



TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES

Dra. Mariana Martino
Asistente Cardiología
CCVU. Hospital de Clinicas

TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES PAROXISTICAS

TAQUICARDIA

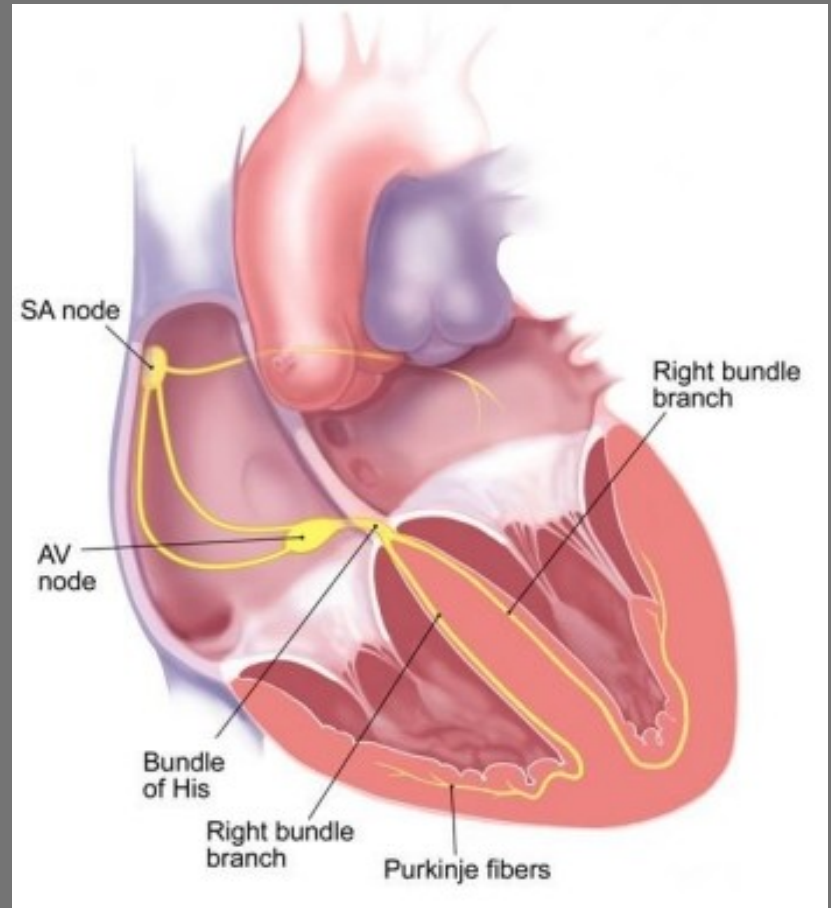
- FC a 100 cpm en reposo.

SUPRAVENTRICULAR

- Origen por encima del Haz de His.
- Tejido auricular para su inicio y mantenimiento
- Requieren del nodo AV para su inicio y mantenimiento.

CARACTERISTICAS ECG

- QRS fino: < 120 mseg.
- QRS ancho:
 - > 120 mseg.
- Trast. conducción intraventricular o pre-excitación, MP.



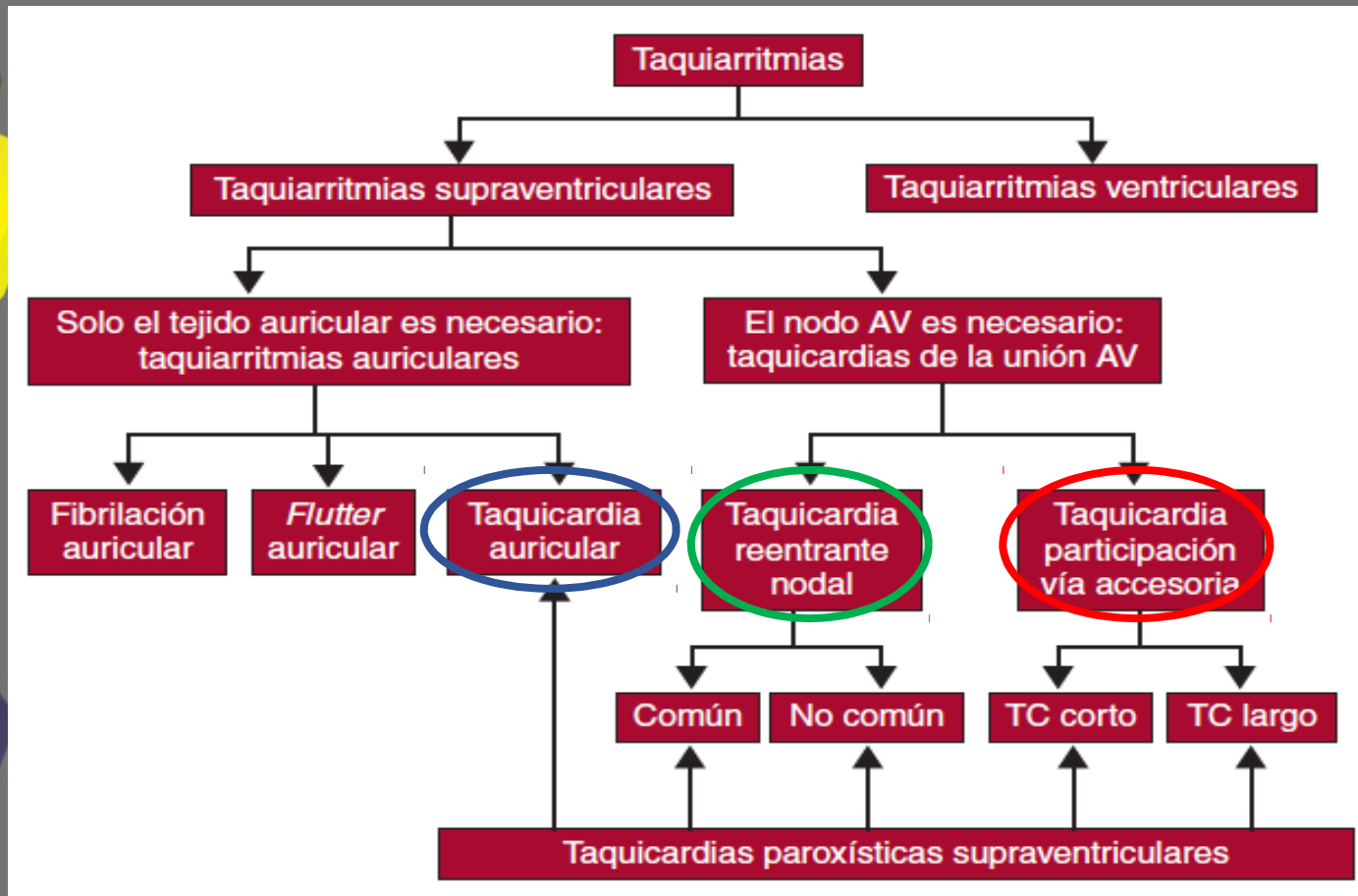


TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES PAROXISTICAS

TAQUICARDIAS PAROXISTICAS

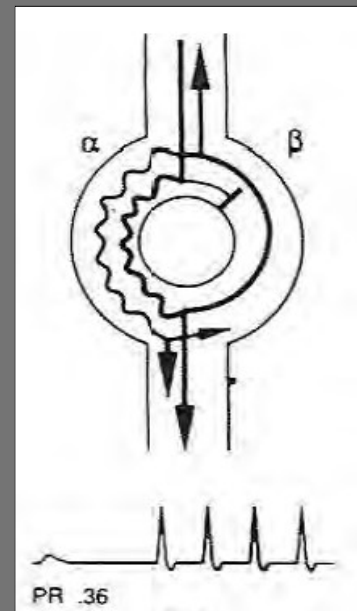
- Características:
 - Presentación intermitente.
 - Inicio y fin brusco.
- Estas son:
 - Taquicardia nodal reentrante (TRN): 50-60%
 - Taquicardia auriculoventricular reentrante (TAVR): 30-40%
 - Taquicardia auricular (TA): 10%
- Prevalencia: 2,25/1000.
- Incidencia: 35/100000.
- Mecanismo: depende de la edad y género.
- Pronóstico benigno.
- Sintomáticas y recidivantes.

TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES PAROXISTICAS



TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL (TRN)

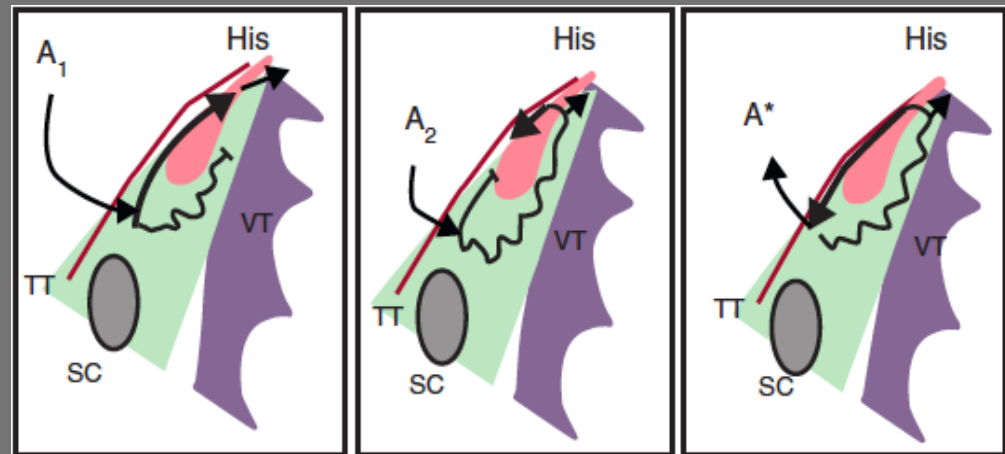
- Es la mas frecuente de las TSV.
- Mayor incidencia 4 decada.
- Predomina en mujeres 2:1.
- Sustrato anatómico:
 - Nodo AV
 - Topografía: Triángulo de Kotch.
 - Conducción decremental.
 - Vías con propiedades de conducción diferentes:
 - Vía de conducción rápida con período refractario largo.
 - Vía de conducción lenta con período refractario corto.



TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL

TRN LENTA-RAPIDA

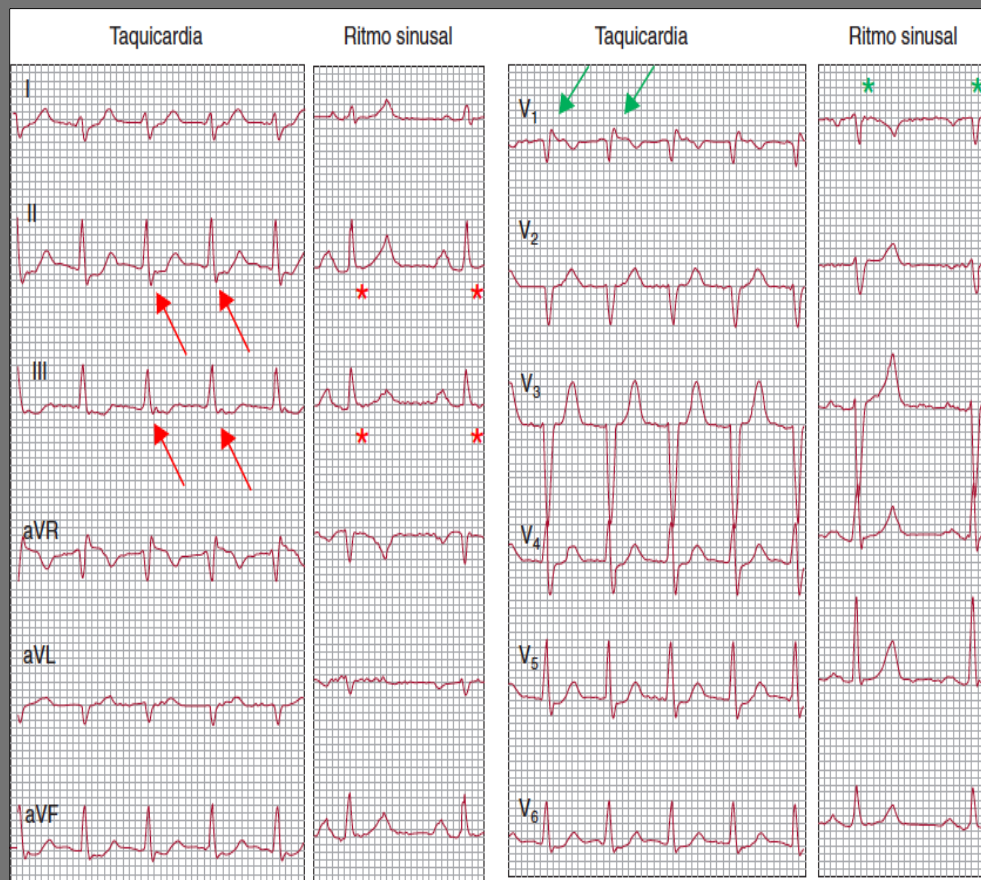
- Típica o comun: 80- 90%
- Desencadenada por ESV gralmente.
- Activación A y V simultáneas.



TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL

ECG

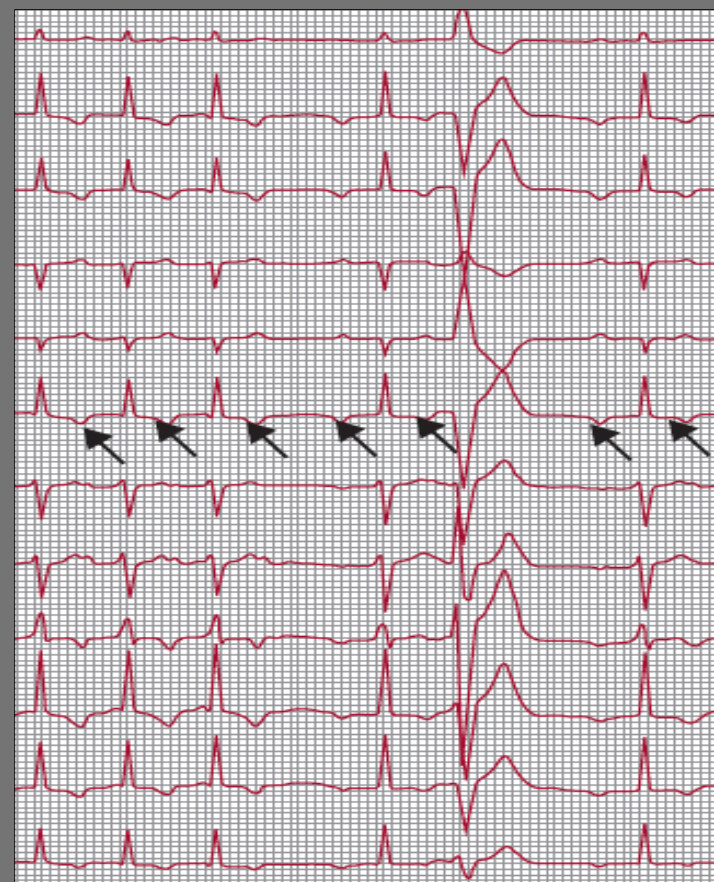
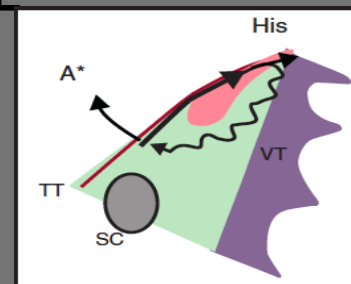
- Intervalo RP muy corto (<70 ms).
- Onda P retrógrada oculta en QRS
 - Pseudo R' en V1.
 - Peudo s en derivaciones inferiores (D II, III y aVF).



TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL

TRN RAPIDA-LENTA

- Menos fcte: 5-10%
- Vía rápida anterógrada y vía lenta retrógrada.
- Desencadenada por EV.
- Activación A retrasada con respecto a la V.
- ECG:
 - Intervalo RP largo.
 - P retrógrada negativa en cara inferior.



TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL



TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL

TRATAMIENTO EN AGUDO

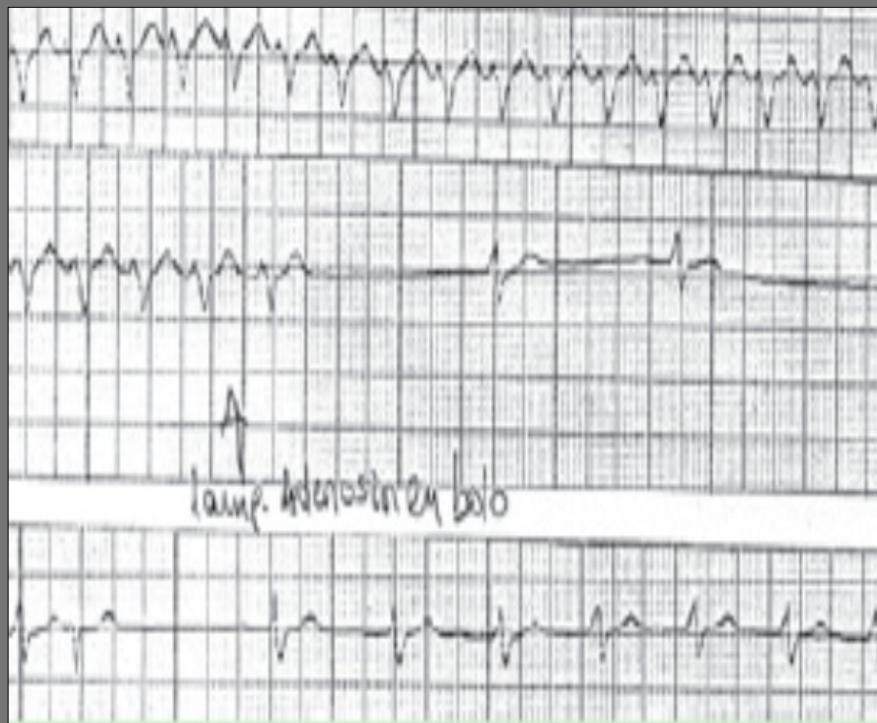
- Maniobras vagales:
 - En pacientes con TSV bien toleradas.
- Adenosina:
 - Fármaco de elección.
 - Vida media muy corta (5s).
 - Dosis: bolo 12 mg, 18 mg.
 - Efectos secundarios: dolor torácico, vasodilatación y malestar general.
 - Contraindicado en asmáticos.
- Betabloqueantes, Ca antagonistas 2a linea.
- CVE:
 - En pacientes con TSV mal toleradas, excepcional.

TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL

MANIOBRAS VAGALES

- Maniobra de Valsalva
- Masaje Seno Carotídeo
 - Mantener ligera presión sobre SC durante 5-10 s.

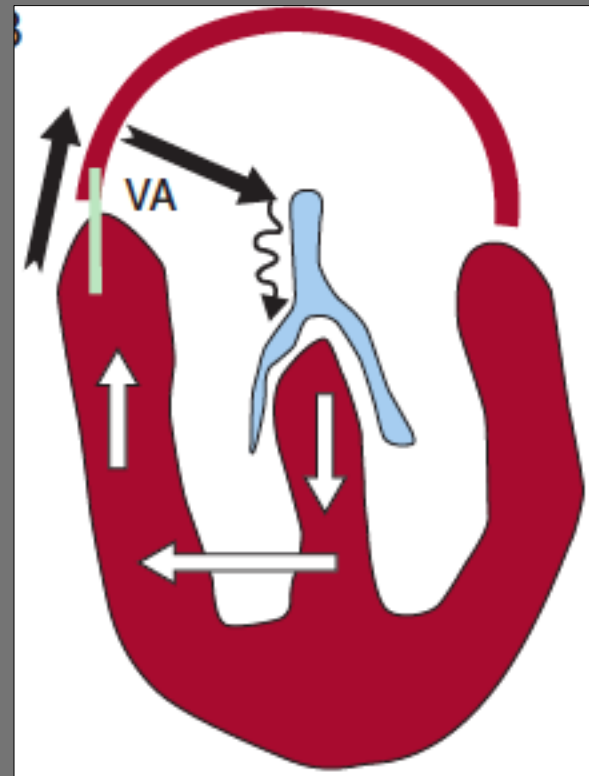
ADENOSINA I/V



TAQUICARDIA AURICULOVENTRICULAR REENTRANTE

VIAS ACCESORIAS

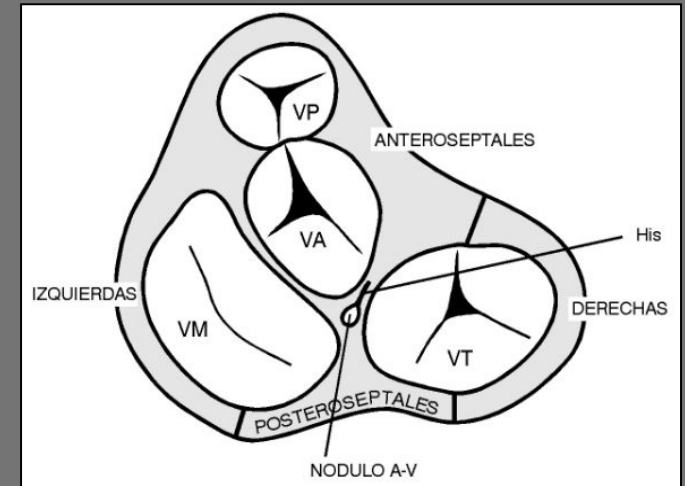
- Vías de conexión aurículo-ventriculares.
- Conducción:
 - Anterógrada: 5%
 - Retrógrada: 17-37% (Oculta).
 - Bidireccional: 60%
- Más fcte en primeras 2 décadas.
- Predomina en hombres.
- Tipos: Vias comunes y no comunes.



TAQUICARDIA AURICULOVENTRICULAR REENTRANTE

VIAS ACCESORIAS COMUNES

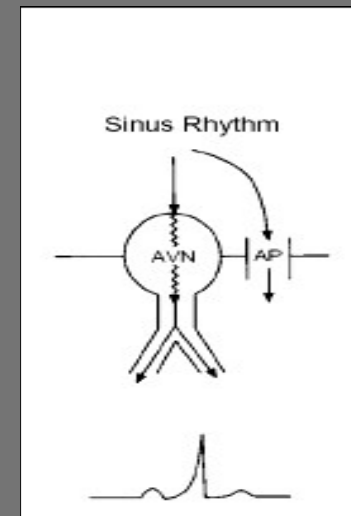
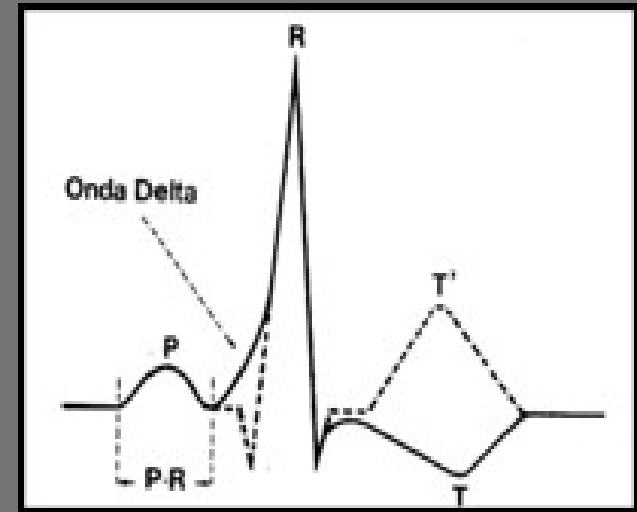
- Aurículo-ventriculares.
- Conducción:
 - Bidireccional: WPW.
 - Retrógrada: TPSV x vía oculta.
- Se insertan en anillos AV.
- Localización:
 - 45-60% pared libre VI.
 - 25% póstero-septal.
 - 13-21% pared libre VD.
 - 2% ántero-septal.



TAQUICARDIA AURICULOVENTRICULAR REENTRANTE

CONDUCCION ANTEROGRADA

- **PREEXCITACION VENTRICULAR:**
 - Activación ventricular se produce antes de lo esperado a si la conducción se efectúa por el nodo AV.
- **ECG:**
 - PR corto < 120 ms.
 - QRS ancho a expensas de empastamiento inicial (>100 ms).
 - Activación por VA: ONDA DELTA
 - Activación por vía de conducción normal.
 - Trastornos secundarios de la repolarización.





TAQUICARDIA AURICULOVENTRICULAR REENTRANTE

CONDUCCION RETROGRADA

- No tiene manifestacion ECG en ritmo sinusal.

TAQUICARDIA AURICULOVENTRICULAR REENTRANTE

SD WOLF PARKINSON WHITE (WPW)

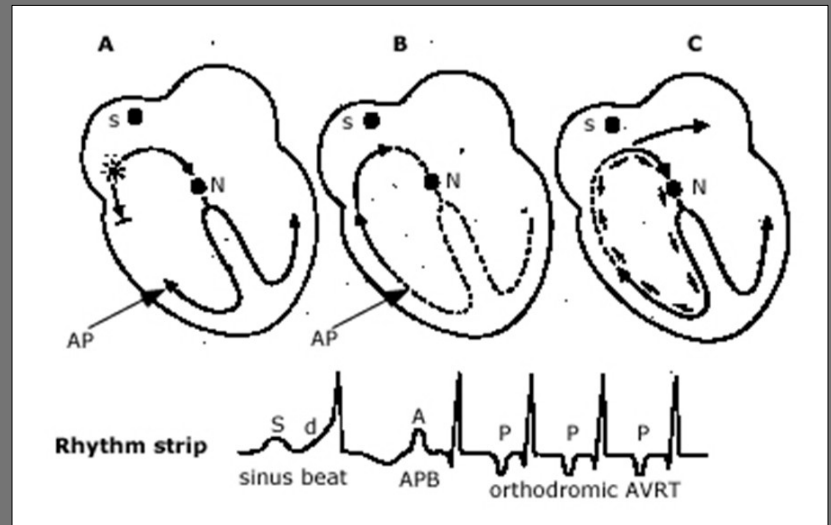
PREEXCITACION (ONDA DELTA)

+

TAQUIARRITMIAS



- TAQUICARDIA ORTODROMICA
 - FA
 - FLUTTER
- TAQUICARDIA ANTIDROMICA



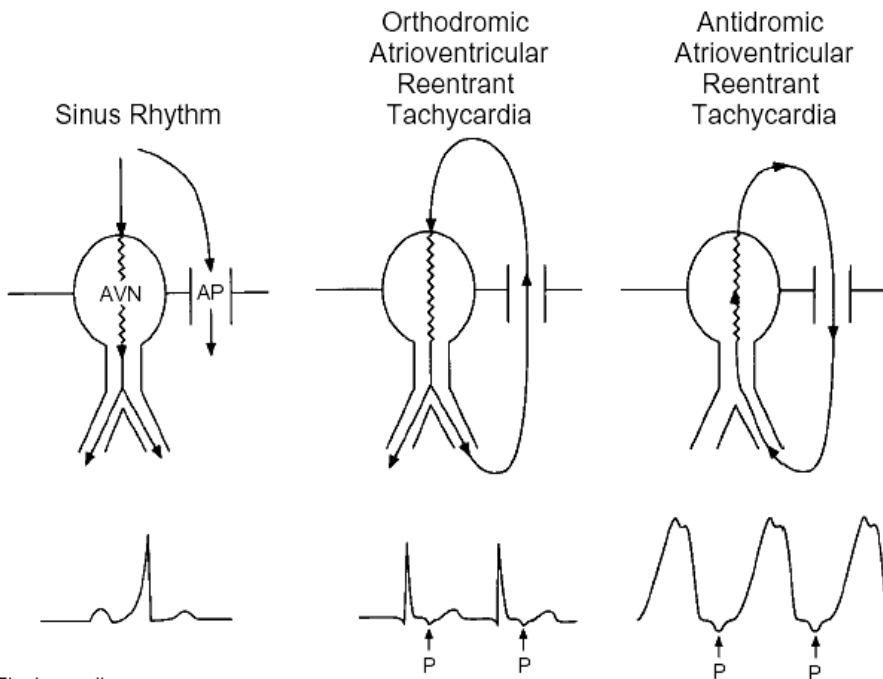
TAQUICARDIA AURICULOVENTRICULAR REENTRANTE

TAQUICARDIA REENTRADA AV

- Puede ser:
 - Ortodrómica
 - Antidrómica

- Ortodrómica:
 - 50% vía accesoria manifiesta (preexcitación en ECG en RS).
 - 50% vía accesoria oculta.
 - Taquicardia de complejos finos (TCF)
 - Son el 95% de las TRAV.

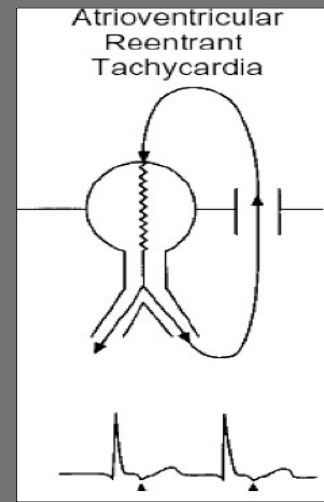
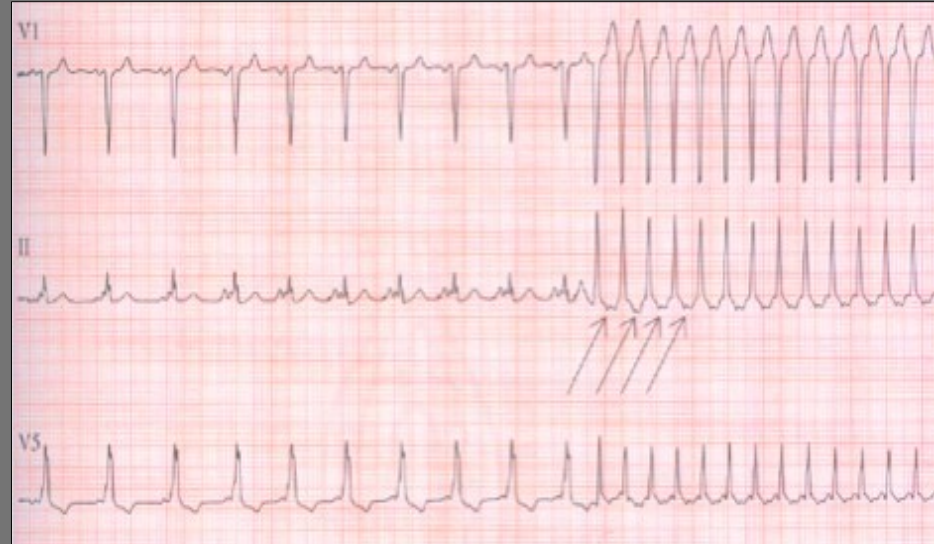
- Antidrómica:
 - Conducción anterógrada manifiesta.
 - Taquicardia de complejos anchos(TCA)
 - 5-10% de las TRAV.
 - 50-70% tienen otra vía accesoria.



TAQUICARDIA AURICULOVENTRICULAR REENTRANTE

ECG TAQUICARDIA ORTODROMICA

- Taquicardia de complejo finos.
- P retrógrada en el segmento ST-T.
- RP corto.
- RP constante.
- QRS fino sin preexcitación.
- FC :150-250 cpm.
- Alternancia del QRS en 38% de los casos.
- Alt. Isquémicas de la repolarización incluso en pacientes con baja probabilidad de CI.
- La topografía del infradesnivel de correlaciona con la de la vía.



TAQUICARDIA AURICULOVENTRICULAR REENTRANTE

TRATAMIENTO EN AGUDO

- Maniobras vagales:
 - En pacientes con TSV bien toleradas.
- Adenosina:
 - Fármaco de elección.
 - Vida media muy corta (5s).
 - Dosis: bolo 12 mg, 18 mg.
 - Efectos secundarios: dolor torácico, vasodilatación y malestar general.
 - Contraindicado en asmáticos.
- Betabloqueantes, Ca antagonistas 2a linea.
- CVE:
 - En pacientes con TSV mal toleradas, excepcional.

TAQUICARDIA AURICULOVENTRICULAR REENTRANTE

SD WOLF PARKINSON WHITE (WPW)

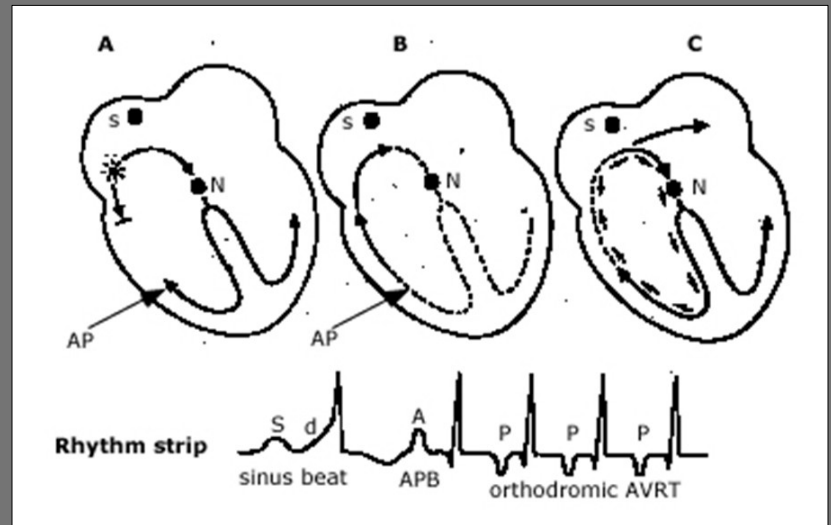
PREEXCITACION (ONDA DELTA)

+

TAQUIARRITMIAS



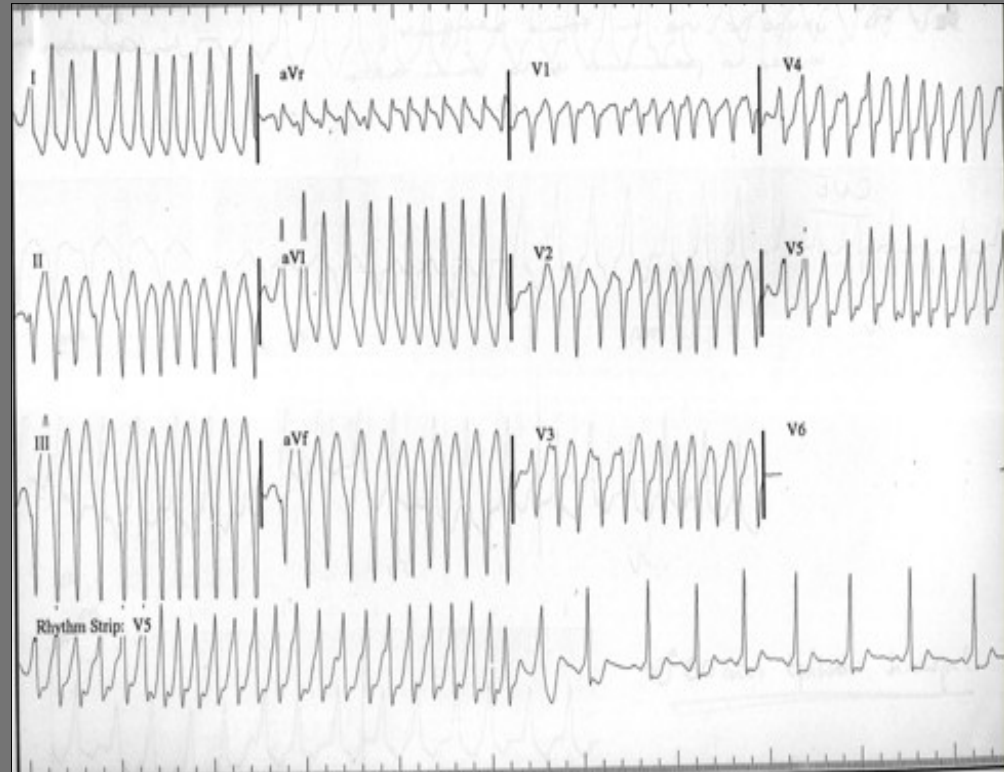
- TAQUICARDIA ORTODROMICA
 - FA
 - FLUTTER
- TAQUICARDIA ANTIDROMICA



TAQUICARDIA IRREGULAR COMPLEJOS ANCHOS

FA PREEXCITADA

- Vía accesoria: conducción rápida.
- Riesgo de degenerar en FV. Riesgo MS.
- Tratamiento CVE inmediata.
- Fármaco antiarrítmico: procainamida i/v.
- Contraindicados:
 - Betabloqueantes
 - Calcioantagonistas
 - Digoxina



FA PREEXCITADA

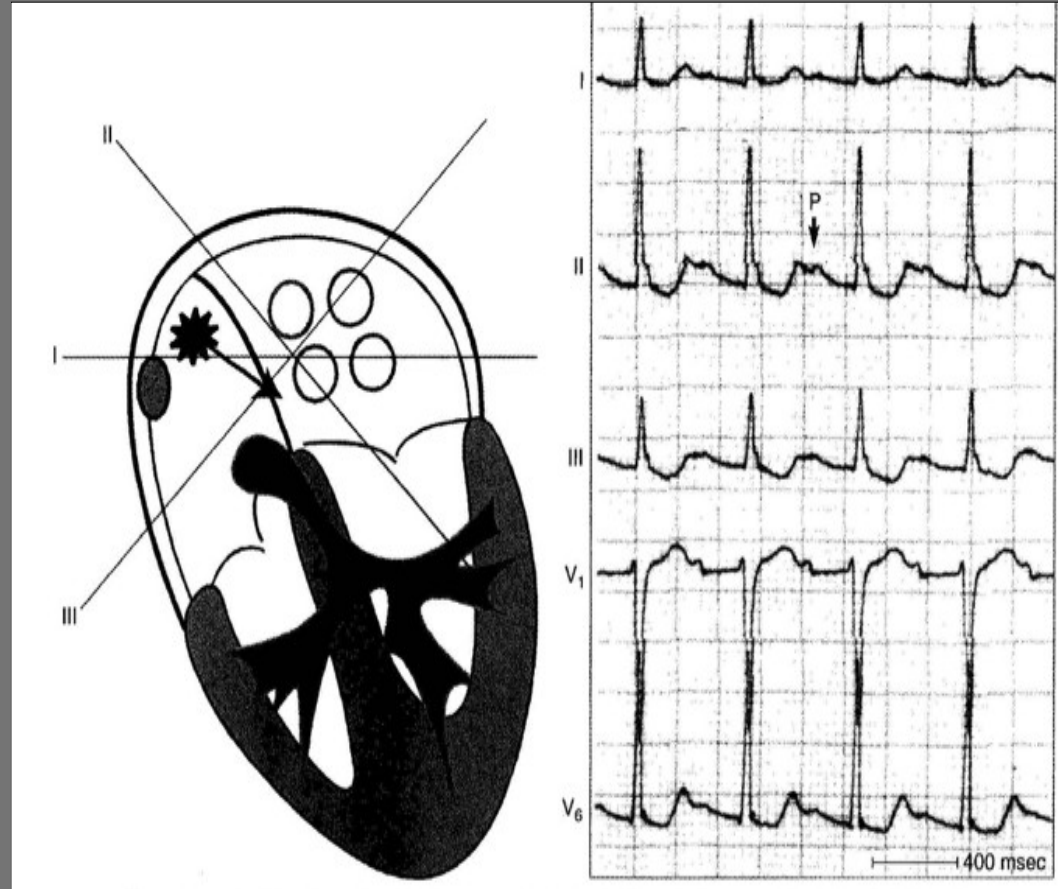


TAQUICARDIA AURICULAR

- Prevalencia
 - 0,34% asintomáticos
 - 0,46% sintomáticos
- Relación Hombre Mujer 1:1
- Incidencia: aumenta con la edad
- Activación rítmica de foco auricular.
- FC < 240 cpm.
- Localización:
 - + fcte AD crista terminalis.
- Mecanismo:
 - Automaticidad aumentada.
 - Microreentrada.
 - Actividad gatillada.
- Características ECG
 - Onda P definida.
 - Línea isoeléctrica entre ondas P.
 - FC entre 130-240 cpm
 - Morfología onda P: topografía origen.

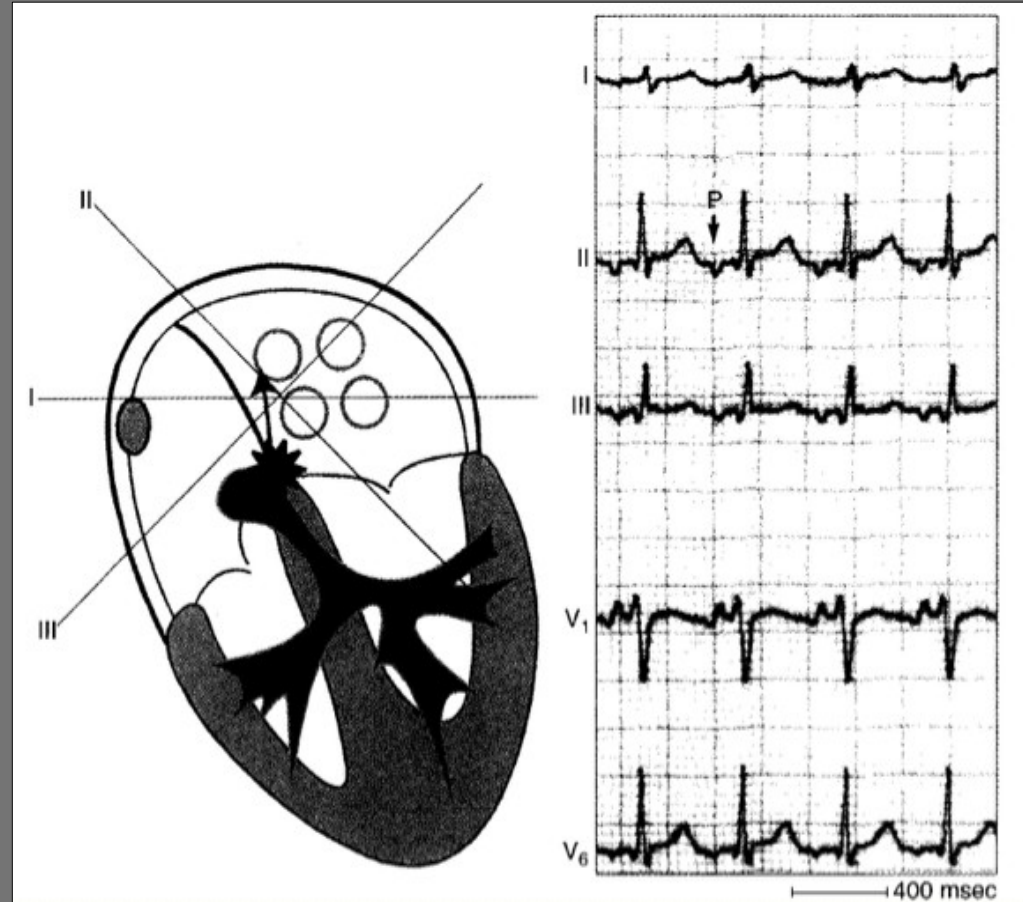
TAQUICARDIA AURICULAR

FOCO AURICULA DERECHA ALTA



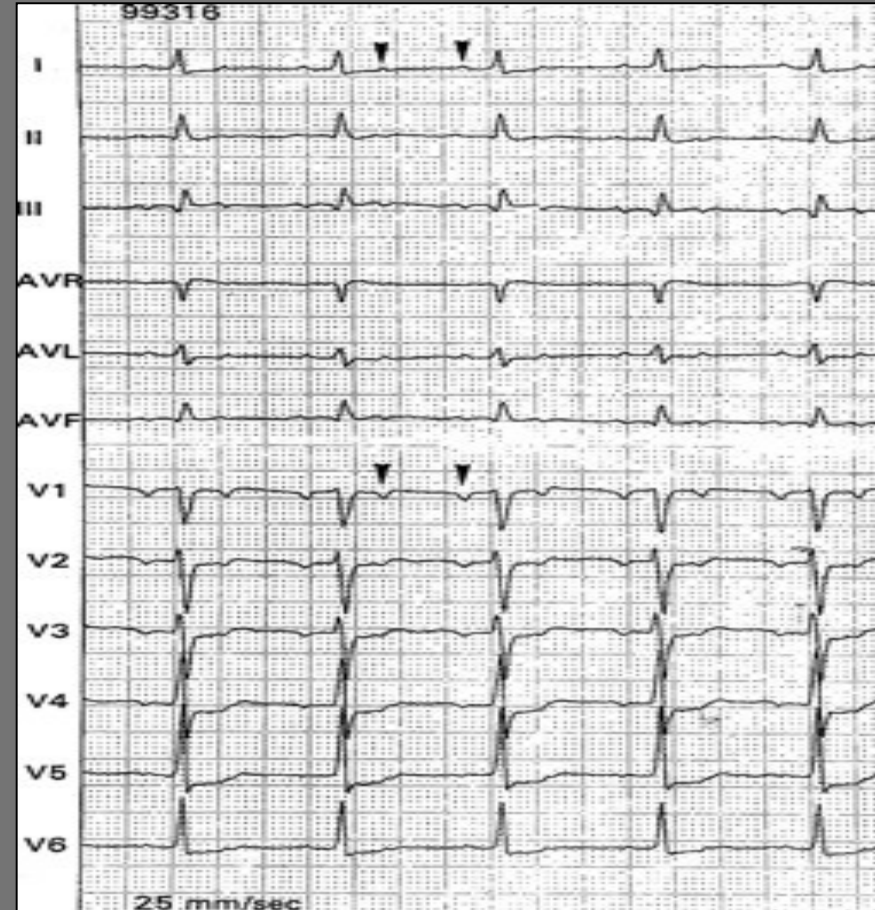
TAQUICARDIA AURICULAR

FOCO AURICULA DERECHA BAJA



TAQUICARDIA AURICULAR

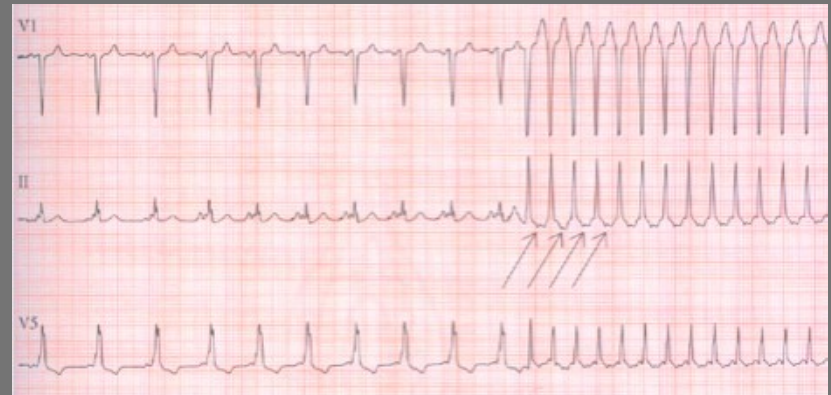
TA CON CONDUCCION 2:1



ALGORITMO TSV PAROXISTICA

TAQUICARDIA COMPLEJO FINO

- Regularidad de intervalo RR.
- Presencia o ausencia de onda P.
 - MSC o Adenosina.
 - Morfología de onda P.
- Conducción AV.
- Relación RP-PR.
- Comportamiento ante maniobras vagales o Adenosina





GRACIAS