

# 8

## SUBPROCESO TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES

### Definición global

**Designación:** Proceso de atención al paciente que ha presentado uno o más episodios de taquicardia supraventricular (TSV) documentada electrocardiográficamente.

**Definición funcional:** Proceso por el que, tras objetivarse en un paciente la existencia de taquicardia supraventricular, se inicia la secuencia diagnóstica y terapéutica dirigida a lograr el control de los síntomas y minimizar el riesgo de morbimortalidad, mediante el diagnóstico correcto del tipo de taquicardia, de la existencia de cardiopatía de base y el tratamiento correcto tanto agudo (ver subproceso específico) como de prevención de nuevos episodios.

**Límite de entrada:** Pacientes con síntomas o hallazgos detectados en una prueba diagnóstica de TSV que consultan en cualquier punto del SSPA, una vez efectuado el tratamiento agudo de la taquicardia (ver subproceso específico).

**Límite final:**

- Primer episodio de taquicardia paroxística supraventricular que no requiere tratamiento.
- Pacientes con taquicardia paroxística supraventricular a los que se les ha realizado una ablación con éxito, en ausencia de recidivas.

**Límites marginales:**

- TSV en el post-operatorio de cirugía cardíaca.
- TSV del trasplante.



## Profesionales. Actividades. Características de calidad

### Personal Médico de cualquier punto del SSPA

Actividades	Características de calidad
1. Evaluación inicial y tratamiento sintomático agudo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Han sido descritos en los subprocesos de palpitations y tratamiento agudo de las taquicardias sintomáticas.</li><li>• No requieren seguimiento los pacientes con un primer episodio de TSV sin síntomas severos, sin sospecha de cardiopatía ni evidencia de preexcitación, a los que no se prevé comenzar tratamiento inicialmente. El resto deben ser sometidos a una evaluación ampliada en Atención Especializada.</li><li>• Siempre que sea posible, la arritmia debe ser documentada con un ECG de 12 derivaciones de suficiente calidad en el que se registre el momento de terminación de la taquicardia o durante la monitorización ambulatoria de 24 horas del ECG.</li></ul>

### Cardiólogo. Arritmólogo del Laboratorio de Electrofisiología

Actividades	Características de calidad
2. Evaluación ampliada	<p>La evaluación ampliada de un paciente con taquicardia supraventricular debe realizarse en Atención Especializada y se profundizará en:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Anamnesis</li><li>2) Examen físico</li><li>3) Análisis del ECG basal y durante la taquicardia, con el objetivo de filiar el tipo y mecanismo de la taquicardia (Tabla 1, pág. 91)</li><li>4) Pruebas especiales en casos seleccionados</li></ol> <p><small>(Clase I) (A)</small> El análisis cuidadoso del ECG durante la taquicardia permite, en la mayoría de los casos, el diagnóstico del mecanismo de la taquicardia y decidir el tipo de tratamiento.</p>

<p>a.</p> <p>Indicaciones de pruebas complementarias diagnósticas</p> <p>Ecocardiograma</p> <p>Monitorización Holter</p> <p>Estudio electrofisiológico (EEF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <sup>(Clase I)</sup> El ecocardiograma-doppler debe ser realizado en pacientes con: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sospecha de cardiopatía estructural.</li> <li>- Para valorar la función ventricular izquierda si se sospecha taquimiocardiopatía en algunos tipos de TSV permanente.</li> <li>- Para descartar anomalías frecuentemente asociadas a ciertas TSV (ej.: Ebstein en presencia de vías accesorias derechas).</li> <li>- Antes de comenzar el tratamiento con fármacos contraindicados si existe cardiopatía estructural.</li> <li>- Previamente a la realización de una ablación.</li> </ul> </li> <li>• <sup>(Clase I) (C)</sup> En casos con síntomas recurrentes no documentados, puede aportar información para correlacionar los síntomas con el ECG.</li> </ul> <p>Está indicada su realización en casos seleccionados. (Tabla 2, pág. 91)</p>
<p>b.</p> <p>Indicación del tratamiento a largo plazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del número de crisis y mejora del pronóstico en aquellos pacientes con mayor riesgo de muerte súbita.</li> <li>• La decisión de tratamiento a largo plazo debe ser individualizada, según el tipo de taquicardia y otros factores como: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgo de la taquicardia sin tratamiento.</li> <li>- Riesgo inherente del tratamiento.</li> <li>- Severidad de los síntomas.</li> <li>- Frecuencia de las crisis.</li> <li>- Cardiopatía asociada.</li> <li>- Contexto del paciente (profesión, etc.).</li> </ul> </li> <li>• Las TSV pueden ser tratadas con: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fármacos.</li> <li>- Ablación con radiofrecuencia (RF).</li> </ul> </li> </ul>

3.

Tratamiento a largo plazo del paciente según tipo de taquicardia y derivación a Unidad de Arritmias

## A. Taquicardias no dependientes del nodo AV

A. 1 Taquicardias focales:

A. 1.1 Taquicardia sinusal inapropiada:

- Tratamiento inicial con fármacos (Tabla 3, pág. 92).
- En casos extremos por refractariedad a fármacos, derivar a la Unidad de Arritmias para la modificación del nódulo sinusal o ablación del nodo.

A. 1.2 Taquicardias auriculares:

- Unifocal. Puede hacerse un primer intento de tratamiento farmacológico y, en casos de fracaso o mala tolerancia de los fármacos, derivar a una Unidad de Arritmias para estudio electrofisiológico y ablación.
- Multifocal. Corregir las alteraciones electrolíticas, metabólicas o respiratorias subyacentes. Iniciar fármacos (Tabla 3, pág. 92). En los casos refractarios con mal control de la frecuencia cardíaca, derivar a una Unidad de Arritmias para ablación del nodo e implantación de marcapasos definitivo.

A. 2 Taquicardias macro-reentrantes:

- *Flutter* auricular típico. Ver Subproceso Fibrilación y Flutter.
- Taquicardia auricular post-cirugía (cicatriz). Derivar a una Unidad de Arritmias, pues el tratamiento de elección es la ablación por radiofrecuencia.

A. 3 *Flutter* auricular atípico y fibrilación auricular. (Ver Subproceso Fibrilación y Flutter).

A. 4 Reentrada sinoauricular. Tratamiento inicial con fármacos pues suelen prevenir recurrencias (Tabla 3, pág.92). En casos refractarios, derivar a la Unidad de Arritmias para ablación o modificación del nódulo sinusal.

## B. Taquicardias supraventriculares dependientes del nodo AV (sensibles a adenosina):

B.1 Taquicardia por reentrada intranodal.

B.2 Taquicardia por reentrada AV (vía oculta).

Aunque pueden ser diferenciadas por criterios electrocardiográficos, ambas son taquicardias de QRS estrecho sensibles a verapamil/adenosina y, en la práctica, pueden ser manejadas inicialmente de forma similar:

- Primera crisis de taquicardia o crisis aisladas (alrededor de una al año) clínicamente bien toleradas:  
Se enseña a realizar maniobras vagales y no se prescribe tratamiento farmacológico profiláctico de nuevas crisis. Se informa sobre las opciones terapéuticas disponibles.
- Crisis frecuentes (como referencia, más de tres al año), bien toleradas hemodinámicamente:  
Estos pacientes tienen indicación de tratamiento a largo plazo con fármacos o ablación. La elección del tratamiento debe basarse en las preferencias del paciente previa información detallada de los riesgos y beneficios de ambas opciones y la experiencia del operador (la disminución de las complicaciones en las series publicadas más recientemente demuestran que este factor tiene influencia en los resultados). En centros con una relación riesgo-beneficio muy favorable la ablación con RF es una opción terapéutica de primera línea adecuada para pacientes con síntomas suficientes que justifiquen el tratamiento.
- Crisis hemodinámicamente mal toleradas (presíncope/síncope), o pacientes refractarios al tratamiento farmacológico, que no lo toleran, o por preferencia del paciente tras información detallada:  
Se le indica estudio electrofisiológico con vistas a realizar el diagnóstico definitivo del tipo de taquicardia y evaluar los riesgos/beneficios de la ablación por radiofrecuencia.

### **C. Síndromes de preexcitación (taquicardias paroxísticas asociadas con síndrome de Wolf-Parkinson-White y Mahain):**

- El tratamiento de elección en los pacientes sintomáticos con síndrome de WPW es la ablación con radiofrecuencia.
- Por ello, los pacientes deben ser derivados a la Unidad de Arritmias para efectuar un estudio electrofisiológico.
- Como puente a la ablación pueden utilizarse fármacos (Tabla 3, pág. 92).

En la Tabla 3, pág. 92 se resumen los fármacos más utilizados como primera o segunda opción según el tipo de taquicardia.

En la Tabla 4, pág. 93 se resumen las recomendaciones de las guías de práctica clínica sobre la ablación con radiofrecuencia.

4.  
Seguimiento  
del paciente

- Excepto en el caso de los pacientes con un primer episodio de TSV sin síntomas severos, sin sospecha de cardiopatía ni evidencia de preexcitación, que pueden ser dados de alta, todos los demás pacientes deben ser revisados periódicamente en Atención Especializada para controlar la evolución de la enfermedad según el tratamiento empleado.
- Los pacientes sometidos a estudio electrofisiológico y procedimientos de ablación, serán revisados en la Unidad de Arritmias hasta que se considere que está resuelto definitivamente el problema que ha dado origen a la taquicardia.

**Tabla 1:**  
**Clasificación de las taquicardias supraventriculares**

- 1- Taquiarritmias auriculares (No dependientes del nodo AV):
  - A- Focales (automatismo anormal, microreentrada intraauricular, o actividad desencadenada "triggered"):
    1. Taquicardia sinusal inapropiada.
    2. Taquicardia auricular unifocal.
    3. Taquicardia auricular multifocal.
  - B- Macroreentrantes.
    1. *Flutter* auricular típico.
    2. Taquicardia auricular post-cirugía (cicatriz).
  - C- *Flutter* auricular atípico.
  - D- Fibrilación auricular.
  - E- Reentrada sinoauricular.
- 2- Taquicardias supraventriculares dependientes del nodo AV:
  1. Taquicardias por reentrada intranodal.
  2. Taquicardia por reentrada aurículo-ventricular (vía "oculta").
  3. Taquicardia permanente por reentrada en la unión AV.
- 3- Síndromes de preexcitación:
  1. Síndrome de Wolf-Parkinson-White.
    - a) Taquicardia AV ortodrómica.
    - b) Taquicardia AV antidrómica.
    - c) Fibrilación auricular con conducción anterógrada por la vía accesoria.
  2. Preexcitación tipo Mahaim.

**Tabla 2:**  
**Recomendaciones para la realización de un estudio electrofisiológico en pacientes con taquicardias supraventriculares**

**Clase I:**

- 1) Pacientes con episodios frecuentes o mal tolerados de taquicardia que no responden a tratamiento con fármacos y en los que la información sobre el origen, el mecanismo y las características electrofisiológicas de la taquicardia es esencial para elegir el tratamiento más adecuado.
- 2) Pacientes que prefieren el tratamiento mediante ablación al tratamiento farmacológico.

**Clase II:**

Pacientes con episodios frecuentes de taquicardia que requieren tratamiento con fármacos con probables efectos proarrítmicos o sobre la función sinusal o conducción AV.

**Clase III:**

*(Existe evidencia y/o acuerdo general en que el procedimiento no es útil ni efectivo).*

Pacientes con taquicardias fácilmente controladas con maniobras vagales y/o con fármacos con buena tolerancia que no son candidatos para un tratamiento mediante ablación.

**Tabla 3:**  
**Tratamiento con fármacos antiarrítmicos a largo plazo en las taquicardias supraventriculares**

Tipo de taquicardia	Primera opción	Segunda opción
Reentrada intranodal y AV (vía oculta)	Calcioantagonistas, beta-bloqueantes, digoxina	Flecainide, propafenona <sup>a,b</sup> , quinidina, procainamida, disopiramida <sup>c</sup>
Síndrome de WPW	Flecainide, propafenona <sup>c</sup> , quinidina, procainamida, disopiramida	Beta-bloqueantes, calcioantagonistas <sup>b</sup> , amiodarona y sotalol <sup>f</sup>
Reentrada sinusal	Calcioantagonistas, beta-bloqueantes, digoxina	Flecainide, propafenona <sup>a,b</sup> , quinidina, procainamida, disopiramida <sup>c</sup>
Auricular unifocal		
Reentrada	Flecainide, propafenona <sup>c</sup> , quinidina, procainamida	Amiodarona, sotalol <sup>c</sup> ,
Automática	Beta-bloqueantes, calcioantagonistas, digoxina	Flecainide <sup>a</sup>
Auricular multifocal	Suplementos de Mg y K	Metoprolol, verapamil <sup>b</sup>

- a. Pacientes sin cardiopatía.  
b. Puede usarse en combinación con drogas de primera opción.  
c. Pacientes con cardiopatía asociada.

**Tabla 4:**  
**Indicaciones de ablación con RF en las taquicardias supraventriculares**

### 1. TAQUICARDIAS POR REENTRADA INTRANODAL

**Clase I:** Pacientes con taquicardias por reentrada intranodal sostenida, refractaria a fármacos o con intolerancia a los fármacos, o que no desean tratamiento a largo plazo.

**Clase II:** Pacientes con taquicardias por reentrada intranodal sostenida identificada durante un EEF o una ablación para otra arritmia.  
Hallazgo durante el EEF de doble vía intranodal y ecos auriculares, sin inducirse taquicardia intranodal en pacientes con sospecha clínica de tener taquicardias intranodales.

**Clase III:** Pacientes con taquicardias intranodales que responden a fármacos, que son bien tolerados, y preferidos a la ablación.  
Hallazgo durante el EEF de doble vía intranodal (con o sin ecos auriculares), en pacientes sin sospecha clínica de tener taquicardias intranodales.

### 2. TAQUICARDIAS AURICULARES

**Clase I:** Pacientes con taquicardia auricular refractaria o con intolerancia a fármacos o que el paciente no desee tratamiento a largo plazo.

**Clase II:** Taquicardia auricular asociada a fibrilación auricular paroxística, si es refractaria a fármacos, o el paciente presenta intolerancia a los mismos o no desea tratamiento a largo plazo.

**Clase III:** Pacientes con taquicardia auricular que responde a fármacos, que son bien tolerados, y son preferidos a la ablación.  
Taquicardia auricular multifocal.

### 3. TAQUICARDIAS POR REENTRADA AV (VÍA ACCESORIA)

**Clase I:** Pacientes con taquicardia por reentrada AV sintomática, refractaria o con (\*) intolerancia a fármacos o que el paciente no desee tratamiento a largo plazo.  
Pacientes con fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida a través de la vía accesoria, refractaria o con intolerancia a fármacos, o que el paciente no desee tratamiento a largo plazo.

**Clase II:** Pacientes con taquicardias por reentrada AV o fibrilación auricular rápida que ocurre (\*\*)  
durante el EEF de otra arritmia.  
Pacientes con fibrilación auricular y una respuesta ventricular controlada a través de la vía accesoria.

**Clase III:** Pacientes con arritmias relacionadas con una vía accesoria que responden al tratamiento con fármacos, bien tolerados, y que son preferidos a la ablación.

(\*) La ablación con RF se considera en la actualidad como una alternativa terapéutica de primera línea para las taquicardias por reentrada AV en el WPW. En casos con FA rápida y características de alto riesgo de muerte súbita en el EEF es el tratamiento de elección.

(\*\*) Existen indicaciones en el WPW asintomático que se tratan en el Subproceso Anomalías ECG Asintomáticas con Potencial Arritmico.

## ARQUITECTURA DEL SUBPROCESO TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES. NIVEL 3

