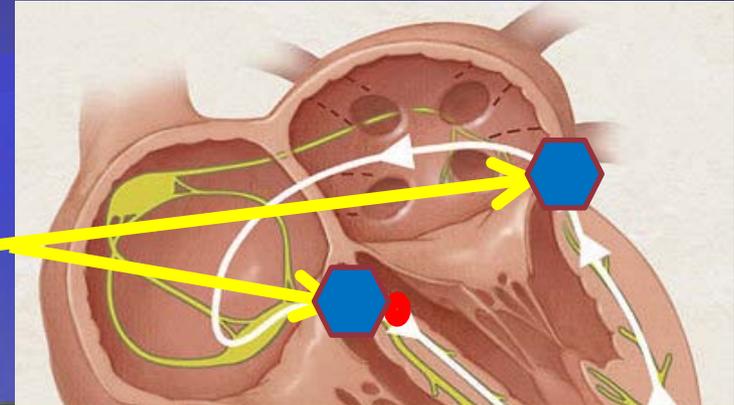
→ Betabloqueantes, Bloqueantes Ca<sup>2+</sup>.

→ **Drogas IC o III (Flecainida, propafenona, sotalol, amiodarona)**

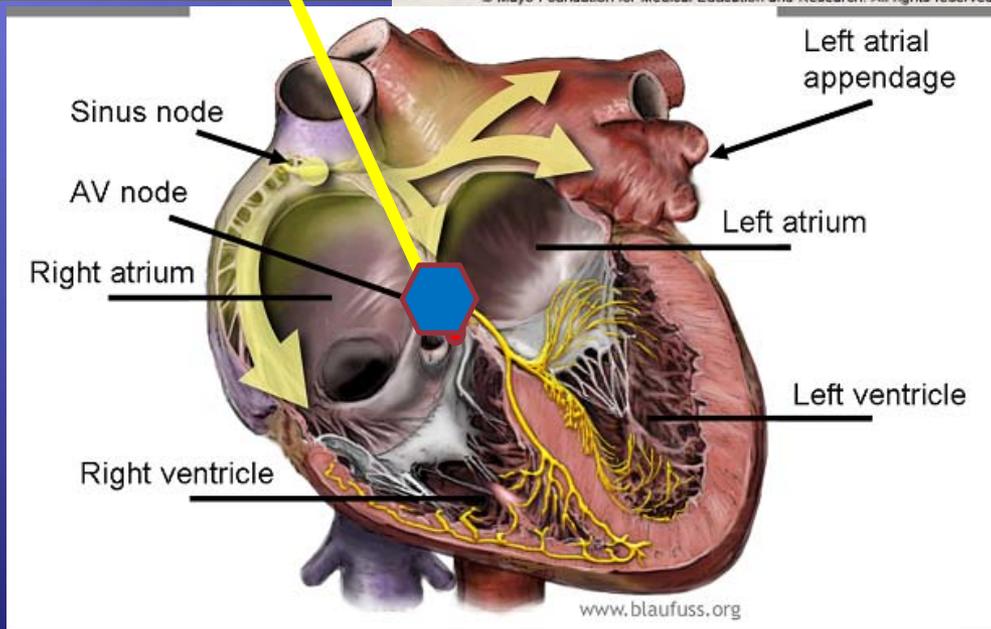


Amiodarona  
Sotalol

Propafenona  
Flecainida



**Amiodarona: vida media larga, flebitis química.  
Drogas clase Ic: solo VO en Arg.**



# Tratamiento en la emergencia

**Conducta:** (evaluar ABC, trastornos hidroelectrolíticos, fármacos)

**Inestable** → cardioversión eléctrica 0,5-1 J/Kg

## **Estable**

→ Maniobras vagales (Hielo, vertical, valsalva, sonda gástrica)

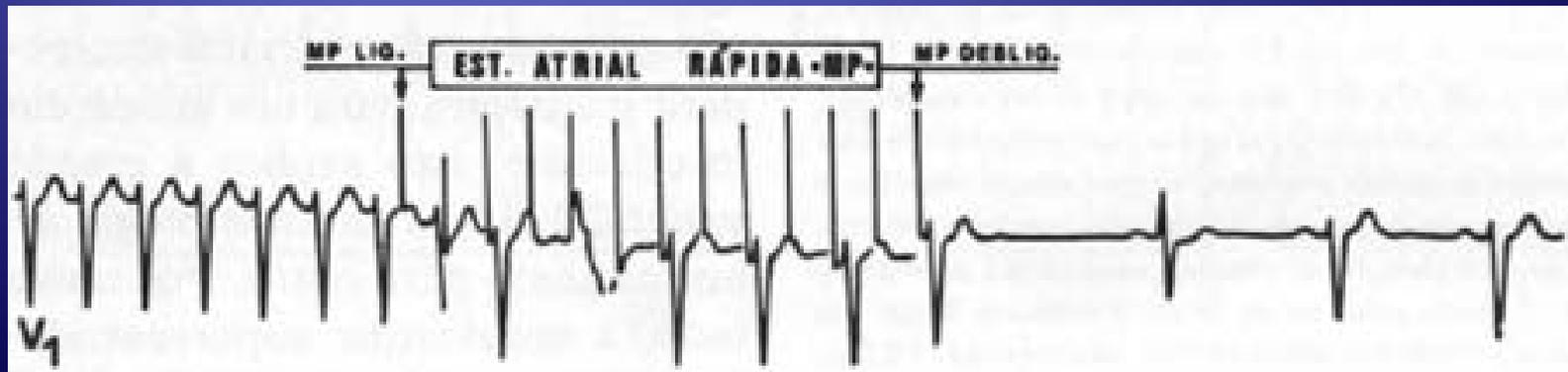
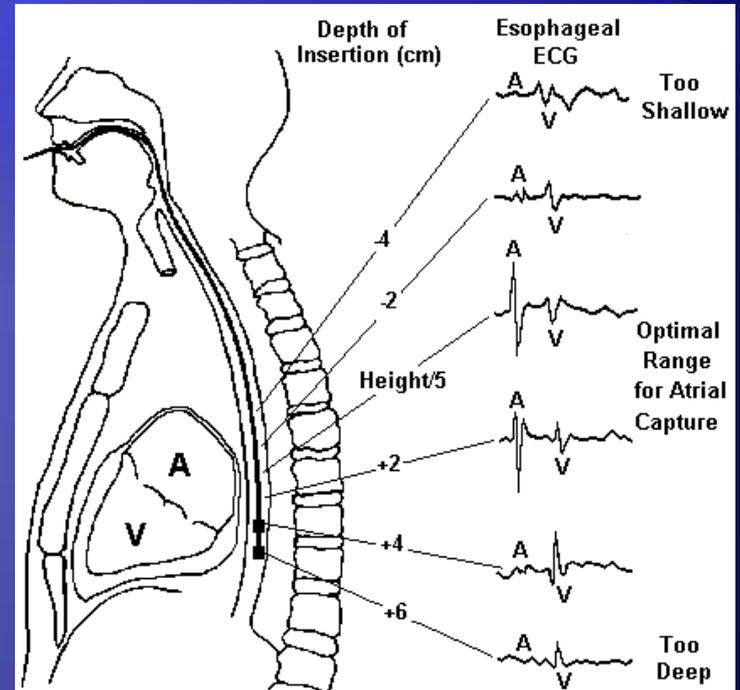
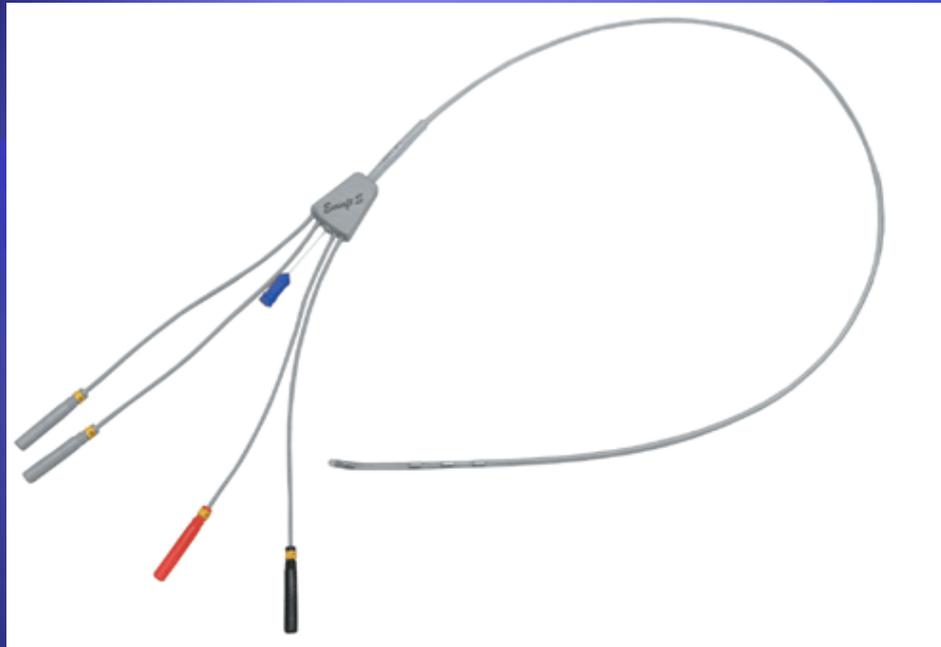
→ Bolo de adenosina rápido (0,15 mg/kg → 0,3 mg/kg)

→ Betabloqueantes, Bloqueantes Ca<sup>2+</sup>.

→ Drogas IC o III (Flecainida, propafenona, amiodarona)

→ **Sobreestimulación transesofágica**

# Sobreestimulación Transesofágica



# Tratamiento en la emergencia

**Conducta:** (evaluar ABC, trastornos hidroelectrolíticos, fármacos)

**Inestable** → cardioversión eléctrica 0,5-1 J/Kg

## **Estable**

→ Maniobras vagales (Hielo, vertical, valsalva, sonda gástrica)

→ Bolo de adenosina rápido (0,15 mg/kg → 0,3 mg/kg)

→ Betabloqueantes, Bloqueantes Ca<sup>2+</sup>.

→ Drogas IC o III (Flecainida, propafenona, amiodarona)

→ Sobreestimulación transesofágica

→ **Cardioversión eléctrica**

# Conclusión

- ◆ El diagnóstico presuntivo de la TSV permite un manejo más comprensivo y menos automatizado, logrando avanzar más rápido en el algoritmo terapeutico.

# Muchas Gracias ...

