

Autor: Eliseo Zaragoza Noguera. Médico de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia.

1. DEFINICIÓN

Las taquicardias constituyen arritmias cardíacas caracterizadas por una frecuencia cardíaca (FC) > 100 latidos por minuto (lpm). En concreto, las taquicardias de QRS estrecho (TQRSE) se definen por una FC > 100 lpm en reposo y una amplitud del complejo QRS < de 120 ms por activación ventricular a través del sistema de conducción normal. Debido a que se originan por encima o a nivel del tejido del nodo auriculoventricular (NAV), se denominan taquicardias supraventriculares (TSV).

Se pueden originar por un mecanismo de reentrada o por una alteración del automatismo y activación desencadenada por postpotenciales.

La mayoría son benignas, aunque sintomáticas y recidivantes, pero un pequeño porcentaje son potencialmente graves, por lo que es necesario un diagnóstico y tratamiento, si precisa, precoces.

Se pueden clasificar atendiendo a distintos criterios, uno de ellos es según la regularidad o no del intervalo R-R (tabla 1):

TAQUICARDIAS CON QRS ESTRECHO	
RÍTMICAS (Intervalo R-R Regular): - Taquicardia sinusal. - Taquicardia auricular. - Taquicardia nodal: - Automática o focal - Taquicardia de la unión no paroxística - Por reentrada: Intranodal; Por vía accesoria; Incesante. - Flutter auricular.	
ARRÍTMICAS (Intervalo R-R Irregular): - Fibrilación auricular (FA). - FA en el Síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW). - Taquicardia auricular multifocal (TAM)	
Tabla 1: Clasificación de las TQRSE	

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma:
Página 1 de 34			Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



2. ATENCIÓN INICIAL TELEFÓNICA

PALABRAS CLAVE	RECOMENDACIONES DESDE CCU
Palpitaciones	Preguntar si tiene disponibilidad de un pulsioxímetro para la toma de pulsaciones. Si cifra elevada indicar al llamante que el paciente debe estar en reposo.
Mareo	
Dolor Torácico	
Confusión	

3. RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA EL ACCESO AL LUGAR DEL ACCIDENTE

La fase de aproximación se corresponde con el acceso al lugar del suceso por el camino más seguro y rápido. Los equipos intervinientes a su llegada al punto de asistencia deben adoptar todas las medidas de protección, tanto activas (rotativos luminosos) como pasivas (guantes, chaleco reflectante, gafas de protección, etc.), necesarias para garantizar su propia seguridad.

Es importante informar de los estados de activación de cada unidad asistencial. En Murcia utilizamos el código del sistema TETRA a través de la emisora. En las unidades que no cuenten con sistema TETRA, se darán los estados a través de línea telefónica o emisora analógica.

Número	Descripción
1	ACTIVADO
2	LLEGADA AL LUGAR DEL AVISO
3	EN CARGA PARA TRASLADO AL HOSPITAL
4	LLEGADA AL HOSPITAL
5	LIBRE DISPONIBLE

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma:
Página 2 de 34			Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



4. EVALUACIÓN INICIAL.

4.1 EVALUACIÓN RÁPIDA ABCD

4.2 RECOGIDA DE DATOS DE FILIACIÓN COMPLETOS

4.3 ANAMNESIS (Tabla 2)

ANTECEDENTES FAMILIARES: - Especial atención a arritmias, muerte súbita y cardiopatías.
ANTECEDENTES PERSONALES: - Edad y Sexo (Orienta al tipo TQRSE más probable) - Arritmias, Cardiopatías, Hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), tabaco, broncopatías, ... - Factores desencadenantes: Ingesta de estimulantes (Café, té, alcohol), fármacos o psicotropos (Anfetaminas, cocaína, éxtasis...), estrés, movimientos o posturas. - Tratamiento Previo: En particular tratamiento de arritmias crónicas y tratamiento empleado en situaciones agudas, así como la respuesta al mismo.
CLÍNICA: - Variable, desde grave, incluso fatal (muerte súbita) hasta síntomas menores o anormalidades en el ECG descubiertas en una persona asintomática, dependiendo de tipo de TSV, la FC a la que se desarrollen, edad y, fundamentalmente, existencia o no de cardiopatía estructural. - Definir edad de comienzo de los síntomas, posibles desencadenantes, su forma de presentación y final (Gradual o paroxístico), efectividad de las medidas para terminar la crisis (Maniobras vagales, fármacos, ...), regularidad o irregularidad, duración, frecuencia de presentación, síntomas acompañantes y tolerancia de las crisis. - Lo más importante es descartar signos de DETERIORO HEMODINÁMICO: ➤ Tensión arterial sistólica (TAS) <90 mmHg ➤ Síncope, Deterioro neurológico agudo ➤ Insuficiencia cardíaca aguda-Edema agudo de pulmón Cardiogénico ➤ Dolor torácico isquémico - Síntoma más típico son las PALPITACIONES. - Otros síntomas: Cansancio, disnea, mareo, poliuria, ansiedad, latidos en el cuello...
Tabla 2. Anamnesis

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 3 de 34			



4.4 EXPLORACIÓN FÍSICA (Tabla 3) Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (Tabla 4)

EXPLORACIÓN FÍSICA	
CONSTANTES VITALES: -TA -FC -FR -Saturación de Oxígeno -Tª INSPECCIÓN: -Perfusión cutánea -Coloración de piel y mucosas -Latido en el cuello AUSCULTACIÓN CARDIOPULMONAR: -Regularidad o no del ritmo cardiaco, soplos. -Estertores, crepitantes, sibilancias.	EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA: -Nivel de conciencia -Signos y síntomas de posible ICTUS PULSOS CENTRALES Y PERIFÉRICOS: -Carotídeo y/o Radial -Valorar su regularidad e intensidad MIEMBROS INFERIORES: -Edemas con fovea
Tabla 3. Exploración física FC: Frecuencia cardíaca; FR: Frecuencia respiratoria; Tª: Temperatura; TA: Tensión arterial	

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS	
ECG 12 DERIVACIONES: -FC -Regularidad o no del ritmo -Regularidad y características del QRS -Frecuencia, presencia, morfología y constancia de onda P -Relación y medición intervalo P-QRS -Alteraciones en la repolarización -Intervalo Q-T -Identificar, si posible, mecanismo de la arritmia.	MONITORIZACIÓN: -ECG de 12 derivaciones (permite valorar la evolución del cuadro y registro) -TA -Saturación de Oxígeno GLUCEMIA
Tabla 4. Exploraciones complementarias ECG: Electrocardiograma; FC: Frecuencia cardíaca; TA: Tensión arterial	

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma:
Página 4 de 34			Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



4.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante diagnóstico no claro tras anamnesis y ECG, realizar maniobras diagnósticas y terapéuticas para bloquear transitoriamente la conducción auriculoventricular (AV) en el siguiente orden:

- Maniobras vagales (Anexo I): Se realizará maniobra de Valsalva modificada (primera opción) o masaje del seno carotídeo (MSC), ambas bajo monitorización ECG.
- Fármacos (Anexos III y IV): De vida media muy corta que ejerzan un bloqueo fugaz (segundos) en la conducción AV:

ADENOSINA

VERAPAMIL : Usarlo sólo en TQRSE.

Los efectos de estas maniobras dependen del tipo de taquicardia:

Las TSV que precisan del NAV para su mantenimiento consiguen su interrupción si son efectivas.

Las TSV que no dependen del NAV (Taquicardia Sinusal y Auricular, Flúter Auricular y FA) las enlentece sin interrumpirlas (salvo excepciones) permitiendo ver la activación auricular (onda P) y su diagnóstico diferencial.

Las TV no se modifican (sí, ocasionalmente, si no existe cardiopatía de base).

25/01/2021 14:13:24
 CELDRÁN GIL, FRANCISCO
 Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-5a9dbb62-5f0f-9b9d-bd8b-0050569634e7

01/06/2020

Página 5 de 34

**Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias Región
de Murcia**
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia

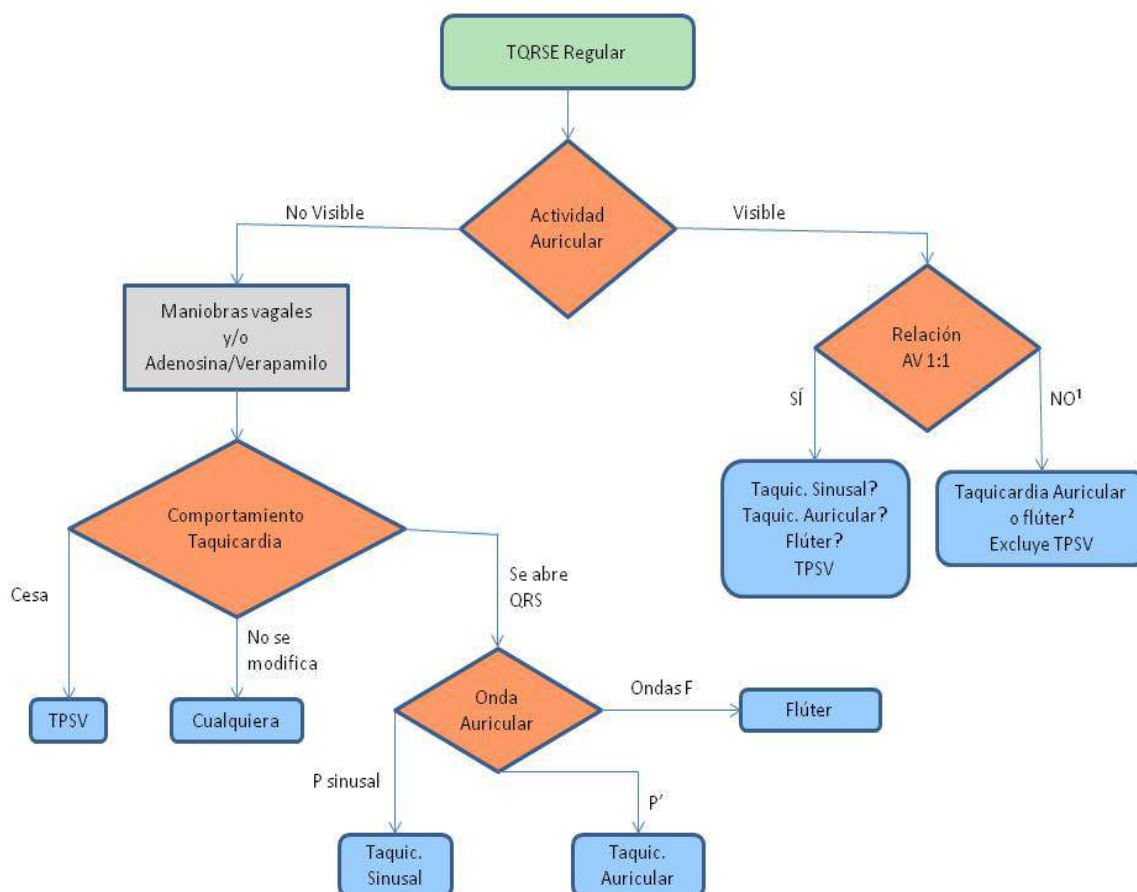


Puesto y firma:

Director Gerente 061.

D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado
electrónicamente al margen)



¹Se ven más ondas P que complejos QRS

²Flutter 2:1, 3:1, 4:1

AV: Aurículo-ventricular; TPSV: Taquicardia Paroxística Supraventricular; TQRSE: Taquicardia de complejo QRS estrecho

01/06/2020

Página 6 de 34

Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



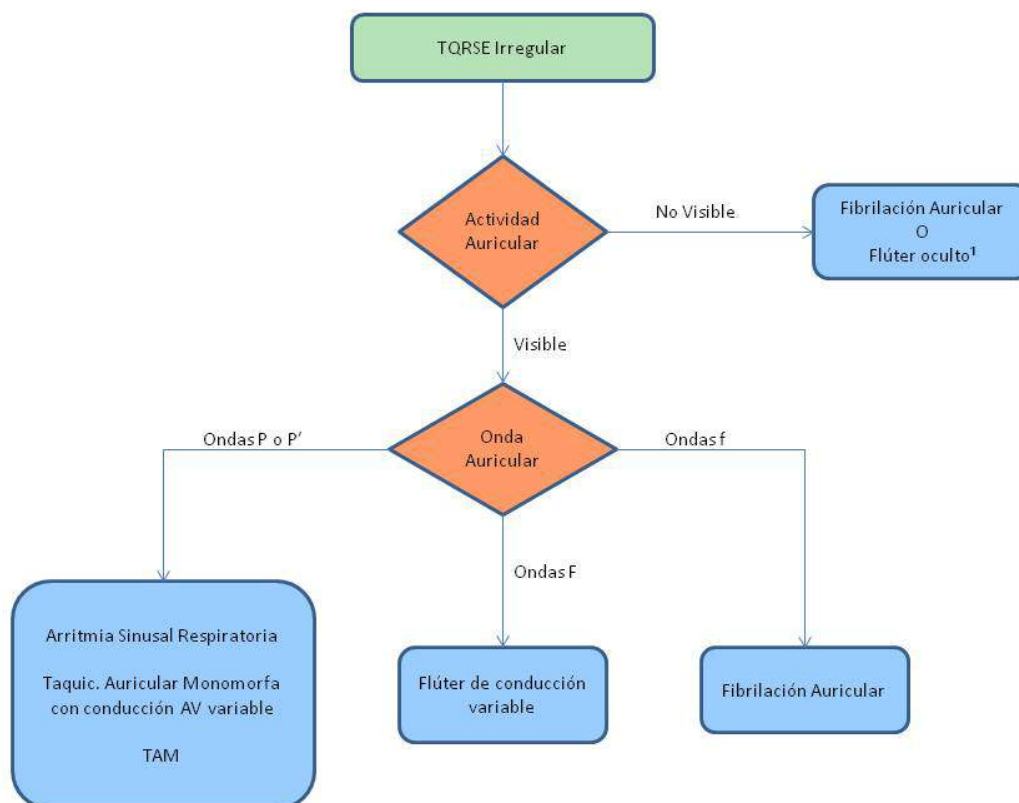
Puesto y firma:

Director Gerente 061.

D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado electrónicamente al margen)





¹Excepcional

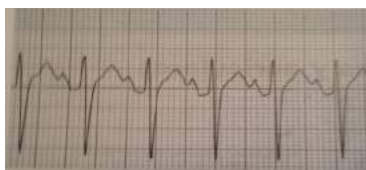
AV: Auriculoventricular; TAM: Taquicardia Auricular Multifocal

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS TQRSE:

- Se desarrollarán específicamente las taquicardias y aspectos de las mismas para su manejo en atención urgente extrahospitalaria

TAQUICARDIAS CON QRS ESTRECHO RITMICAS:

TAQUICARDIA SINUSAL (Tabla 5):



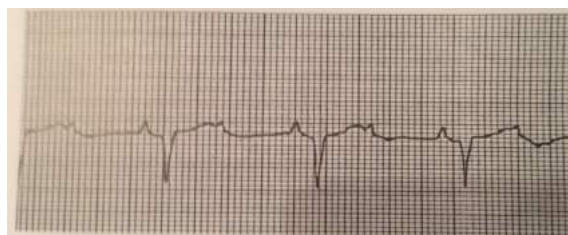
Existen formas especiales, como la taquicardia sinusal inapropiada, síndrome de taquicardia postural ortostática y taquicardia por reentrada sinoauricular, cuyo manejo a nivel extrahospitalario no difiere de una taquicardia sinusal.

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia		Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 7 de 34			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>

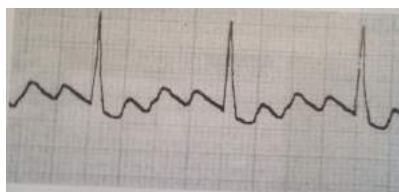


TAQUICARDIA AURICULAR AUTOMATICA O FOCAL (Tabla 5)



FLÚTER AURICULAR (Tabla 5):

Existen dos tipos de Flúter Auricular típico: Tipo I (80%), con las ondas F negativas clásicas en derivaciones inferiores y positivas en V1 y una frecuencia regular a unos 300lpm (dirección contraria a las agujas del reloj); Tipo II (20%), con ondas F positivas en derivaciones inferiores y positivas en V1, regulares a una frecuencia de 350-420lpm (dirección en el sentido de las agujas del reloj).



Existe un flúter auricular atípico o de aurícula izquierda, en el que las ondas F son concordantes en derivaciones inferiores y V1.

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 8 de 34			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>





CELDRÁN GIL, FRANCISCO

25/01/2021 14:13:24

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-5a9bb62-5f0f-9b9d-bd8b-005056934e7

TORSE Rítmicas – Alteraciones en el Nodo Sinusal o Aurícula Derecha			
	TAQUICARDIA SINUSAL	TAQUICARDIA AURICULAR AUTOMÁTICA Ó FOCAL	FLÚTER AURICULAR
ECG	RS > 100 lpm	Ondas P' (distinta a la sinusal) iguales en todas las derivaciones. Frecuencia 100-240lpm	Ondas F (dientes de sierra), frecuencia auricular 300lpm, pero por BAV fisiológico 2:1, la FC es de 150lpm (típico de este flúter)
Mecanismo	Aumento automatismo sinusal	Foco ectópico o microreentradas (paroxística)	Macrocircuito de reentrada en AD
Síntomas	Palpitaciones de inicio y fin graduales Síntomas generales más o menos intensos	Palpitaciones, mareo, disnea, dolor torácico (Paroxística, 75%)	A veces disnea y/o angor, aunque generalmente bien tolerada
Causas	FISIOLÓGICAS (Ejercicio, ansiedad, embarazo, niños) PATOLÓGICAS (Fiebre, Tóxicos, Hipovolemia, Anemia, Hipertiroidismo, IC, CI, Hipoxia, Fármacos Beta-adrenérgicos,...)	Cardiopatías (IAM), EPOC, Alcohol, Alteraciones metabólicas, Intoxicación digitalica. A veces en personas sanas	Estenosis Mitral, CI, EPOC, Cor Pulmonale, HTA. Idiopático
Comentarios	Si difícil diagnóstico por FC elevada, se enlentece con MV, pero se acelera al cesar éstas	A veces irregular, de inicio y fin graduales (calentamiento-enfriamiento) Si incesante, puede ser asintomática y evolucionar a taquicardiomiocardiopatía MV la enlentece transitoriamente	MV aumentan el grado de bloqueo si difícil diagnóstico. Forma presentación paroxística, crónica o como paso de RS a FA
Diagnóstico Diferencial		Si P' bloqueada, excluye taquicardia por vía accesoria y es improbable TRN	FA (si flúter presenta conducción variable, dando un ritmo irregular)

Tabla 5

AD: Aurícula derecha; AV: Aurículoventricular; BAV: Bloqueo aurículoventricular; CI: Cardiopatía isquémica; ECG: Electrocardiograma; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FA: Fibrilación auricular; FC: Frecuencia cardíaca; HTA: Hipertensión arterial; IAM: Infarto agudo de miocardio; IC: Insuficiencia cardíaca; MV: maniobras vagales; RS: Ritmo sinusal; T.: Taquicardia; TRN: Taquicardia por reentrada nodal.

01/06/2020

Página 9 de 34

**Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias Región
de Murcia**
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



Puesto y firma:

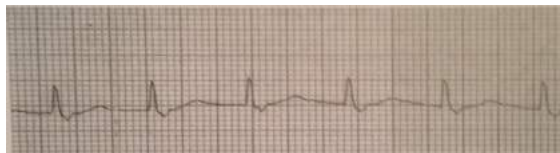
Director Gerente 061.

D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado
electrónicamente al margen)

TAQUICARDIA NODAL (AV) (Tabla 6):

- TAQUICARDIA NODAL AUTOMÁTICA O FOCAL
- TAQUICARDIA DE LA UNIÓN NO PAROXÍSTICA O RITMO ACELERADO DE LA UNIÓN



- TAQUICARDIA INTRANODAL POR REENTRADA:

Varios tipos:

- ✓ TAQUICARDIA POR REENTRADA INTRANODAL (TRIN):

Existe una vía de conducción lenta por la que baja el estímulo y una rápida por la que sube en el NAV.



Existe una forma no común o atípica (5-10%): El estímulo baja por la vía rápida y sube por la lenta o las dos vías son lentas. ECG: onda P' retrógrada retrasada, por delante del complejo QRS siguiente, negativa en derivaciones inferiores e isoeletricas en derivación I.

- ✓ TAQUICARDIA POR REENTRADA POR VÍA ACCESORIA-WPW:

Taquicardia Ortodrómica: La conducción por la vía accesoria se hace de ventrículo a aurícula (retrógrada), presenta complejo QRSE. ECG basal sinusal es normal al ser una vía accesoria oculta. Puede confundirse con taquicardia por reentrada nodal (TRN), pero en esta, la onda P está oculta en el QRS o al final, mientras que en la vía accesoria está detrás del complejo QRS.

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 10 de 34			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



Taquicardia Antidrómica: Vía accesoria conduce de aurícula a ventrículo (anterógrada), siendo el QRS ancho (QRSa). Puede ocurrir durante otras TSV, como FA, añadiendo gravedad a la clínica y apareciendo en el ECG complejos QRSa de morfología variable.

WPW: TSV o síntomas de TSV documentados en paciente con preexcitación (Intervalo P-R corto y onda delta) en ECG basal. La vía accesoria es de conducción bidireccional. Puede conducir a muerte súbita por una FA de conducción anterógrada por vía accesoria y degenerando en fibrilación ventricular (FV).



✓ TAQUICARDIA INCESANTE (COUMEL):

ECG: Alterna el RS con rachas de taquicardia a 100-150lpm. La onda P es negativa en cara inferior y de V2 a V6. Al inicio de la taquicardia se produce un alargamiento crítico del intervalo R-R normal, a diferencia de la Taquicardia Nodal por foco ectópico.

Generalmente se inicia en la infancia, frecuentemente asintomática, puede desarrollar taquicardiomiocardiopatía.

25/01/2021 14:13:24
CELDRÁN GIL, FRANCISCO
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-5e9dbb62-5f0f-9b9d-bd8b-0050569634e7

01/06/2020

Página 11 de 34

**Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias Región
de Murcia**
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



Puesto y firma:

Director Gerente 061.

D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado
electrónicamente al margen)

TAQUICARDIA QRS ESTRECHO

TQRSE Rítmicas – Alteración en NAV/HH			
	T. NODAL AUTOMÁTICO O FOCAL	T. UNIÓN NO PAROXÍSTICA O RITMO ACCELERADO DE LA UNIÓN	T. POR REENTRADA NODAL TRIN T. VÍA ACCESORIA - WPW
ECG	Frecuencia 110-250lpm Disociación auriculonodal ➡ no hay relación casi nunca entre onda P' y QRS No hay alargamiento previo a la taquicardia del intervalo R-R	Frecuencia 70-120lpm con asociación AV 1:1 y patrón típico de calentamiento-enfriamiento Onda P' puede preceder, estar inscrita o seguir al complejo QRS	T. Ortodrómica: QRSE por conducción retrógrada (ventrículo-aurícula) T. Antidrómica: QRSA por conducción anterógrada (aurícula-ventrículo) WPW: ECG basal con preexcitación (P-R corto con onda delta)
Mecanismo	Aumento automatismo en NAV o HH	Aumento del automatismo	Reentrada por vía accesoria
Síntomas	Síntomas generales de las taquicardias	Síntomas generales de las taquicardias	Palpitaciones (96%) con pulsación en el cuello, mareo/síncope, disnea, cansancio, dolor torácico-Típico poliuria tras la taquicardia
Causas	Intoxicación digitalica, IAM, IC, Post-cirugía cardíaca, Hipokalemia A veces hallazgo en sanos	Suele existir patología previa como en la taquicardia nodal automática	Inicio y final paroxístico espontáneo o por MV o fármacos Suele darse en personas sanas. WPW suele darse en sanos, mayores de 30 años
Comentarios	Autolimitada. Si es incesante evoluciona a taquicardiomiocardiopatía Disociación auriculonodal excluye TRAV y muy improbable TRN Suele darse en niños (alta mortalidad) y adultos jóvenes (benigna) FA o TAM si es irregular	Benigna	Otras TSV, como FA, TRN, T. Auricular y Flúter Auricular pueden conducir por vía accesoria.
Diagnóstico Diferencial	FA o TAM si es irregular		Forma no común o atípica

Tabla 6

AV: Aurículo-ventricular; ECG: Electrocardiograma; ESV: Extrasístole supraventricular; FA: Fibrilación auricular; HH: Haz de His; IAM: Infarto agudo de miocardio; IC: Insuficiencia cardíaca; MV: Maniobras vagales; NAV: Nodo aurículo-ventricular; T: Taquicardia; TAM: Taquicardia auricular multifocal; TRAV: Taquicardia por reentrada aurículo-ventricular; TRIN: Taquicardia por reentrada intranodal; TRN: taquicardia por reentrada nodal; TSV: Taquicardia supraventricular; WPW: Wolf-Parkinson-White.

01/06/2020

Página 12 de 34

Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



Puesto y firma:

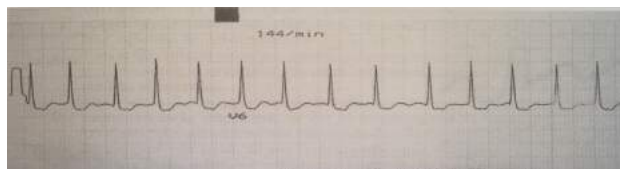
Director Gerente 061.

D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado electrónicamente al margen)

TAQUICARDIAS CON QRS ESTRECHO ARRITMICAS (Tabla 7):

FIBRILACION AURICULAR:

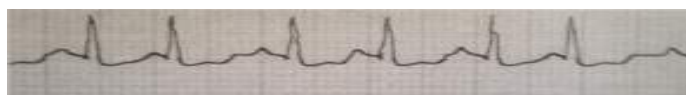


Se puede presentar de varias formas:

- Diagnosticada por PRIMERA VEZ: Independientemente de la duración o presencia y gravedad de los síntomas relacionados con la arritmia.
- PAROXÍSTICA: Duración < 7 días, cesa de forma espontánea, cardioversión eléctrica sincronizada (CVEs) o con cardioversión farmacológica (CVF).
- PERSISTENTE: Duración > 7 días, aunque se revierta con CVF o CVEs.
- PERSISTENTE DE LARGA DURACIÓN: Duración de al menos 1 año tras estrategia de control del ritmo.
- PERMANENTE O CRÓNICA: Se asume la FA, se desiste de la estrategia de control del ritmo.

Según la afectación valvular, la FA puede ser valvular (EM reumática y prótesis valvulares mecánicas) o no valvular (resto)

TAQUICARDIA AURICULAR MULTIFOCAL O RITMO AURICULAR CAOTICO



01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 13 de 34			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



TQRSE Arritmias		
	FIBRILACIÓN AURICULAR	T. AURICULAR MULTIFOCAL O RITMO AURICULAR CAÓTICO
ECG	Ondas f a 400-700lpm, con FC 50-200lpm por BAV fisiológico. Ritmo ventricular irregular de QRSE Si asocia BR, aberrancia en la conducción o conducción anterógrada por vía accesoria (FA preexcitada), como en WPW, veremos una TSV alternando complejos de QRSE con QRSA, y si FC >250lpm, puede degenerar a una FV	≥ 3 ondas P de distinta morfología en una misma derivación, con intervalos P-R, P-P y R-R variables. FC 100-150lpm
Mecanismo	Actividad auricular desordenada que provoca múltiples reentradas auriculares (pacientes con cardiopatía) y actividad focal rápida (pacientes sin cardiopatía)	≥ 3 focos ectópicos auriculares
Síntomas	Palpitaciones (más frecuente), mareo, síncope, dolor precordial, IC, síntomas derivados de embolismo sistémico,...	Enmascarados por síntomas de IC y/o IR, aunque suele agravar la disnea y pueden aparecer palpitaciones
Causas	Cardiopatías, Hipertiroidismo, Fiebre, Sepsis, Hipoxia, Shock, TEP, Cirugía de tórax y abdomen Sanos: Espontánea, Tabaco, Alcohol, Estrés, Hipertonía vagal	Hipoxia en EPOC (más frecuente), Sepsis, Cirugía, IC, Teofilina y Alteraciones hidroelectrolíticas
Comentarios	Es la arritmia más frecuente, la que más hospitalizaciones provoca, duplica la mortalidad y aumenta la morbilidad relacionada con desarrollo de IC y TEB arterial (75% ACV) Sus efectos nocivos dependen de la pérdida de la eficacia de la mecánica auricular, la respuesta ventricular rápida y su capacidad de embolización arterial Si se cronifica puede evolucionar a taquicardiomiopatía	Si FC es < 100lpm, se denomina marcapasos migratorio o errante- Es un indicador negativo de la situación global del paciente, con frecuencia precede a una FA

Tabla 7

BAV: Bloqueo aurículo-ventricular; BR: Bloqueo de rama; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ECG: Electrocardiograma; FA: Fibrilación auricular; FV: Fibrilación ventricular; FC: Frecuencia cardíaca; IC: Insuficiencia cardíaca; IR: Insuficiencia respiratoria; QRSA: Complejo QRS ancho; QRSE: Complejo QRS estrecho; T.: Taquicardia; TSV: Taquicardia supraventricular; TEB: Tromboembolismo; TEP: Tromboembolismo pulmonar; WPW: Wolf-Parkinson-White.

01/06/2020

Página 14 de 34

Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



Puesto y firma:

Director Gerente 061.

D.Francisco Celdrán Gil

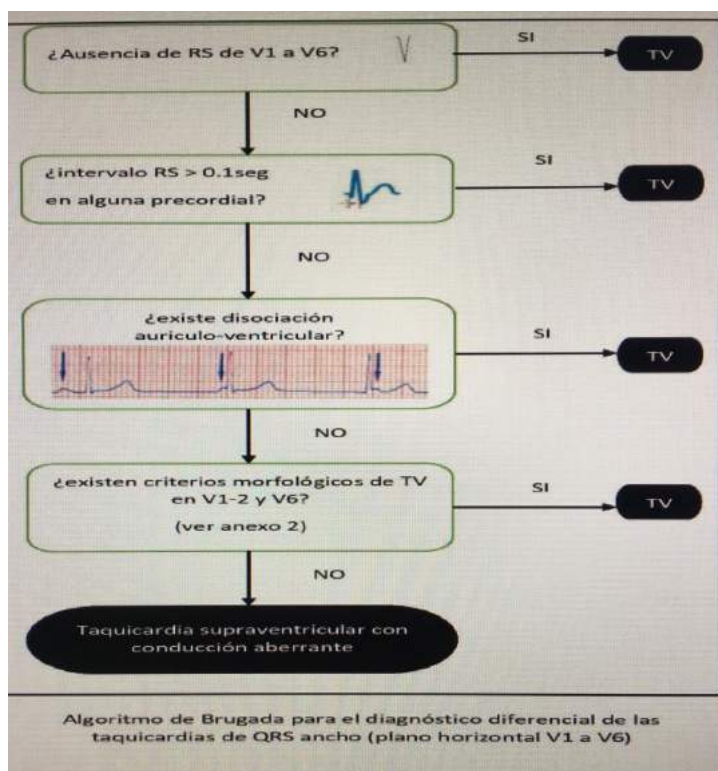
(Documento firmado electrónicamente al margen)

Diagnóstico diferencial de TSV con QRS ancho de taquicardias ventriculares:

-Las TSV se caracterizan por presentar un complejo QRS estrecho, pero si existe un bloqueo de rama previo, aberrancia en la conducción o conducción anterógrada por vía accesoria (FA preexcitada), como en el WPW, podemos encontrar en el ECG un complejo QRS ancho como si fuera una TV.

-Existen distintos criterios o algoritmos para discriminar entre TSV y TV dentro de las taquicardias de QRS ancho, pero en un porcentaje significativo estos algoritmos clasifican de forma errónea las taquicardias de QRS ancho por lo que deben usarse con cierta precaución, siendo conscientes de sus limitaciones.

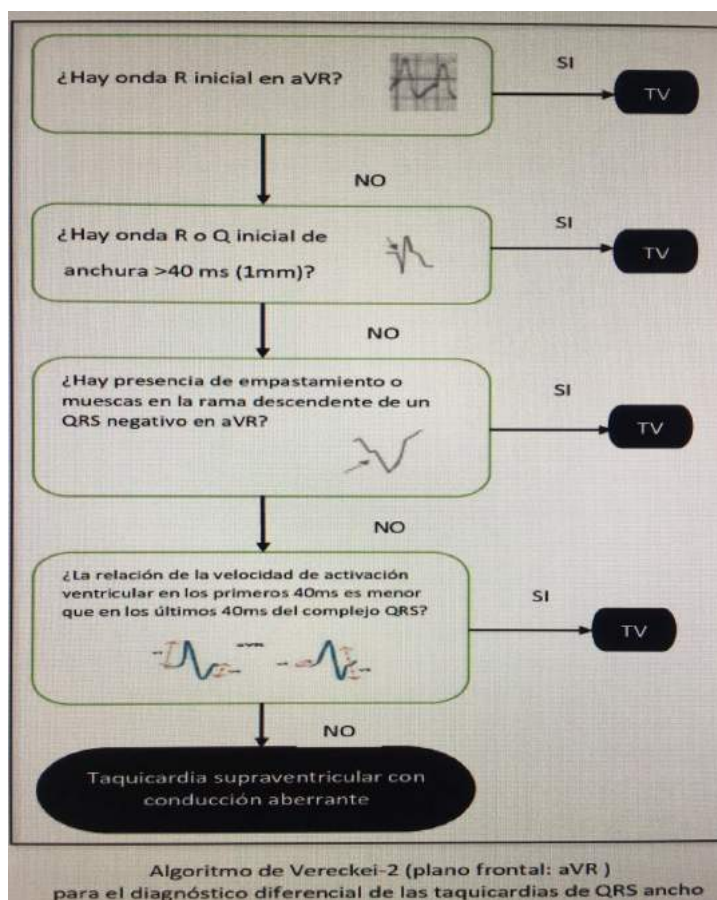
-Entre los algoritmos más empleados para el diagnóstico diferencial de las TSV con QRS ancho y las TV están el algoritmo de Brugada y el algoritmo de Vereckei-2, ambos constan de 4 pasos secuenciales.



01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 15 de 34			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>





Ante la duda, tratar como si fuera TV, sobre todo si existe cardiopatía de base conocida, ya que el error puede poner en peligro la vida, particularmente si se trata con antagonistas del calcio.

La adenosina se puede usar en taquicardias de QRS monomórficas, regulares, bien toleradas hemodinámicamente, pueden convertirla a RS y ayudar al diagnóstico.

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	 	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 16 de 34			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



4.6 DIAGNÓSTICO O APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

La AC y la palpación del pulso dan la sospecha, y el ECG la confirmación

El objetivo es identificar las arritmias que requieren tratamiento urgente:

- Existencia de deterioro hemodinámico
- Peligro para la vida del paciente
- Agraven o descompensen una enfermedad preexistente

Códigos CIE-9 asociados a TQRSE	
427.9	Arritmia Cardíaca NSP
427.60	Extrasistolia
427.31	Fibrilación Auricular
427.32	Flutter Auricular
427.0	Taquicardia Auricular
785.1	Palpitaciones

5. TRATAMIENTO

Depende de la situación basal del paciente, pero previo al tratamiento, descartar inestabilidad hemodinámica, y saber si los síntomas son causados por la arritmia o ésta es consecuencia de otro proceso. En el primer caso trataremos la arritmia, y en el segundo la causa, teniendo el control de la arritmia una importancia secundaria.

Los objetivos terapéuticos son:

- Estabilizar hemodinámicamente al paciente
- Control de síntomas
- Control de la respuesta ventricular hasta conseguir una FC que mantenga estable al paciente sin exponerlo a los efectos secundarios y complicaciones del tratamiento
- Evitar complicaciones de la arritmia y del tratamiento antiarrítmico.
- Control del ritmo mediante reversión urgente a RS y prevención de recurrencias, si indicado.

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 17 de 34			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



Como regla terapéutica, no ser ni más ni menos agresivo con la arritmia de lo que ésta es con el paciente, primando la seguridad sobre la efectividad del tratamiento.

5.1 MEDIDAS GENERALES:

- Oxígeno si saturación < 95%
- Via venosa de grueso calibre
- Preparar lo necesario para CVE y Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

Independientemente de la anchura del QRS, se siguen los pasos según tolerancia clínica.

MAL TOLERADA:

Cualquier taquicardia con compromiso hemodinámico: CVEs (Anexo II)

Signos de compromiso hemodinámico:

- Hipotensión (TAS<90mmHg)
- Síncope, deterioro neurológico agudo
- Insuficiencia Cardíaca Aguda-Edema Agudo de Pulmón Cardiogénico
- Dolor Torácico Isquémico

Si tras CVEs no se interrumpe la arritmia y persisten los signos adversos, se puede administrar 300mg Amiodarona iv en 10-20 minutos e intentar otra CVEs, pudiendo seguirse de una infusión de 900mg en 24h.

BIEN TOLERADA:

Si diagnóstico no claro, iniciar maniobras vagales y/o fármacos (Adenosina, Verapamilo) para aclarar el tipo de arritmia.

01/06/2020

Página 18 de 34

**Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias Región
de Murcia**
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



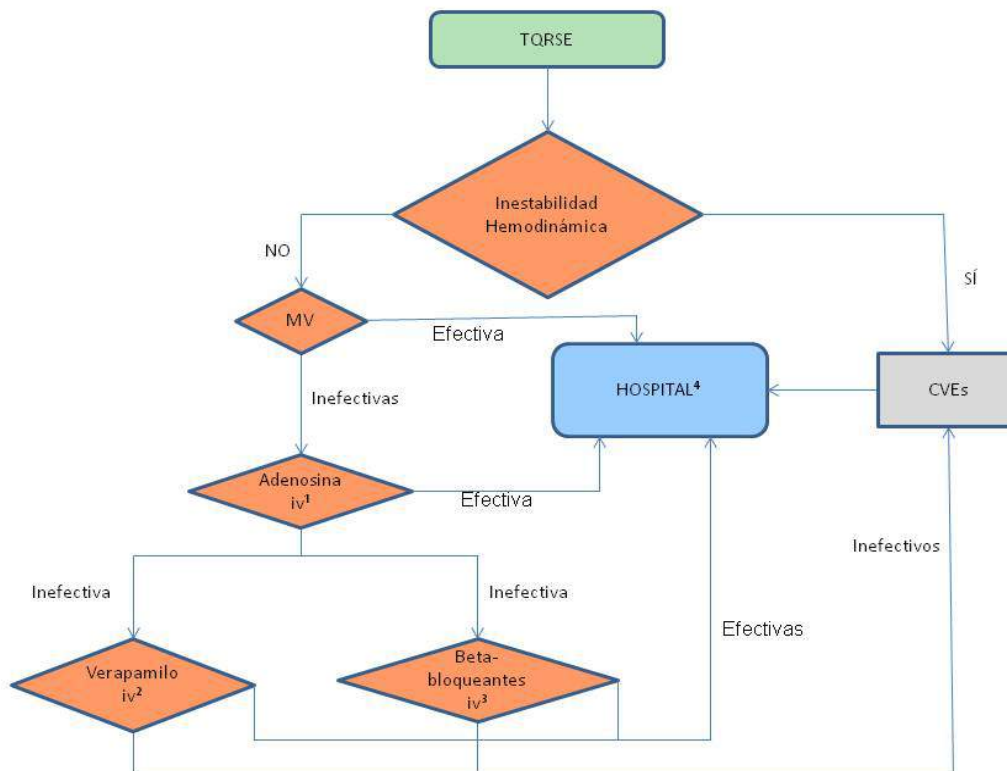
Puesto y firma:

Director Gerente 061.

D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado
electrónicamente al margen)





¹Adenosina hasta 18mg según tolerancia y efectos secundarios; ²Clase IIaB; ³Clase IIaC
⁴ Excepto Taquicardia por reentrada intranodal bien tolerada que ha cedido con o sin tratamiento o Fibrilación auricular rápida cedida espontáneamente
 Iv: Intravenoso; TQRSE: Taquicardias de complejo QRS estrecho; CVEs: Cardioversión eléctrica sincronizada; MV: Maniobras vagales

Fármacos Antiarrítmicos (FAA): Anexos III y IV

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 19 de 34			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



5.2 TRATAMIENTO ESPECÍFICO (Tabla 8):

	TRATAMIENTO	COMENTARIOS
T. SINUSAL	Etiológico y suprimir sustancias estimulantes. Seguir algoritmo de TQRSE general si no cede	Secundaria a crisis tirotóxica, intoxicación por cocaína o CI: Beta-bloqueantes (BB)
T. AURICULAR AUTOMÁTICA	1º Verapamilo o BB; 2º Flecaínida	Si cardiopatía y/o disfunción ventricular o fallo tratamiento previo: Amiodarona Adenosina útil para restaurar RS o establecer diagnóstico
T. NODAL AUTOMÁTICA	Etiológico. Si precisa fármacos: BB (elección)	Útiles Verapamilo y Amiodarona
T. UNIÓN NO PAROXÍSTICA	Enfermedad de base. Si precisa: BB o Verapamilo	
TRIN	Seguir algoritmo de TQRSE general Amiodarona si fallan los escalones del tratamiento general	Si Asma, no Adenosina Objetivo: Interrumpirla y restablecer RS
T. VÍA ACCESORIA-WPW	T. Ortodrómica (QRSE): Seguir algoritmo TQRSE general T. Antidrómica (FA preexcitada-QRSA) ¹ : CVF fallida o <48h, plantear CVEs.	T. Antidrómica: Se pueden usar BB con cuidado. CONTRAINDICADOS Digoxina, Verapamilo, Adenosina y Amiodarona
T. INCESANTE COUMEL	No tratamiento agudo	
FLÚTER AURICULAR ¹	(Ver algoritmo específico)	No intentar CVF EH: responden mal a FAA y Flecaínida puede convertir flúter 2:1 en 1:1 con aumento FC y deterioro hemodinámico NO usar Amiodarona
FIBRILACIÓN AURICULAR ¹	1º Factores desencadenantes. Enoxaparina sc	Si duda, actuar como FA>48h
T. AURICULAR MULTIFOCAL	Patología de base Si precisa: Verapamilo o BB	

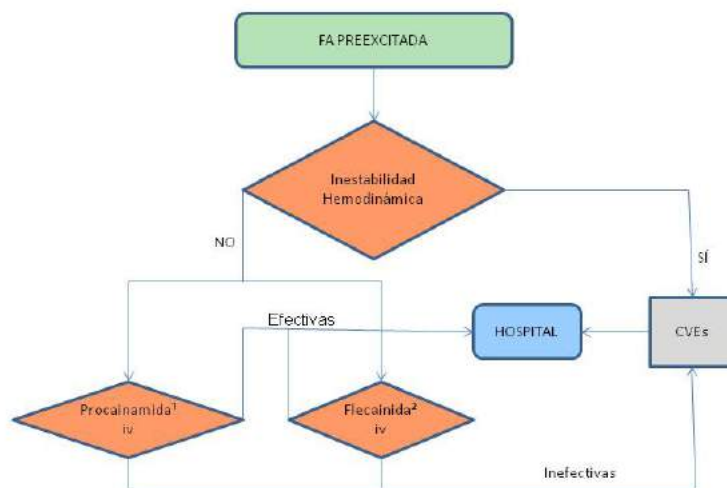
Tabla 8.
¹ Ver algoritmo específico
BB: Beta-bloqueantes; CI: Cardiopatía isquémica; CVF: Cardioversión farmacológica; CVEs: Cardioversión eléctrica sincronizada; EH: Extrahospitalaria; FAA: Fármacos antiarrítmicos; FA: Fibrilación Auricular; FC: frecuencia cardíaca; QRSA: Complejo QRS ancho; QRSE: Complejo QRS estrecho; RS: ritmo sinusal; sc: Subcutánea; T.: Taquicardia; TQRSE: Taquicardia de complejo QRS estrecho; TINR: Taquicardia por reentrada intranodal; WPW: Wolf-Parkinson-White

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 20 de 34			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



TAQUICARDIA POR REENTRADA POR VÍA ACCESORIA-WPW:



¹Clase IIaB; ²Clase IIbB

FA: Fibrilación Auricular; CVEs: Cardioversión eléctrica sincronizada; iv: Intravenoso

01/06/2020

Página 21 de 34

**Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias Región
de Murcia**
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



Puesto y firma:

Director Gerente 061.

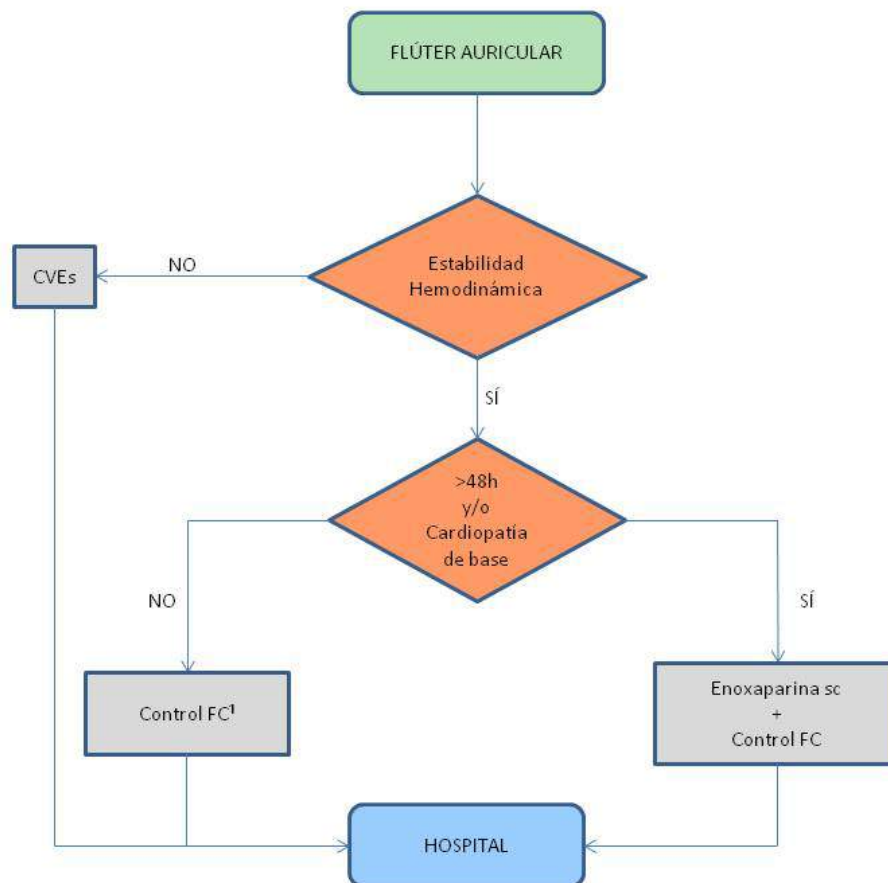
D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado
electrónicamente al margen)



FLÚTER AURICULAR:

Objetivos tratamiento: Restaurar RS; Evitar recurrencias; Controlar la FC; Anticoagular.



¹Para controlar la FC se usan Beta-bloqueantes o Verapamilo. También podemos usar Amiodarona y Digoxina (si IC sistólica y Beta-bloqueantes son inefectivos).
CVEs: Cardioversión eléctrica sincronizada; FC: Frecuencia cardiaca; sc: Subcutánea

01/06/2020

Página 22 de 34

Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



Puesto y firma:

Director Gerente 061.

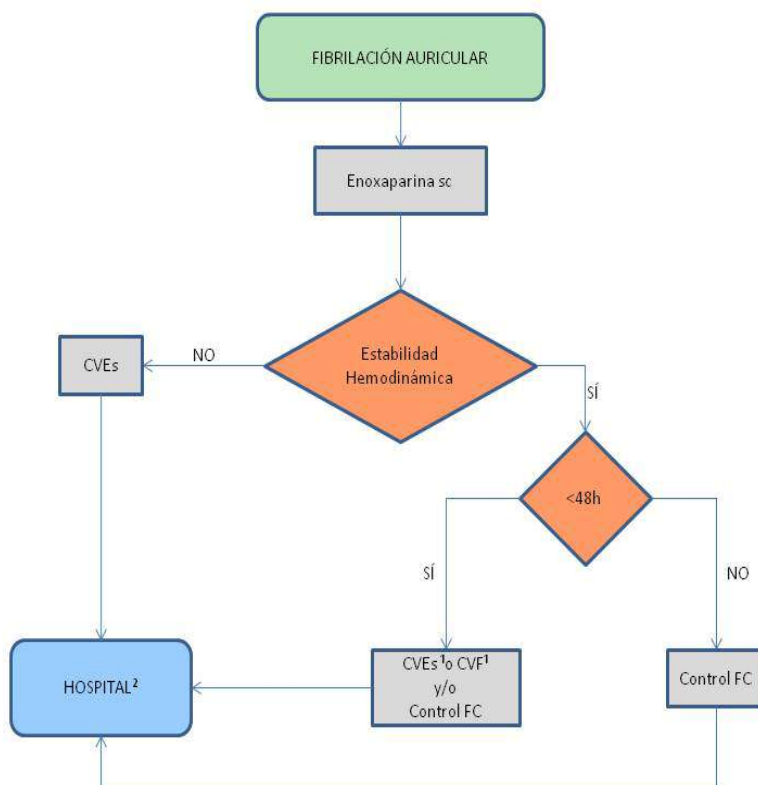
D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado electrónicamente al margen)



FIBRILACION AURICULAR:

Objetivos del tratamiento: control de la FC (< 110 lpm en reposo) y/o restauración del RS, y prevención del tromboembolismo.



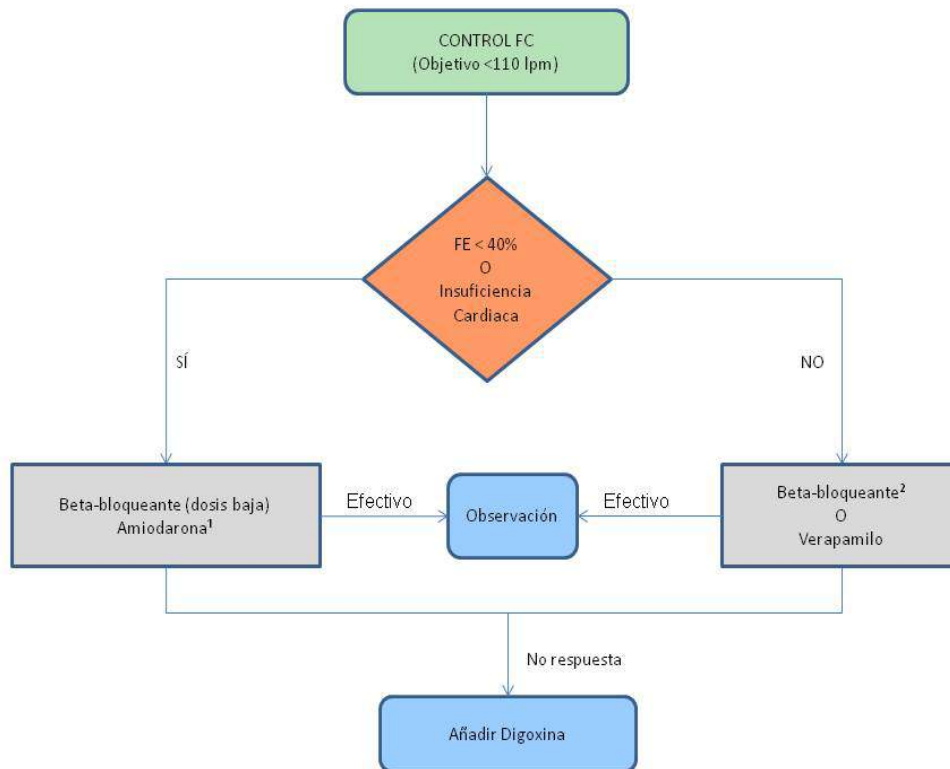
¹Si no cede espontáneamente o pocas posibilidades de que lo haga. Para CVF usar Flecainida (si no cardiopatía de base) o Amiodarona (si cardiopatía de base)

² Excepto FA rápida conocida previamente con resolución espontánea
CVEs: Cardioversión eléctrica sincronizada; CVF: Cardioversión farmacológica; FC: Frecuencia cardiaca; sc: Subcutánea

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 23 de 34			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>





¹ Si disfunción sistólica grave o inestabilidad hemodinámica

² Evitar Atenolol intravenoso, sí se puede oral

FC: Frecuencia cardíaca; FE: Fracción de eyección

01/06/2020

Página 24 de 34

**Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias Región
de Murcia**
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



Puesto y firma:

Director Gerente 061.

D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado
electrónicamente al margen)



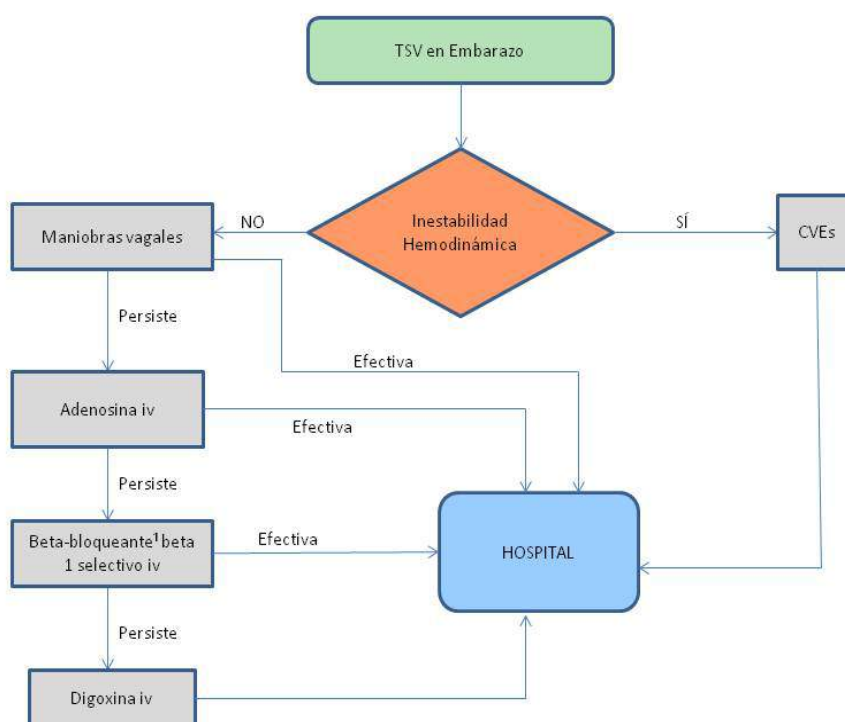
5.3 SITUACIONES ESPECIALES:

EMBARAZO:

Se pueden realizar maniobras vagales, CVEs, y usar Adenosina y Propanolol. A partir del primer trimestre, también digoxina y flecainida.

Enoxaparina es segura en caso de arritmia que precise anticoagulación.

Evitar Atenolol y Amiodarona



¹ Atenolol contraindicado

CVEs: Cardioversión eléctrica sincronizada; iv: Intravenoso; TSV: Taquicardia Supraventricular

01/06/2020

Página 25 de 34

**Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias Región
de Murcia**
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ªPlanta
30005 Murcia



Puesto y firma:

Director Gerente 061.

D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado
electrónicamente al margen)



SÍNDROME CORONARIO AGUDO:

CVE si compromiso hemodinámico

Beta-bloqueantes de elección para el control de la FC si no hay IC, inestabilidad hemodinámica ni broncoespasmo

Se puedan usar Amiodarona o digoxina para el control de la FC si hay disfunción severa del VI e IC

Verapamilo solo se puede usar para controlar la FC en ausencia de IC

5.4 PROCEDIMIENTO:

El tratamiento se implementa siguiendo el algoritmo anterior y prestamos especial atención a los signos de compromiso hemodinámico.

6. CONSIDERACIONES ESPECIALES.

Los fármacos deben utilizarse, inicialmente de manera aislada y en la dosis más baja recomendada. Más adelante si la respuesta no es satisfactoria, se incrementa la dosis de forma progresiva y se asocian otros fármacos hasta controlar la FC.

Protocolos relacionados: Taquicardias de complejo QRS ancho; Síndrome coronario agudo; ICTUS; Embarazo. Se deben revisar dichos protocolos cuando se produzca una variación importante en el actual y viceversa.

7. CRITERIO DE DERIVACIÓN.

Por norma general, se trasladará en ambulancia medicalizada a todos los pacientes que presenten un cuadro clínico derivado de una taquicardia. Únicamente el caso de la Taquicardia por Reentrada Intranodal bien tolerada puede ser derivado a su médico de cabecera y/o al cardiólogo de zona si ésta ha cedido, espontáneamente o tras tratamiento, en una persona ya diagnosticada o FA conocida con respuesta ventricular rápida cedida espontáneamente.

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 26 de 34			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



8. INDICADORES

GRUPO 1. INDICADORES DE ACTIVIDAD	
1.01	Número de asistencias de las unidades móviles.
1.02	Tiempo de activación de las unidades asistenciales.
1.03	Tiempo de llegada al aviso.
GRUPO 2. SEGURIDAD.	
2.01	Adecuación de la actuación al procedimiento.
2.02	Tasa de mortalidad "in situ".
GRUPO 3. CALIDAD CIENTÍFICO TÉCNICA	
3.01	Cumplimentación correcta de la Historia Clínica.
3.02	Tasa de pacientes con palpitaciones a los que se hace ECG.
3.03	Pacientes con TQRSE tratados según escalones terapéuticos.
3.04	Tasa de pacientes con TQRSE derivados a hospital.
GRUPO 4. SATISFACCIÓN.	
4.01	Nivel de calidad percibida por el usuario (encuesta de satisfacción)
4.02	Tasa de reclamaciones.

01/06/2020

Página 27 de 34

**Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias Región
de Murcia**
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



Puesto y firma:

Director Gerente 061.

D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado
electrónicamente al margen)

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



9. ANEXOS

Anexo I: Maniobras vagales

A) Maniobras de Valsalva:

- Mantener espiración forzada durante 15 seg. con el paciente sentado, para, posteriormente, tumbarlo y levantarle las piernas 45º durante otros 15 segundos (más efectiva)
- Hacer soplar al paciente para desplazar el émbolo de una jeringa de 20 ml

B) Masaje del Seno Carotídeo:

- Paciente en decúbito supino, cuello hiperextendido (almohada bajo los hombros)
- Localizar latido justo debajo del ángulo mandibular
- Aplicar presión intensa y con movimientos rápidos durante 5 segundos en cada lado, nunca simultáneamente
- Monitorización ECG continua
- Contraindicado si antecedentes de ACV y estenosis carotídea

01/06/2020

Página 28 de 34

**Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias Región
de Murcia**
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



Puesto y firma:

Director Gerente 061.

D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado
electrónicamente al margen)

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



Anexo II: Realización de cardioversión eléctrica sincronizada (CVES)

Sedar previamente con Midazolam 5mg iv lento y analgesiar con 1/3 de cloruro mórfico y Paracetamol 1gr. Tras sedar, se realiza la CVES de la siguiente manera:

- Paciente en decúbito supino a 0 grados.
- Elegir la derivación ECG donde la onda R del complejo QRS sea más alta. Si es preciso, aumentar el voltaje.
- Pulsar el botón de sincronizado para que la descarga coincida con la onda R.
- Iniciar descarga mínimo con 50 Julios.
- Colocar las palas en el tórax y pulsar disparo presionando las palas contra el tórax hasta que haya descarga.
- Si no se da la respuesta deseada, repetir los pasos aumentando la energía de descarga sucesivamente a 75-100 y 200 Julios.

Para FA, el primer choque a 100 Julios. En el Flúter iniciar la descarga a 50-100 Julios.

No demorar CVES para anticoagular en FA o flúter auricular si inestabilidad hemodinámica manifiesta.

25/01/2021 14:13:24
CELDRÁN GIL, FRANCISCO
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-5a9bb62-5f0f-9b9d-bd8b-0050569634e7



01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 29 de 34			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>

Anexo III: Tabla de Fármacos Antiarrítmicos

	DOSIS ADULTO	DOSIS PEDIATRICA	COMENTARIOS
PROCAINAMIDA	50-100mg bolo iv en 1min/5min hasta supresión de arritmia Si efectivo, seguir perfusión (Anexo IV)	3-6mg/Kg bolo iv + perfusión iv 20-80microg/Kg/min Sólo en extrema urgencia y otros FAA contraindicados	Contraindicada (CI) en IC y TV polimorfa No asociar a Ondansetrón y similares Dosis máxima 17mg/Kg
FLECAINIDA	Anexo IV	Datos limitados	CI si cardiopatía estructural Proteger de la luz
BISOPROLOL	2.5-10 mg oral	No recomendado	
AMIODARONA	Anexo IV	Anexo IV	Muy indicada si cardiopatía de base Proteger de la luz
VERAPAMIL	Anexo IV	Anexo IV	CI en Flúter auricular, FA asociada a WPW y TQRSA Alternativa a Adenosina en asmáticos
ADENOSINA	6-12-18mg bolo iv rápido/5-10sg en vía lo más proximal posible y elevar brazo	Anexo IV	CI en broncoespasmo/Asma Proteger de la luz
DIGOXINA	<i>No digitalizado:</i> 0.5mg bolo iv <i>Digitalizado:</i> 0.25mg bolo iv En ambos repetible 0.25mg a los 30min	Repartir la dosis/8h en 1/2-1/4-1/4 (Anexo IV)	CI en WPW Proteger de la luz

01/06/2020

Página 30 de 34

Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ªPlanta
30005 Murcia



Puesto y firma:

Director Gerente 061.

D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado electrónicamente al margen)

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



Anexo IV: Tablas de perfusiones FAA

PROCAINAMIDA ADULTO 2mg/Kg/h					
D. Mantenimiento: Diluir 1 vial (1000mg) en 240ml de SSF o SG 5% (1ml=4mg)					
50Kg	60Kg	70Kg	80Kg	90Kg	100Kg
20ml/h	25ml/h	30ml/h	35ml/h	40ml/h	45ml/h
D.: Dosis; h: Hora; Kg: Kilogramos; mg: Miligramos; ml: Mililitros; SSF: Suero Salino Fisiológico; SG: Suero Glucosado					

FLECAINIDA ADULTO 2mg/Kg en 10-15 minutos					
D. Inicio: Diluir 1 vial en 85ml de SG 5% (1ml=1.5mg)					
50Kg	60Kg	70Kg	80Kg	90Kg	100Kg
66.6ml	78ml	91ml	100ml	100ml	100ml

FLECAINIDA ADULTO						
D. Mantenimiento: Diluir 1 vial en 85ml de SG 5% (1ml=1.5mg)						
	50Kg	60Kg	70Kg	80Kg	90Kg	100Kg
0.1mg/Kg/h	3.3ml/h	4	4.6	5.3	6	6.6
0.15mg/Kg/h	5	6	7	8	9	10
0.2mg/Kg/h	6.6	8	9.3	10.6	12	13.3
0.25mg/Kg/h	8.3	10	11.6	13.3	15	16.6ml/h

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma:
Página 31 de 34			Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



AMIODARONA ADULTO						
D. Inicio: Diluir 3 ampollas (450mg=9ml) en 91ml de SG 5% (1ml=4.5mg)						
	50Kg	60Kg	70Kg	80Kg	90Kg	100Kg
5mg/Kg en 20 min	55ml	66	77	88	99	111ml

AMIODARONA ADULTO						
D. Mantenimiento: Diluir 1 ampolla(150mg) en 97ml de SG 5% (1ml=1.5mg)						
Dosis máxima 900mg/24h						
	50Kg	60Kg	70Kg	80Kg	90Kg	100Kg
10mg/Kg en 24h	13.8ml/h	16.6	19.4	22.2	25	25
20mg/Kg en 24h	25	25	25	25	25	25ml/h

AMIODARONA PEDIATRÍA						
D. Inicio: Diluir 1 ampolla (150mg) en 97ml de SG 5% (1ml=1.5mg)						
	5Kg	10Kg	20Kg	30Kg	40Kg	
5mg/Kg en 20 min	16ml	33	66	99	133ml	

VERAPAMILO ADULTO	
Diluir 1 ampolla en 8ml de SF o SG 5% (1ml=0.5mg)	
Intervalo de 10 min entre dosis	
1ª dosis: 0.075mg/Kg (5mg)	10ml en 2 min (3 min en ancianos)
2ª dosis: 0.15mg/Kg (10mg)	20ml en 5 min

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta 30005 Murcia	 	Puesto y firma:
Página 32 de 34			Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



VERAPAMILO PEDIATRÍA

Diluir 1 ampolla en 8ml de SSF o SG 5% (1ml=0.5mg).

D. máxima: 5mg (10ml de la solución)

	5Kg	10Kg	20Kg	30Kg	40kg
0.1 mg/Kg	1ml	2	4	6	8
0.2 mg/Kg	2	4	8	10	10
0.3 mg/Kg	3	6	10	10	10ml

ADENOSINA PEDIATRÍA

Diluir ½ ampolla en 9ml de SSF (1ml=0.3mg); Las dosis son repetibles/2min

Dosis máxima: 0.5mg/Kg, 12mg/dosis o 30mg dosis total

	5Kg	10kg	20Kg	30Kg	40Kg
0.05mg/Kg	0.83ml	1.66	3.3	5	6.6
0.10mg/Kg	1.66	3.3	6.6	10	13
0.2mg/Kg	3.3	6.6	13	20	26ml

DIGOXINA PEDIATRÍA

Diluir 1 ampolla en 9ml de SSF (1ml=0.025mg), repartir dosis total diaria/8h

Pasar cada dosis en 10-20min

	Pretérmino	Término	Niños < 2 años	Niños > 2 años
D. total día	0.02mg/Kg/día	0.05mg/Kg/día	0.04-0.5mg/Kg/día	0.03-0.04mg/Kg/día
1ª dosis	0.4 ml/Kg	0.6 ml/Kg	0.8 ml/Kg	0.6 ml/Kg
2ª-3ª dosis	0.2 ml/Kg	0.3 ml/Kg	0.4 ml/Kg	0.3 ml/Kg

01/06/2020

**Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias Región
de Murcia**
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ªPlanta
30005 Murcia



Puesto y firma:

Director Gerente 061.

D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado
electrónicamente al margen)

Página 33 de 34



10. BIBLIOGRAFÍA.

Jiménez Murillo L, Clemente Millán MJ, Palenzuela Martín S, García Quintana JM, Llamas Quiñones L, y Montero Pérez FJ. Urgencia hipertensiva. En: Jiménez Murillo L y Montero Pérez FJ, editores. Medicina de urgencias y emergencias. 6ª ed. Madrid: Elsevier, 2018; 229-31

Miguel Gutierrez A, Vargas Romero JC y Fontela Cerezuela A. Arritmias. En: Suárez Pta D, et al, editores. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital 12 de Octubre. 8ª ed. Madrid: 2017: Cap. 22

The Task Force for the management of patients with supraventricular Tachycardia of the European Society of Cardiology. 2019 ESC Guidelines for the management of patients with Supraventricular Tachycardia. European Heart Journal (2019), 00, 1-66

Page, Richard L. et al 2015 ACC/AHA/HRS Guideline for the Management of Adult Patients with Supraventricular Tachycardia. Circulation 2016; 533: e506-e574

Almendral, Jesús; Castellanos, Eduardo y Ortiz, Mercedes. Taquicardias Paroxísticas Supraventriculares y Síndromes de Preexcitación. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(5): 456-469

January, Craig T. et al 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients with Atrial Fibrillation. Circulation 2014; 130: e199-e267

January, Craig T. et al 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients with Atrial Fibrillation. Journal Am. College of Cardiology 2019: 1-29

Kirchhof, Paulus et al. Guía ESC 2016 sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Fibrilación Auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. Rev Esp Cardiol. 2017; 70(1): 50.e1-e84

Martín Martínez, Alfonso et al. Documento de Consenso. Manejo de los pacientes con Fibrilación Auricular en los Servicios de Urgencias Hospitalarios. Emergencias 2012; 24: 300-324 NICE. Atrial Fibrillation: Management Clinical Guideline nice.org.uk/guidance/cg 180 2014, June 18

01/06/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	 	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 34 de 34			

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>

