

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR#



TELÉFONOS EMERGENTZIAK:
Araba: 945 244 444
Bizkaia: 944 100 000
Gipuzkoa: 943 461 111


TEP:
A: Apariencia
R: trabajo Respiratorio
C: Circulación

VALORAR TEP

ESTABLE

INESTABLE

- Toma de Constantes
- Realizar ECG 12 derivaciones con tira de ritmo continua^a
- MANIOBRAS VAGALES^{b,c}

- ABCD. Oxígeno
 - Monitorizar (FC, FR, SatO₂, TA)
 - Vía periférica o VIO (preferiblemente en extremidad superior derecha, poner llave de 3 pasos)
 - **ECG 12 derivaciones con tira de ritmo continua^a**
 - **Activar Emergencias (SCORE DE TRANSPORTE)**
- 

Reevaluación con ECG

Si taquicardia **supraventricular** o taquicardia **ventricular QRS monomórfico:**
MANIOBRAS VAGALES^{b,c} + Reevaluación con ECG

Responde

No responde

Si inestabilidad hemodinámica
CARDIOVERSIÓN SINCRONIZADA^d
Maniobras vagales y adenosina pueden administrarse mientras se prepara la cardioversión, pero nunca deben retrasarla

Traslado al hospital
 (con vía periférica cogida)
[SCORE DE TRANSPORTE](#)



ADENOSINA^e

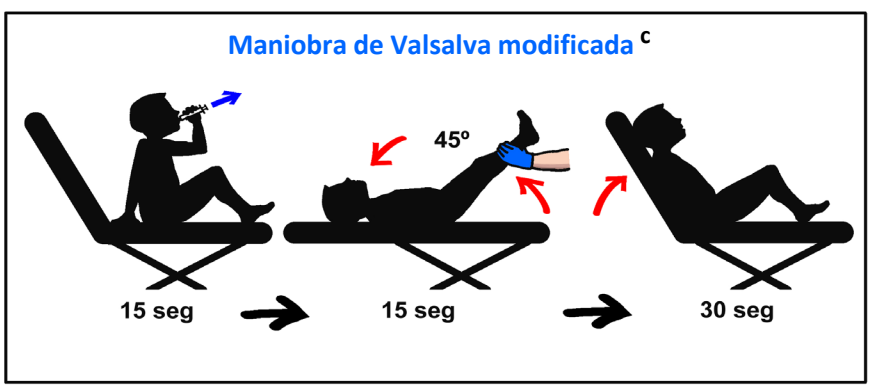
- **1ª dosis BOLO RÁPIDO IV (0,1 mg/kg)**
Máx. 6 mg dosis, seguido de SSF: 5 ml
Si no revierte, 2ª dosis (en 1-2 min):
- **2ª dosis BOLO RÁPIDO IV (0,2 mg/kg)**
Máx. 12 mg dosis
Si no revierte, 3ª dosis:
- **3ª dosis BOLO RÁPIDO IV (0,3 mg/kg)**
Máx. 12 mg dosis

REEVALUACIÓN CONTINUA

^a Tira de ritmo continua
 Realizar tira de ECG durante las maniobras vagales o la administración de adenosina (Es importante para el diagnóstico posterior de la causa de la TPSV)

^b MANIOBRAS DE VAGALES

- **Lactante:** hielo en cara 15-30 seg.
- **Niños:** Valsalva modificada^c, reflejo nauseoso, apnea, soplar globo /jeringa
 - **NO masaje Seno Carotideo**
 - **NO presión ocular**



^c Valsalva modificada
 Con el niño sentado se le hace soplar en una jeringa de 10 cc durante 15 segundos. A continuación, se le tumba y se elevan las piernas 45° durante 15 segundos
Video: [LINK AQUÍ](#)



EMERGENCIAS Y TRANSPORTE SANITARIO (EyTS)

d **CARDIOVERSIÓN SINCRONIZADA**

- Sedoanalgesia, si el paciente está consciente
- Primera descarga **1 J/kg, segunda descarga a 2 J/kg, si no cede se puede repetir, duplicando energía hasta un máximo de 4 J/kg**
- Pasos a seguir:
 1. Monitorización cardiorrespiratoria continua
 2. Encender aparato desfibrilador
 3. Colocar parches autoadhesivos (dos tamaños según la edad y peso del paciente) en pecho descubierto. Lactantes pequeños: uno anterior a nivel paraesternal izquierdo y uno posterior en región interescapular. Niño mayor: uno debajo de la clavícula dcha. y el otro bajo la axila izda. (ápex cardíaco)
 4. Seleccionar modo sincrónico
 5. Seleccionar energía deseada
 6. Cargar
 7. Avisar al personal que atiende al paciente para medidas de seguridad
 8. Mantener el botón de descarga presionado hasta que se produzca la misma
- Si persiste arritmia y paciente con inestabilidad hemodinámica, administrar amiodarona a 5mg/kg (máx. 300 mg) en 10-20 min, y reintentar cardioversión eléctrica si no revierte a ritmo sinusal

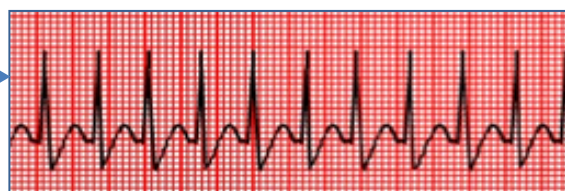
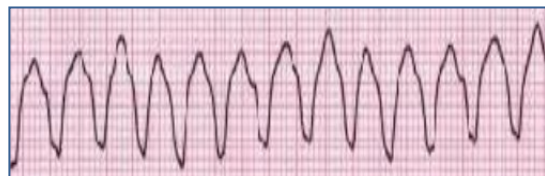
MARCO TEÓRICO

QRS ESTRECHO: <7 años: ≤0,08
>7 años: ≤0,10

QRS ANCHO: <7 años: >0,08
>7 años: >0,10

- **Descartar Taquicardia sinusal:**
Compatible con causa conocida
Ondas P presentes
R-R variable. PR constante
FC <220 lpm en lactantes o <180 lpm en niños
- **Taquicardia supraventricular:**
Historia compatible (inespecífica)
Comienzo súbito
FC >220lpm en lactantes o >180 lpm en niños
Ondas P ausentes o anormales
Intervalos RR regulares
QRS generalmente estrecho (no siempre)
La FC no varía con la actividad

- **Probable Taquicardia Ventricular:**



e ADENOSINA

- En este protocolo se sigue recomendando: 0,1 mg/kg en la 1ª dosis; 0,2 mg/kg en la 2ª dosis y 0,3 mg/kg en la 3ª dosis; no obstante, según la última guía europea, podría administrarse desde una 1ª dosis a 0,1-0,2 mg/kg (máx. 6 mg), con incrementos de 0,05-0,1mg/kg en dosis sucesivas, siendo el máximo de las dosis sucesivas, entre 12-18 mg por cada dosis

CODIGOS CIE-10

- Taquicardia, no especificada R00.0
- Taquicardia paroxística I47
- Taquicardia (paroxística) supraventricular I47.1

JUSTIFICACIÓN PARA EL CAMBIO DE VERSIÓN

1. Por haber transcurrido 5 años de la versión anterior (V3)
2. Se añade Maniobra de Valsalva modificada para niños-adolescentes
3. Se incluye y explica la cardioversión sincronizada, indicada en la TPSV con inestabilidad hemodinámica, para su aplicación, según disponibilidad, en AP/PAC o en EyTS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. European resuscitation council. Guidelines on Cardiopulmonary resuscitation. (European Resuscitation Council Guidelines 2025 Paediatric Life Support) Octubre 2025; 215; 10-12
2. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Adenosina. En: Pediamecum (Internet). Madrid: Asociación Española de Pediatría; (citado 11 marzo 2026). Disponible en: [Comité de Medicamentos · Pediamecum | Asociación Española de Pediatría](#)
3. Anne M Dubin. Management of supraventricular tachycardia in children. Consultado Febrero 2026. Disponible en: [Management of supraventricular tachycardia \(SVT\) in children - UpToDate](#)
4. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Manejo de las arritmias más frecuentes de pediatría. Ed:4º. Gomez Carabaza A, Alonso Sánchez I. Actualizado 2025 Enero. Disponible en [34 Arritmias -4a-ed-ene25v2.pdf](#)
5. Jordan M Prutkin. Overview of the acute management of tachyarrhythmias. Section Editors: James Hoekstra, Hugh Calkins. Deputy Editor: Brian C Downey. Consultado en feb 2026. Disponible en: [Overview of the acute management of tachyarrhythmias in adults - UpToDate](#)
6. Guía Torrent JM, Navalón Pérez MJ, Escudero Cárceles F, Espín López JM. Taquicardias supraventriculares. En: Albert Brotons DC (ed) Cardiología Pediátrica y Cardiopatías congénitas del niño y del adolescente. Madrid: CTO Editorial; 2015. Volumen II 453-463

Autoría de las ilustraciones: GIDEP