

28ª JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



Asociación
Andaluza
de Pediatría
de Atención
Primaria

CÓRDOBA

14 y 15 de marzo 2025
Palacio de Congresos



TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA A PROPÓSITO DE UN CASO

María del Pilar Alfonso Vaquero (MIR 2)
Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Trabajando con el futuro

28ª Jpap
Córdoba 14-15 marzo 2025

No existe ningún conflicto de interés

Caso clínico

Varón de 14 años

Consulta por palpitaciones de 30 min de evolución con inicio brusco mientras se encontraba jugando al fútbol

No dolor torácico, sensación de inestabilidad ni disnea importante, salvo “algo de opresión” al respirar

DEFINICIÓN

La taquicardia supraventricular consiste en una FC superior a la normal originada por un mecanismo anómalo por encima de la bifurcación del haz de His

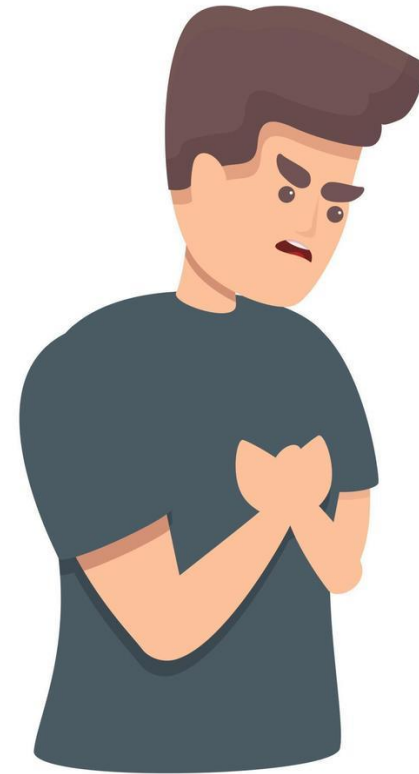
- Causa más común de taquicardia no sinusal en el niño
- 2ª causa de arritmias en pediatría
- Puede derivar en insuficiencia cardiaca

¡¡DIAGNÓSTICO Y MANEJO PRECOZ!!



¿Cuál es un síntoma común de la TSV en pediatría?

- A. Dolor abdominal
- B. Palpitaciones
- C. Mareo persistente
- D. Dolor torácico



Caso clínico

Antecedentes personales:

Quejas ocasionales de “corazón rápido”

2 consultas previas por episodios de palpitaciones en los últimos 4 meses

- ✓ 2 ECG normales
- ✓ Analítica con hormonas tiroideas sin alteraciones

¿Cuál de las siguientes condiciones puede predisponer a un niño a desarrollar taquicardia supraventricular?

- A. **Cardiopatía congénita**
- B. Hipotensión severa
- C. Hipoglucemia
- D. Enfermedades respiratorias

EPIDEMIOLOGÍA

Incidencia del 0.1 al 0.4% en edad pediátrica

- Sexo masculino
- Menores de 4 meses de edad

Incidencia del 7% en pacientes con cardiopatía congénita

Mayoría corazón estructuralmente normal



FISIOPATOLOGÍA

REENTRADA (90%)

Propagación de un impulso a través del tejido ya activado por el mismo impulso

Anterógrado/retrógrado

Súbitas

Tto → enlentecer el nodo AV

AUTOMATISMOS (10%)

Generación de impulsos por un foco ectópico

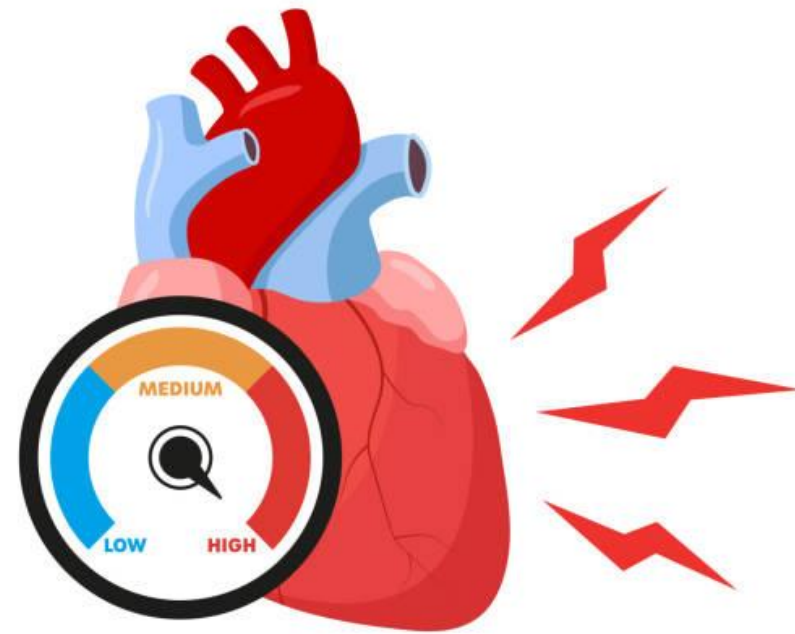
Asintomáticas al inicio

Paulatinas

→ Ceden espontáneamente o derivan en ICC

¿Cuál es la frecuencia cardíaca característica de la taquicardia supraventricular en niños?

- A. 60-100 latidos por minuto
- B. 100-160 latidos por minuto
- C. 160-200 latidos por minuto
- D. 200-300 latidos por minuto



CLÍNICA

- 200-350 lpm recién nacidos y lactantes
- 160-200 lpm niños y adolescentes

TABLA 1. Presentación clínica según edad

	NEONATO	<6 años	≥6 años
SÍNTOMAS	Dificultad respiratoria, rechazo de la ingesta, sudoración, somnolencia, palidez o cianosis	TPSV breve: síntomas subagudos e inespecíficos (astenia, irritabilidad, disminución de la ingesta...) TPSV prolongada: sudoración, palidez, cianosis	Palpitaciones, dolor torácico, mareo ICC y síncope (raro salvo en WPW)
SIGNOS DE AFECTACIÓN HEMODINÁMICA	Muy frecuentes	Frecuentes si TPSV prolongada (>48h)	Raro
CONSULTA	Precoz/subaguda (ICC)	Tardía (síntomas inespecíficos recurrentes)	Precoz (verbalizan síntomas)

ICC: Insuficiencia cardíaca congestiva. WPW: Wolff-Parkinson-White



Caso clínico

TA 110/65 mmHg

Tª 36.8°C

Buen estado general, eupneico, color y perfusión normales

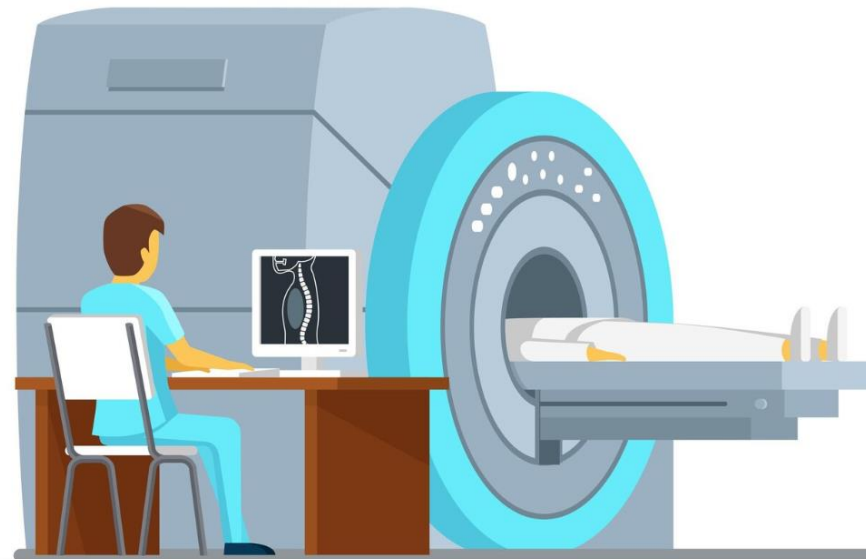
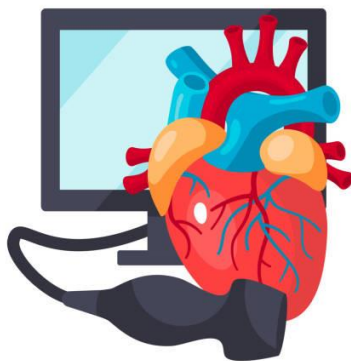
ACR: taquicardia 200lpm sin soplos + ventilación normal

Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias

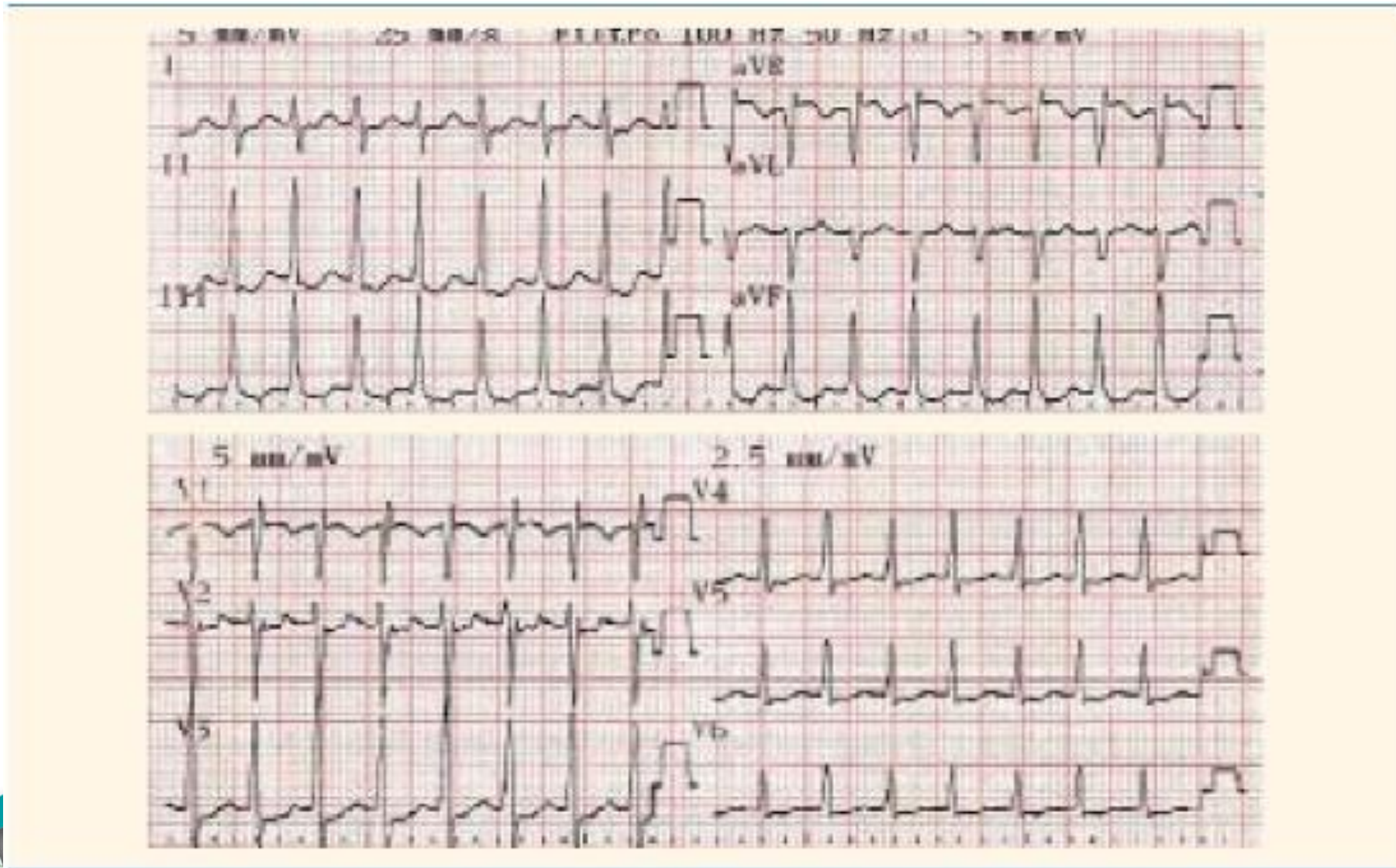
Pulsos periféricos palpables y simétricos

¿Cuál es el método diagnóstico de elección para confirmar un episodio de taquicardia supraventricular?

- A. Electrocardiograma (ECG)
- B. Resonancia magnética
- C. Ecocardiograma
- D. Pruebas de esfuerzo



Caso clínico



DIAGNÓSTICO

Exploración física: Taquicardia; ¿signos de IC? ¿estabilidad hemodinámica?

ECG: 15 derivaciones (o 12 si no es posible): filtro 50 Hz, velocidad 25mm/s, voltaje 10mV/mm

→ ¿Ondas p? ¿Morfología? QRS estrecho (<0.08s, <2mm)

Holter

Prueba de esfuerzo

Ecocardiograma

TABLA 2. Diagnóstico diferencial entre la taquicardia sinusal y la TPSV

	TAQUICARDIA SINUSAL (TS)	TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR (TPSV)
FC (lpm)	Lactantes: <220 Niños: <180	Lactantes: >220 Niños: >180 Adolescentes: >140
Intervalo R-R	Variable	Regular
Ondas P	Visibles (P positiva en I, II y aVF)	Ausentes / otra morfología
Inicio y final	Gradual	Brusco
Fiebre	Sospecha elevada	2-3%

TRATAMIENTO: Manejo agudo

OBJETIVO: interrupción de la arritmia, enlentecimiento ventricular y restablecimiento ritmo sinusal

INICIAR TRATAMIENTO MIENTRA SE EVALÚA LA CONDICIÓN DEL PACIENTE

MEDIDAS GENERALES DE SOPORTE:

- O2 al 100%
- Monitorización ECG continuo
- VVP (preferiblemente en extremidad superior)
- Controles analíticos (GSV e iones)



¿Cuál es el tratamiento inicial más indicado en una crisis de taquicardia supraventricular en un paciente estable?

- A. **Cardioversión eléctrica**
- B. Maniobras vagales (como la maniobra de Valsalva)
- C. Medicamentos antiarrítmicos intravenosos
- D. Cirugía

¿Cuál de las siguientes no se corresponde con una maniobra vagal?

- A. Maniobra de Heimlich
- B. Hacer el pino
- C. Respirar profundo
- D. “Diving reflex”

TRATAMIENTO: Manejo agudo

SI ESTABILIDAD HEMODINÁMICA

- 1) Maniobras vagales: enlentecen NAV interrumpiendo reentrada (30-60% de éxito)
 - I. Decúbito o hacer “el pino” 15-20 s
 - II. “Diving reflex”: bolsa con hielo y agua en la cara y puente nasal 10-30 s
 - III. Reflejo nauseoso (SNG, depresor)
 - IV. Respiración profunda
 - V. Apnea voluntaria o soplar en jeringa
 - VI. Masaje de seno carotídeo unilateral 5-10 s en supino (>10 años)
 - VII. Succión “en vacío” y estimulación rectal (lactantes)
- 2) Adenosina: bolo rápido 100mcg/kg (máx. 6mg) + carga de SSF. Sigüientes dosis 200mcg/kg y 300mcg/kg, con intervalos de 1-2 min
- 3) Procainamida, amiodarona, verapamilo



¿Qué debemos hacer de manera inmediata ante un niño con taquicardia supraventricular que presenta signos de shock?

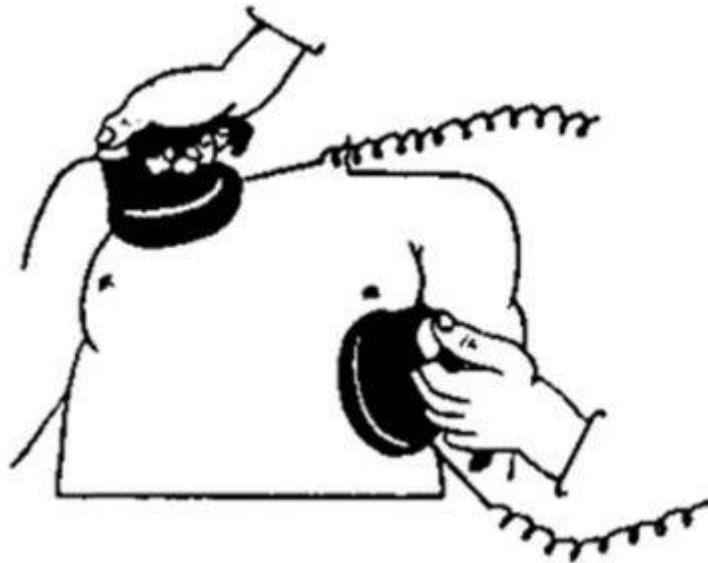
- A. Administrar antibióticos
- B. Realizar una cardioversion eléctrica
- C. Aumentar la dosis de antiarrítmicos
- D. Observar y esperar

TRATAMIENTO: Manejo agudo

SI INESTABILIDAD HEMODINÁMICA

Hipotensión, recapilarización enlentecida >3 s o alteración conciencia

- 1) **(RCP) + Cardioversión** 0.5-1 julio/kg (máx. 2 julio/kg)
 - I. Sedoanalgesia previa (fentanilo/midazolam)
- 2) Mientras se pueden intentar maniobras vagales y adenosina si VVP disponible



TRATAMIENTO: Manejo agudo

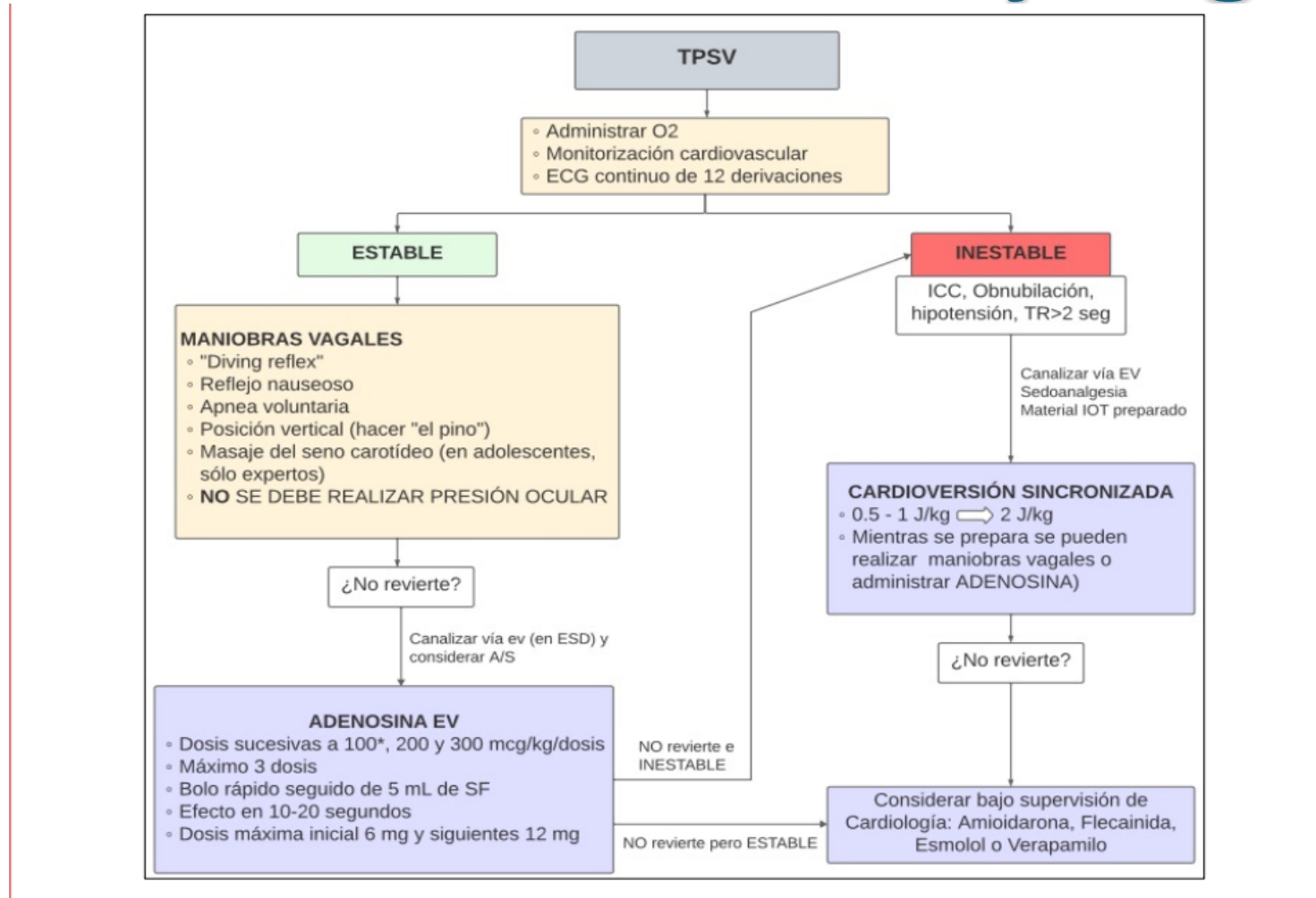


FIGURA 4. Algoritmo de manejo de la TPSV. * En función de la experiencia de cada centro, se puede valorar administrar una dosis inicial a 200 mcg/kg. O2: oxígeno. ECG: Electrocardiograma. ESD: extremidad superior derecha. A/S: analítica sanguínea. ICC: insuficiencia cardíaca congestiva. TR: tiempo de



Caso clínico

Diagnóstico: TSV

Traslado en unidad de vigilancia intensiva móvil:

- Monitorización con desfibrilador y canalización de VVP
- Maniobras vagales: reflejo de náusea con depresor lingual → descenso brusco de FC a 85 lpm + sensación de “ya se le ha pasado”
- ECG: RS a 90 lpm, eje de QRS a 0º, PR de 0,16 s (normal) y repolarización normal. No signos de preexcitación.

Traslado sin incidencias → ingreso en Observación

TRATAMIENTO: Manejo posterior

DERIVACIÓN URGENTE A HOSPITAL

- Síncope
- 1er episodio, larga duración o 3 dosis de adenosina
- Cardioversión
- Signos de IC
- Recurrencia precoz
- AP cardiopatía estructural
- <3 meses de edad

Pronóstico excelente
Éxitus 0.25% (1% si cardiopatía)

Seguimiento por Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Balaguer Gargallo M, Jordán García I, Caritg Bosch J, Cambra Lasaosa FJ, Prada Hermogenes F, Palomaque Rico A. Taquicardia paroxística supraventricular en el niño y el lactante. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2007 [citado el 13 de marzo de 2025];67(2):133–8. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-taquicardia-paroxistica-supraventricular-el-nino-articulo-13108734>
- ✓ Manuel Guía Torrent J, de Cardiología Pediátrica. DF ECS. TRATAMIENTO MÉDICO DE LAS TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES [Internet]. Aeped.es. [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20_tsv.pdf
- ✓ Yáñez Mesía S, Gómez Barrena V, Salamanca Zarzuela B, Garralda Torres I, Benitez Gómez I. Maniobra de Valsalva modificada en taquicardia paroxística supraventricular: serie de casos. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2023;99(2):138–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.04.007>
- ✓ UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-supraventricular-tachycardia-svt-in-children?search=taquicardia%20supraventricular%20&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
- ✓ UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-supraventricular-tachycardia-svt-in-children?search=taquicardia%20supraventricular%20&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2
- ✓ de la Arrixaca Murcia FCS de CPHV. Ta q u i c a r d i a s e n U r g e n c i a s d e P e d i a t r í a Enfoque prác7co [Internet]. Seup.org. [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/reuniones/2019/EE/EE_8.pdf