



DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i3.2240](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2240)

## Manejo de las palpitations más frecuentes en el área de urgencias: Taquicardias del complejo QRS

Dra. Fajardo Lucero Paulette Analía

[paulettfajardo3@gmail.com](mailto:paulettfajardo3@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-1020-8748>

Dra. Rivadeneira Zambrano María Isabel

[marisa.rivadeneiraz@gmail.com](mailto:marisa.rivadeneiraz@gmail.com)

Dr. Conga Ramón Ángel Kevin

[cra\\_k\\_3926@hotmail.com](mailto:cra_k_3926@hotmail.com)

Dra. García Arellano Alida Alexandra

[alida\\_arellano@hotmail.com](mailto:alida_arellano@hotmail.com)

Universidad de Guayaquil  
Guayaquil - Ecuador

### RESUMEN

Las palpitations son uno de los motivos más frecuentes en la consulta de emergencias. En caso de que las arritmias cardíacas sean la etiología de las palpitations, el diagnóstico puede ser incierto. Son la segunda causa más común para las derivaciones de atención primaria a cardiología.

Las palpitations se definen como la conciencia de latidos cardíacos anormales, latidos irregulares del corazón con pulsaciones. Regularmente son descritos por el paciente como una sensación rápida de aleteo, presión en el pecho o dolor en el cuello. La taquicardia puede reflejar una causa cardíaca o no cardíaca, incluso, podría tratarse a un estado alto de catecolaminas.

Este artículo revisa el enfoque del manejo de decisión en urgencias de atención primaria a los pacientes que presentan palpitations. El manejo diagnóstico y terapéutico de las palpitations es desafiante porque en muchos casos no se alcanza un diagnóstico definitivo de la causa, por ende, no se inicia ninguna terapia específica.

**Palabras claves:** *cardiología; palpitations; diagnóstico; taquicardia, arritmia*

Correspondencia: [paulettfajardo3@gmail.com](mailto:paulettfajardo3@gmail.com)

Artículo recibido: 20 abril 2022. Aceptado para publicación: 05 mayo 2022.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Como citar: Fajardo Lucero, P. A., Rivadeneira Zambrano, M. I., Conga Ramón, A. K., & García Arellano, A. A. (2022). Manejo de las palpitations más frecuentes en el área de urgencias: Taquicardias del complejo QRS. *Ciencia Multidisciplinar*, 6(3), 513-532. DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i3.2240](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2240)

## Management of the most frequent palpitations in the emergency area: QRS complex tachycardias

### ABSTRACT

Palpitations are one of the most frequent reasons in the emergency room. In case cardiac arrhythmias are the etiology of palpitations, the diagnosis may be uncertain. They are the second most common cause for referrals from primary care to cardiology.

Palpitations are defined as awareness of abnormal heartbeats, irregular heartbeats with pulsations. They are regularly described by the patient as a rapid fluttering sensation, chest pressure or neck pain. Tachycardia may reflect a cardiac or non-cardiac cause, it could even be treated to a high catecholamine state.

This article reviews the approach to decision management in primary care emergencies to patients with palpitations. The diagnostic and therapeutic management of palpitations is challenging because in many cases a definitive diagnosis of the cause isn't reached, therefore, no specific therapy is initiated.

**Keywords:** *cardiology; palpitations; diagnosis; tachycardia; arrhythmia*

## INTRODUCCIÓN

Las palpitaciones generalmente se presentan como la percepción de la actividad cardíaca aumentada. A menudo se describen como una sensación de aleteo, aceleración o salto de un latido. A pesar de presentarse con bastante frecuencia, los pacientes las consideran como signos alarmantes.

Las palpitaciones pueden presentarse independientemente en pacientes con cardiopatía, las cuales pueden evolucionar a tener un pronóstico reservado, o sin cardiopatía. Para el diagnóstico y el tratamiento adecuado, consiste en monitorear el ritmo en el electrocardiograma (EKG) de 12 derivaciones y evaluar los cambios que se produzcan durante los episodios de palpitaciones.

Aproximadamente el 80% de los casos de pacientes que presentan palpitaciones, el manejo estandarizado de esta patología permite el diagnóstico de arritmia cardíaca. Es importante recordar que la presencia de palpitaciones es considerada como un síntoma, más no como un diagnóstico, y cuando las causas son de origen cardíaco, son la etiología más compleja (Hershberger RE, 2018).

La historia clínica y el examen físico son muy importantes, puesto que el médico debe identificar la causa adyacente para poder evaluar correctamente las palpitaciones. Se recalca que el EKG de 12 derivaciones es el Gold standard para el diagnóstico.

En caso de que no se pueda determinar la etiología, es necesario la utilización de un monitor Holter ambulatorio durante 24 a 48 horas. Los pacientes que presenten este síntoma y se agregan otros como dolor precordial, mareos, o fatiga, debe recibir cuidados especializados para poder estabilizar la condición antes de referir a un nivel de atención en área coronaria (R.Frank & F.Hidden-Lucet, 2015).

El descubrir la etiología de las palpitaciones es un reto para el diagnóstico, ya que pueden ser benignas o estar relacionadas con arritmias subyacentes, estas últimas requieren investigación del origen, tratamiento y derivación temprana porque se asocian con la morbilidad a largo plazo. Durante los episodios de palpitaciones los pacientes presentan preocupación y ansiedad.

El manejo diagnóstico y tratamiento para las taquicardias es desafiante y puede ser frustrante para el médico del área de urgencias, porque en muchos casos no se logra diagnóstico definitivo de la causa de las taquicardias y, por ende, no se inicia ninguna terapia específica a excepción de estabilizar al paciente para luego ser referido.

Generalmente se presentan como síntomas recurrentes, lo que perjudica la calidad de vida del paciente, tanto mental como físicamente, por lo que puede producir eventos clínicos adversos y visitas recurrentes a la atención médica en el área de Urgencias (Chemocare, s.f.).

## **MÉTODOS**

El presente trabajo tiene como objetivo proporcionar información sobre la clínica de las palpitaciones, en específico, sobre las taquicardias del complejo QRS, a su vez, proporcionar los algoritmos de atención en el área de urgencias para la estabilización del paciente y su derivación.

Para la investigación científica se llevó a cabo mediante la búsqueda de información, en orden de recolectar datos importantes y actualizados de publicaciones realizadas por fuentes comprobadas como: "Elsevier", "Fisterra", "PubMed", "Scielo" y en el buscador de "Google Academics", en idiomas como el inglés y español. Se incluyeron en la búsqueda de artículos con fecha desde el 2017 hasta el 2018.

## **DISCUSIÓN**

Se considera a las palpitaciones como el síntoma primario, por el cual el 16% de pacientes acude a un centro médico por síntomas cardíacos. Según los estudios, el 81% de los pacientes que presentaron este síntoma era causado por arritmias cardíacas, dentro de este grupo, el 77% eran de origen auricular, el 15% por taquicardias de la unión y el 8% por arritmias ventriculares.

### **Etimología**

Para la etiología de las palpitaciones se han propuesto hipótesis en donde las vías neuronales responsables de la percepción de los latidos cardíacos incluyen las estructuras a nivel intracardíaco y extracardíaco. Existen casos clínicos en donde no se puede determinar con exactitud el origen de las palpitaciones, pero en la mayoría de los casos, con una frecuencia del 43% las etiologías de las palpitaciones son de origen cardíaco, el 31% es de etiología psiquiátrica y aproximadamente el 10% fue clasificado como miscelánea, ya sea por factores como la anemia, mastocitosis, tirotoxicosis, excesivo consumo de cafeína, o ingesta de estupefacientes como la cocaína o anfetamina (Andrea D. Thompson, 2020).

***Las etiologías cardíacas de las palpitaciones que presentan mayor mortalidad:***

**Origen ventricular**

- Taquicardia ventricular
- Fibrilación ventricular
- Contracciones ventriculares prematuras

**Origen auricular**

- Aleteo auricular
- Fibrilación auricular
- Estados de alto gasto (fístula AV, Enfermedad de Paget, anemia y embarazo)

**Anomalías estructurales**

- Aneurisma aórtico
- Insuficiencia ventricular izquierda aguda
- Enfermedad cardíaca congénita
- Cardiomegalia

**Otras fuentes**

- Síndrome de Brugada
- Taquicardia sinusal
- Síndrome de taquicardia ortostática postural (POTS)

Al momento de clasificar las palpitaciones hay que tener en cuenta 3 conceptos electrofisiológicos, los cuales son fundamentales porque permiten clasificar las arritmias (Clara B. Subirá, 2015), con los datos obtenidos del EKG de 12 derivaciones, de manera sencilla para su manejo:

Frecuencia cardíaca: bradiarritmias (<60 lpm), taquiarritmias (>100 lpm)

Duración (anchura) del complejo QRS (estrecho o normal duración <120 milisegundos);  
arritmia de QRS ancho >120 milisegundos)

***La regularidad del intervalo entre los complejos: Ante una taquicardia regular de QRS ancho debe realizarse bloqueo transitorio del nodo AV:***

- Trazado isoeléctrico y reversión: taquicardias por vía ortodrómica o por reentrada intranodal
- Ondas P no sinusales (taquicardia auricular, unifocal) o la presencia de Ondas F (flutter), tras finalizar el efecto se reinicia la taquicardia sin cambios.

### Taquicardia del complejo QRS estrecho

Las taquicardias de QRS estrecho son patologías cardiovasculares más frecuentes en el área de Urgencias Hospitalarias. Se describen como latidos rápidos con una frecuencia cardíaca superior a los 100 latidos por minuto (lpm) y según la anchura, es menor a 120 milisegundos. Generalmente pueden tener un origen supraventricular. Las taquicardias de QRS, en su mayoría, se presentan en mujeres a partir desde los 40 años de edad.

Su origen se debe a la presencia de una doble vía de conducción en el Nodo AV2, (una rápida y otra lenta) si aparece un sobre-estímulo auricular, pueden generar un mecanismo de reentrada que permanece durante la taquicardia (JANY RODRÍGUEZ LONDRES, 2017).

A pesar de tener una tolerancia clínica aceptable, puede producir inestabilidad hemodinámica en los pacientes o presentar complicaciones en patologías preexistentes como lo son la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca.

Para diagnosticar la taquicardia de QRS estrecho, el primer paso es analizar la regularidad del intervalo RR: así podemos visualizar la presencia de taquicardias regulares y taquicardias irregulares. La taquicardia intranodal representa el 60% de estas patologías, siendo la más frecuente de las taquicardias supraventriculares paroxísticas en pacientes sin antecedentes patológicos cardíacos, mientras que la taquicardia irregular de QRS estrecho es la fibrilación auricular (FA) (Leonardo Onetto, 2021).

Las taquicardias supraventriculares presentan frecuencias cardíacas elevadas en el EKG, su característica más distintiva es la presencia de complejos QRS estrechos, pero sus frecuencias son rítmicas.

Las estrategias de manejo de la FA son; el control de la frecuencia cardíaca, el control del ritmo y la profilaxis del embolismo arterial, esta última debe plantearse en la evaluación de dichos pacientes. La FA generalmente se encuentra asociada al riesgo embólico, independientemente si es del tipo paroxística, permanente o persistente, por lo que el tratamiento standard de profilaxis será el mismo en los 3 casos (Olgin JE, 2019).

Las dos manifestaciones clínicas más frecuentes para la profilaxis del embolismo arterial:

a) Restauración del ritmo sinusal: En el caso de que la FA tiene menos de 48 horas de evolución, se podría catalogar como de bajo riesgo embólico y la cardioversión se la podría realizar con seguridad. En caso contrario, se indica ecocardiograma transesofágico

antes del intento, o el paciente debe tener tratamiento anticoagulante durante 3 semanas (Raúl C. Olmos, 2020).

b) FA no valvular: En este caso primero se debe estratificar el riesgo embólico en base a los factores de riesgo preexistente para poder prescribir la profilaxis

Para establecer el tipo de taquicardia, primero se debe identificar que nos encontramos ante una taquicardia de QRS estrecho, observamos el intervalo RR y determinamos si es o no regular (Clara B. Subirá, 2015).

#### **1. Taquicardia QRS estrecho regular:**

- Taquicardia sinusal.
- Taquicardia auricular.
- Flutter o aleteo auricular.
- Taquicardia supraventricular:
  - Taquicardia por reentrada en NAV.
  - Taquicardia por reentrada sinusal.
  - Taquicardia por reentrada por vía accesoria (ortodrómica).

#### **2. Taquicardia QRS estrecho irregular:**

- Flutter de conducción variable.
- Fibrilación auricular.
- Taquicardia auricular multifocal.

#### **Taquicardia del complejo QRS estrecho Regular**

**Taquicardia sinusal (TS):** Es la taquicardia más frecuente, tiene su origen en el nodo sinoauricular (SA) provocado por el aumento de automatismo en las ondas P de origen sinusal positivas, en las derivaciones AVF, I, II, III, ondas V1 bifásicas o negativas. En algunas ocasiones realizar el diagnóstico diferencial con la taquicardia auricular multifocal es complicado, ya que la TS puede presentar contracciones auriculares prematuras agregadas. Entre la sintomatología más representativa son: disnea, dolor torácico y síntomas vagales. No en todos los casos son de origen estructural (MA, s.f.).

Los pacientes que padecen con TS, si son jóvenes, tendrán una frecuencia cardíaca de 150 lpm a 200 lpm. Pero generalmente todos los individuos presentarán una frecuencia superior a 100 lpm.

### ***Factores que desencadenan la TS***

Existen múltiples factores que podrían desencadenar una TS, generalmente son producidos por insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), patologías tiroideas, shock hipovolémico, catecolaminas, anemia, tromboembolismo pulmonar, síndrome de abstinencia a estupefacientes. Desencadenante como efecto secundario posterior a la ingesta de fármacos (atropina), tóxicos, nicotina, cafeína.

### **Taquicardia auricular unifocal**

Es una taquicardia poco frecuente, pues tiene una prevalencia menor del 10%, se desencadenan por mecanismos de reentrada intraauricular. Su sintomatología tiene inicio y finalización gradual. La mayor incidencia se presenta en pacientes con edad avanzada con presencia de tejido auricular fibroso o posterior a cirugías cardíacas (MedlinePlus, 2020).

En el EKG se observan ondas P no sinusales, con una frecuencia cardíaca entre 100-250 lpm, esto depende de la presencia de bloqueo AV. La apariencia de las ondas P varían dependiendo del lugar donde se produzcan en la aurícula.

### **Flutter o aleteo auricular**

Es una taquicardia auricular que produce 250 a 350 lpm, con la presencia de ondas F o también conocidas como ondas de fibrilación (son de aspecto irregular, con morfología variable, parecen dientes de sierra).

Generalmente cuando prevalece el flutter es porque está asociado a enfermedades crónicas como: enfermedades cardíacas estructurales, ya sean congénitas como alteraciones septales, estenosis, insuficiencia de mitral o tricúspidea, pericarditis, o pueden estar asociadas a enfermedades pulmonares como el EPOC o tromboembolismo pulmonar (TEP). En pacientes sin cardiopatías pueden presentar flutter por el consumo de antiarrítmicos como la propafenona o flecainida (Sosa-Villarreal R, 2019).

A pesar de que el flutter tiene una frecuencia elevada, se considera que la prevalencia es del 04% al 1,2% menor que la FA.

El flutter tiene una prevalencia del 0,4 al 1,2%, menor que la FA. Es una taquicardia regular de QRS estrecho producida por el bloqueo 2:1 en el nodo AV, sin embargo, la presencia de un bloqueo mayor (3:1 a 4:1) en ausencia de fármacos antiarrítmicos moduladores del nodo AV. En cambio, si no hay presencia de bloqueo (1:1) puede ser provocado por el exceso de catecolaminas o patologías tiroideas (Clara B. Subirá, 2015).

***Se describen las dos presentaciones del flutter:***

- **Flutter típico:** Es la más frecuente, es producido por un circuito de macro-reentrada de la aurícula derecha, alrededor del anillo tricúspideo. La mayor incidencia de este flutter se presentan en hombres. El flutter típico a su vez puede ser común o no común:
  - Común: Es generado por la activación del circuito de macro-reentrada en sentido antihorario. En el EKG se observan F positiva en V1 y negativa en cara inferior (II, III y aVF)
  - No común: Causado por la activación del circuito de macro reentrada en sentido horario y presenta ondas F negativas en V1, mientras presenta ondas F positivas en cara inferior.
- **Flutter atípico:** La macro-reentrada se produce en las aurículas, generalmente en zona de fibrosis de una cicatriz posterior a intervención quirúrgica, post ablación o isquemia. En el EKG se presenta frecuencia auricular mayor y ondas F melladas con distinta polaridad.

**Taquicardia supraventricular paroxística (TSV)**

En este grupo se describen diferentes tipos de taquicardia según su origen.

Si la taquicardia se encuentra mediada por la reentrada nodal, es más frecuente que se presente en mujeres mayores de 40 años, sin embargo, si la taquicardia es mediada por vía accesoria, será más frecuente en pacientes hombres, alrededor de los 25 años (Luis O. Mullo, 2021).

**Taquicardia por reentrada en el nodo auriculoventricular (TRNAV)**

Es la taquicardia paroxística supraventricular que se presenta con mayor frecuencia sin asociarse a las cardiopatías estructurales, representa el 50-69% de todas las taquicardias de QRS estrecho regulares. Generalmente se presenta mediante 2 vías: Una de conducción lenta que tiene un período refractario menor, y la vía de conducción rápida, usualmente los estímulos se producen durante el ritmo sinusal, esta vía tiene un período refractario mayor (Thygesen, 2017).

Si produce una extrasístole en la aurícula o ventrículo que durante el periodo refractario se encuentra en la vía rápida, pero es conducida por la vía lenta, al alcanzar los ventrículos, la vía rápida se ha repolarizado.

### Taquicardia del complejo QRS estrecho irregular

Las taquicardias de QRS estrecho son patologías cardiovasculares más frecuentes en el área de Urgencias Hospitalarias. Se describen como latidos rápidos con una frecuencia cardíaca superior a los 100 latidos por minuto (lpm) y según la anchura es menor a 120 milisegundos. Generalmente pueden tener un origen supraventricular. Las taquicardias de QRS generalmente se presentan en mujeres a partir desde los 40 años de edad (Salazar-Mendiguchía J, 2019).

Su origen se debe a la presencia de una doble vía de conducción en el Nodo AV2, (una rápida y otra lenta) si aparece un sobreestímulo auricular, pueden generar un mecanismo de reentrada que permanece durante la taquicardia.

A pesar de tener una tolerancia clínica aceptable, puede producir inestabilidad hemodinámica en los pacientes o presentar complicaciones en patologías preexistentes como lo son la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca.

Para diagnosticar la taquicardia de QRS estrecho, el primer paso es analizar la regularidad del intervalo RR: así podemos visualizar la presencia de taquicardias regulares y taquicardias irregulares. La taquicardia intranodal representa el 60% de estas patologías, siendo la más frecuente de las taquicardias supraventriculares paroxísticas en pacientes sin antecedentes patológicos cardíacos, mientras que la taquicardia irregular de QRS estrecho es la fibrilación auricular (FA).

Las taquicardias supraventriculares presentan frecuencias cardíacas elevadas en el EKG, su característica más distintiva es la presencia de complejos QRS estrechos, pero sus frecuencias son rítmicas (Mario García-Gómez, 2019).

Las estrategias de manejo de la FA son; el control de la frecuencia cardíaca, el control del ritmo y la profilaxis del embolismo arterial, esta última debe plantearse en la evaluación de dichos pacientes. La FA generalmente se encuentra asociada al riesgo embólico, independientemente si es del tipo paroxística, permanente o persistente, por lo que el tratamiento standard de profilaxis será el mismo en los 3 casos.

Las dos manifestaciones clínicas más frecuentes para la profilaxis del embolismo arterial:  
a) Restauración del ritmo sinusal: En el caso de que la FA tiene menos de 48 horas de evolución, se podría catalogar como de bajo riesgo embólico y la cardioversión se la podría realizar con seguridad. En caso contrario, se indica ecocardiograma transesofágico

antes del intento, o el paciente debe tener tratamiento anticoagulante durante 3 semanas.

b) FA no valvular: En este caso primero se debe estratificar el riesgo embólico en base a los factores de riesgo preexistente para poder prescribir la profilaxis.

### **Fibrilación auricular (FA)**

Es una arritmia asociada a cardiopatía estructural, se considera como la fibrilación más frecuente ya que tiene una incidencia del 10% en pacientes mayores de 80 años y un 1% en la población en general. Existe una teoría que considera que el mecanismo de la FA puede ser producido por las múltiples ondas de micro reentrada en la aurícula. El inicio de estos impulsos se origina en las venas pulmonares, teniendo formas variables de automatismo focal anormal. La activación auricular desorganizada provoca que el llenado ventricular no sea el adecuado y no exista coordinación en la sístole auricular, la cual puede producir 350-600 lpm (Reyes Sanamé, 2018).

En este tipo de arritmias no se observan ondas P en el EKG, se evidencia la presencia de ondas F, aparecen como ondas rápidas de diferente, tamaño, forma y ritmo, traduciéndose como una respuesta ventricular irregular. La frecuencia ventricular depende de las vías accesorias, de las propiedades electrofisiológicas de los tejidos de conducción, del tono simpático, vagal, del funcionamiento del nodo AV y del mecanismo de acción de los fármacos (Collet, 2020).

La clínica de la FA puede presentarse como: presíncope, síncope, mareos, disnea de reposo, palpitaciones y dolor torácico. Aunque generalmente puede ser asintomática y sólo se llega al diagnóstico cuando se presentan complicaciones con ICC o ictus.

### **Flutter de conducción variable**

Se puede confundir en el EKG con la FA por las ondas en patrón de dientes de sierra (Clara B. Subirá, 2015). Este tipo de flutter tiene conducción variable a nivel del nodo AV.

### **Taquicardia auricular multifocal (TAM)**

Es una taquicardia poco común, con una frecuencia de 0.08%-0.36% en los pacientes hospitalizados. Generalmente se presenta en pacientes ancianos y con patologías crónicas como el EPOC, ya que alrededor del 60% de las TAM están asociadas a enfermedades pulmonares, o por hipoxemia, toxicidad digitalica o hipopotasemia (Custer, Yelamanchili, & Lappin., 2021). La frecuencia cardíaca de esta taquicardia es mayor de 100 lpm.

El criterio para identificar la TAM en el EKG es el hallazgo de 3 o más ondas P no sinusales en la misma derivación con la presencia de la línea base isoeletrica entre ondas P y con intervalos irregulares de segmentos PP, PR y RR.

### **Manejo urgente**

#### **Preguntas claves en el manejo urgente:**

- Antecedentes patológicos de cardiopatía estructural (ICC o isquemia)
- Antecedentes de episodios de taquicardias o flutter.
- Taquicardias secundarias generalmente producidas por hipoxemia, TEP e infecciones.
- Alergias medicamentosas o tratamiento para patologías cardíacas.
- Hiperreactividad bronquial para betabloqueantes o adenosina, ateromatosis para el masaje carotídeo.
- El alcohol o el exceso de cafeína pueden desencadenar la reentrada por aumento de frecuencia de las extrasístoles.

#### **Realizar ECG de 12 derivaciones.** Sistemática de lectura:

- Frecuencia cardíaca
- Identificar onda P, variabilidad del P-R y relación P-QRS.
- Anchura del QRS.
- Ritmo (intervalo R-R).

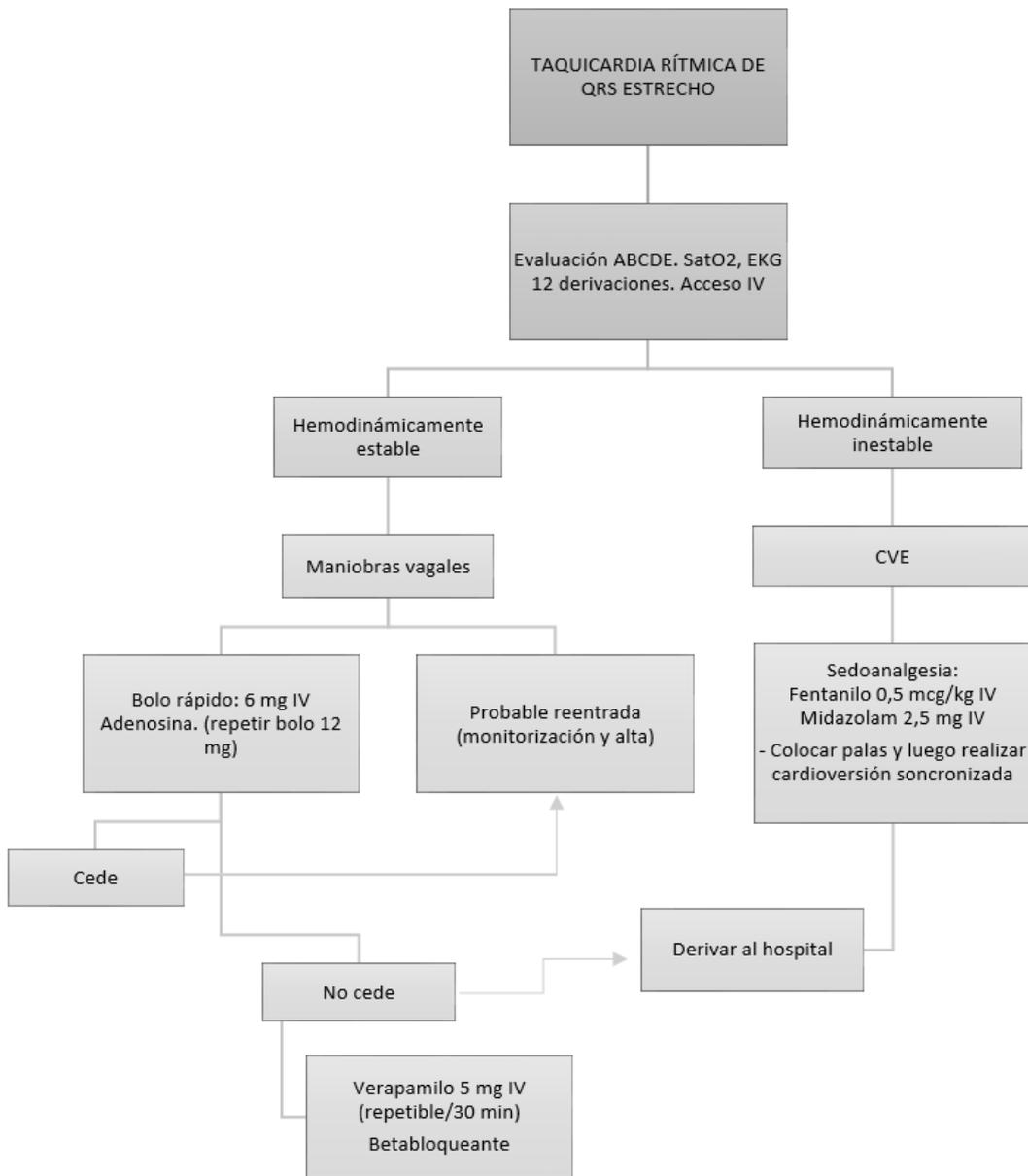
Para un manejo adecuado, se recomienda que el EKG debe ser continuo para visualizar el final de la taquicardia en caso de que se realicen maniobras vagales o adenosina (Mónica Pardo Fresno).

#### **Evaluación y tratamiento de la taquicardia:**

El objetivo del tratamiento de las taquicardias es la restauración del ritmo sinusal, por lo que se controlará la frecuencia cardíaca, porque podría causar inestabilidad de la hemodinamia o una taquimiocardiopatía. Se debe monitorear con el ejercicio, pero también en reposo (Shen W-K, 2017).

Algoritmo: Taquicardia regular del complejo QRS estrecho

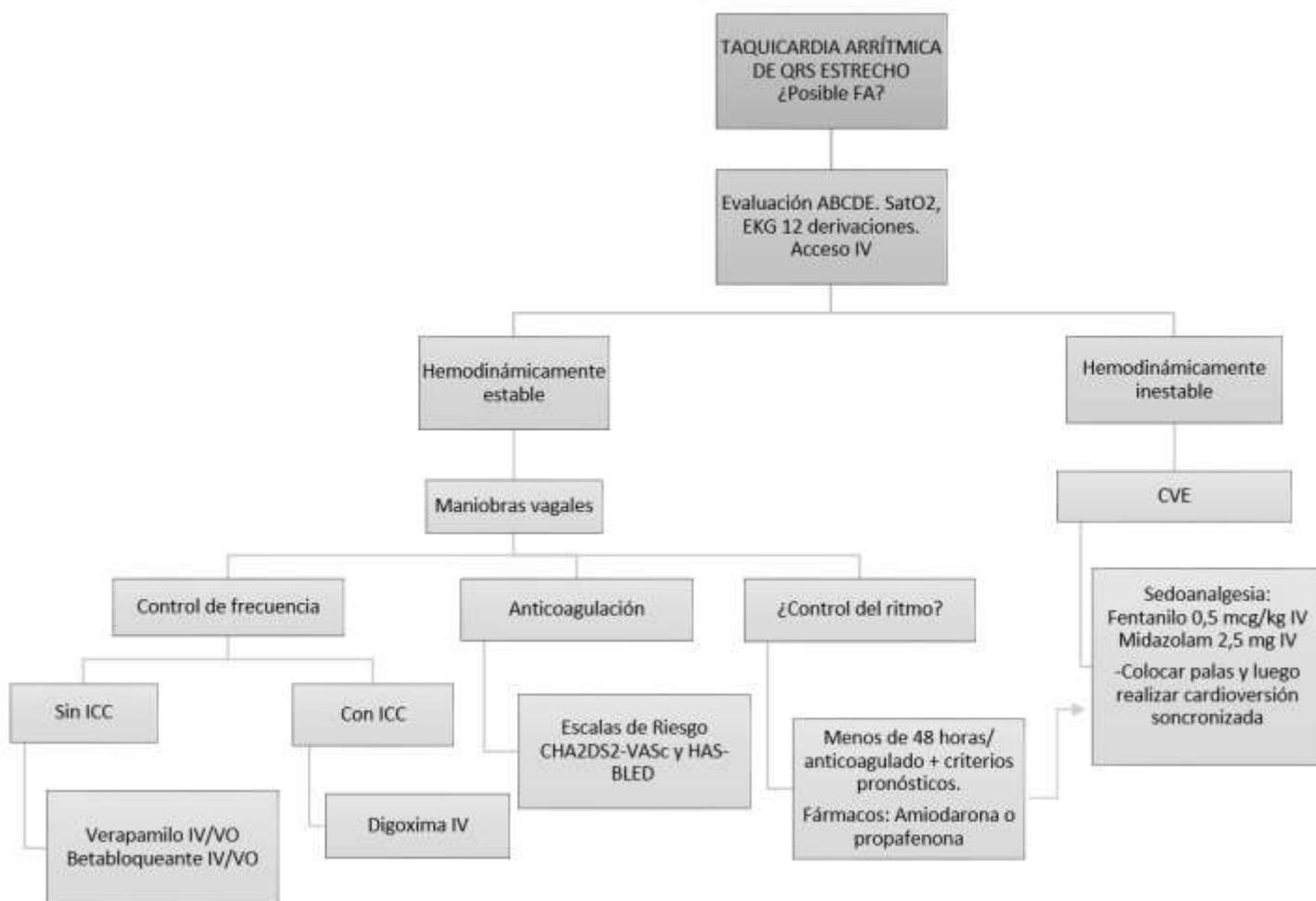
Figura 1: Taquicardia rítmica de QRS estrecho



Autores: Fistera. Carla B. Subirá; Casandra C. Lopez; Laura R. Benito

Algoritmo: Taquicardia irregular del complejo QRS estrecho

Figura 2: Taquicardia arrítmica de QRS estrecho



Autores: Fisterra. Carla B. Subirá; Casandra C. Lopez; Laura R. Benito

La inestabilidad hemodinámica es la caída sintomática de TA (menor a 90/50 mmHg) o a la disfunción orgánica o multiorgánica. Se debe administrar acceso intravenoso grande con inyección rápida (1-3 segundos) más lavado de 10 a 20 cc de solución salina y elevación del brazo. La dosis se puede repetir tras 1-2 minutos, con 12 mg, con un máximo de dos ocasiones.

**Nota:** Antes de usar adenosina se debe descartar hiperreactividad bronquial.

### TAQUICARDIA QRS ANCHO

Las taquicardias de QRS ancho son alteraciones del ritmo cardíaco normal, presentando frecuencias cardíacas mayores de los 100 lpm con un complejo QRS ensanchado, esto quiere decir que es mayor a los 0,12 segundos. El diagnóstico puede ser complejo ya que se manifiestan como arritmias benignas o en otros casos, arritmias con alto grado de

mortalidad como lo son; las taquicardias supraventriculares conducidas con aberrancias, arritmias preexcitadas o taquicardias ventriculares (Granero & Gómez, 2017).

Como regla general, todo paciente que presente taquicardia de QRS ancho en el EKG, debe ser tratado como taquicardia ventricular (TV), ya que la mayoría de estas patologías tienen su origen en los ventrículos.

En la TV puede existir la presencia del patrón concordante el cual es un muy buen indicador. Se refiere a la concordancia precordial. En caso de que las derivaciones precordiales muestren complejos QRS netamente positivos o solo complejos negativos durante episodios de taquicardia de complejos anchos (Sancan Zambrano, 2020).

***Según su regularidad se dividen de dos grupos.***

**Regulares:**

- Taquicardia ventricular
- Taquicardia supraventricular aberrada (bloqueo de rama previo o por conducción aberrante principalmente taquicárdico-dependiente)
- Taquicardia mediada por vía accesoria con conducción antidrómica

**Irregulares**

- Fibrilación auricular aberrante (BR)
- Fibrilación auricular preexcitada
- Taquicardia ventricular polimórfica

***Los criterios clásicos de origen ventricular (TV) son:***

- Disociación AV o pérdida de la relación QRS/P
- Latidos de fusión
- Bloqueo grado II tipo AV, aquí casi no evidencian ondas P, pero se observan más complejos ventriculares.

**Patrón concordante**

- El patrón concordante positivo se evidencia cuando la activación del ventrículo inicia en la pared póstero-basal del VI, este segmento se conoce como el área 4 del ojo de buey por su presentación en los estudios de resonancia magnética (RMN), se localiza en la región basal de la pared inferior.
- En cuanto a la concordancia positiva registrada en la TSV con haz accesorio puede confundirse con TV por la presentación clínica.

- La concordancia negativa se presenta en la región anteroapical del ventrículo izquierdo.
- La concordancia QRS negativa no se puede presentar durante la taquicardia supraventricular preexcitada, debido a la falta de una vía accesoria con conducción anterógrada la cual producir complejos QRS negativos precordiales.

Un intervalo RS mayor a 100 milisegundos desde el comienzo del QRS podría ser señal de una TV.

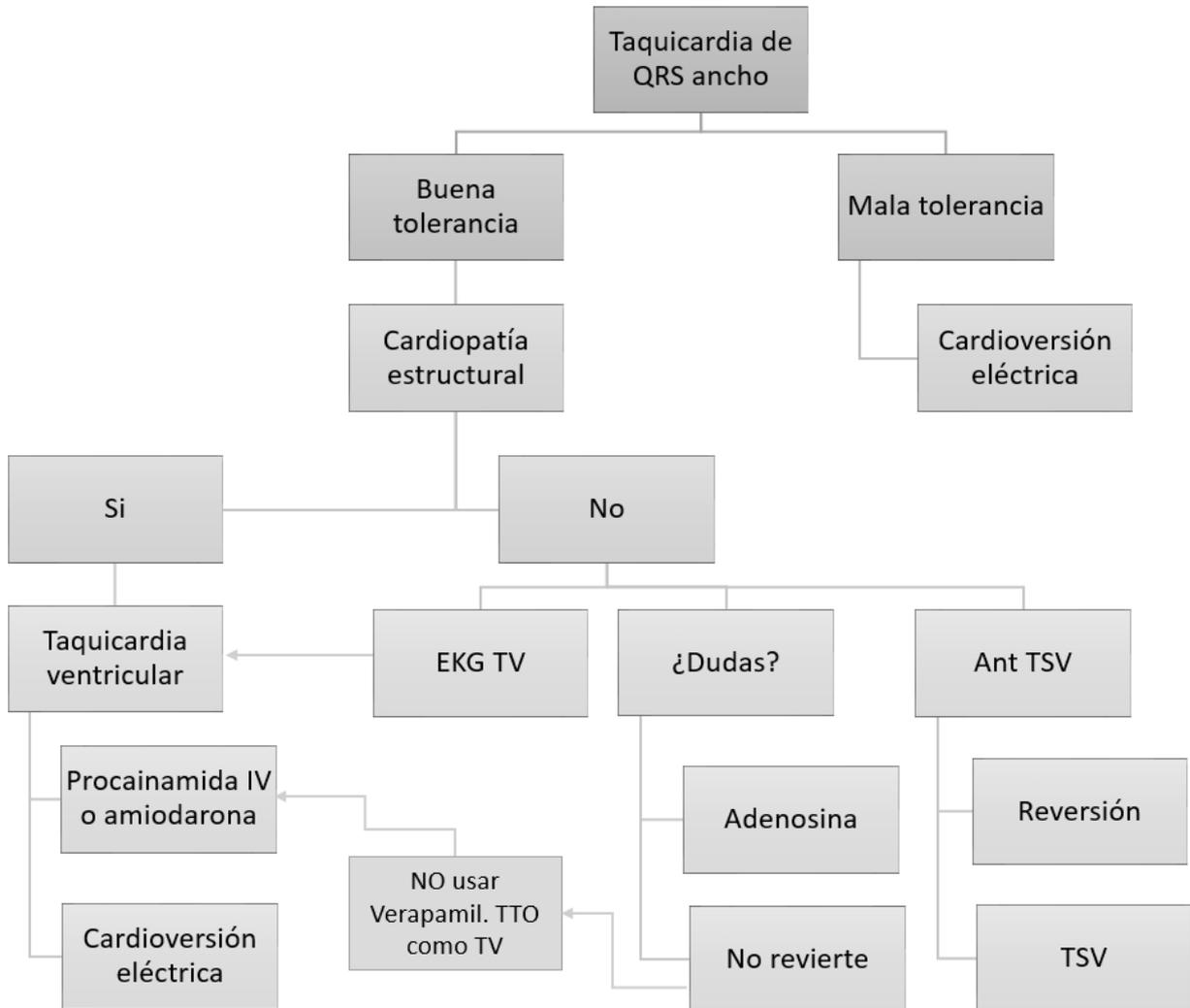
La concordancia también puede manifestarse por ausencia de complejos RS en las precordiales.

No es un motivo de peso la hemodinamia y la regularidad de los RR.

***Una taquicardia ventricular se diferencia de una taquicardia supraventricular cuando ambas tienen morfología de BCRI con las siguientes características:***

- La TSV si tiene origen ventricular el BCRI se considera atípico. La excepción a esta regla es cuando el paciente tenga infarto.
- Una muesca en la rampa descendente en la S o Q
- Una R dominante en aVR;
- Una Q o R inicial mayor a los 40 ms (qR o rS)
- Una relación entre la rampa descendente y ascendente. Si es  $\leq 1$  se considera como una TV, y si es mayor a 1, se tratará de una TSV.
- La taquicardia pre-excitada es poco frecuente, se excluye ante la presencia de un QS en las precordiales.

Figura3: Taquicardia de QRS Ancho



Fuente: Algoritmos De Decisión En Urgencias De Atención Primaria. Alfonso M. Martínez

### El tratamiento de las taquicardias ventriculares monomórficas.

Todo paciente que presente taquicardia de QRS ancho, debe ser monitoreado con el EKG de 12 derivaciones, el personal de la salud debe preparar el desfibrilador y solicitar una ambulancia de manera urgente para referir al paciente a una unidad hospitalaria de mayor capacidad resolutive. En caso de existir inestabilidad hemodinámica o ICC, se deberá realizar la cardioversión eléctrica sincronizada.

Si el paciente se encuentra estable, se puede administrar fármacos antiarrítmicos (FAA): como la procainamida, que es considerado como el de primera elección. El uso de verapamil también es recomendable para el manejo de taquicardias del complejo QRS ancho. La amiodarona es una opción menos eficaz durante la crisis aguda de TV, al igual que la lidocaína, la cual es poco útil fuera de la fase aguda del infarto. El uso de más de

un FAA, está contraindicado ya que potencian sus efectos tóxico. En el caso de que las FAA no funcionen, se debe proceder a la cardioversión eléctrica sincronizada (Celeste & Adaro Diego, 2020).

### CONCLUSIONES

Las taquicardias son las causas más frecuentes de síntomas cardíacos en el área de Urgencias por lo cual es importante conocer el manejo para poder estabilizar al paciente y referirlo a un hospital que tenga Unidad Coronaria o sea de mayor complejidad, ya que los episodios son recurrentes y modificarán el estilo de vida del paciente.

El personal de la salud debe conocer los tipos de taquicardias que se podrían presentar, para realizar un diagnóstico oportuno, así mismo, es recomendable seguir un protocolo sistemático, al igual que los algoritmos del manejo de urgencias de las taquicardias, ya que en algunos casos podrían provocar fallas orgánicas.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Andrea D. Thompson, M. J. (2020). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-cardiovasculares/s%C3%ADntomas-de-las-enfermedades-cardiovasculares/palpitaciones>
- Celeste, V., & Adaro Diego, A. J. (2020). Taquicardia ventricular como primer forma de presentación de Miocardiopatía Chagásica. *Revista Médica Universitaria FCM Uncuyo*.
- Chemocare. (s.f.). *Palpitaciones cardíacas*. Obtenido de <https://chemocare.com/es/chemotherapy/side-effects/Palpitaciones-cardiacas.aspx>
- Clara B. Subirá, C. C. (2015). Taquicardias de QRS estrecho. *Fisterra*.
- Collet, J. T. (2020). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*. doi:10.1093
- Custer, A. M., Yelamanchili, V. S., & Lappin., S. L. (2021). *Multifocal Atrial Tachycardia*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459152/>
- Granero, C., & Gómez, J. (2017). Wide QRS-complex tachycardia. *Elsevier*.

- Hershberger RE, G. M. (2018). Genetic evaluation of cardiomyopathy-A Heart Failure Society of America Practice Guideline. *J Card Fail.*, 24(5): 281-302. doi:10.1016/j.cardfail.2018.03.004
- JANY RODRÍGUEZ LONDRES, T. S. (2017). Narrow-QRS Tachycardia: Supraventricular or Fascicular Ventricular Tachycardia? *Revista argentina de cardiología*.
- Leonardo Onetto, F. G. (2021). Diagnostic usefulness of electrophysiology study in patients with unexplained palpitations and suspected supraventricular arrhythmias. *ev Fed Arg Cardiol*, (4): 145-149.
- Luis O. Mullo, J. C. (2021). Taquicardia supraventricular. *Metrociencia*. doi:https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/supple2/2021/42-43
- MA, A. (s.f.). *Sociedad Española de Cardiología*. Obtenido de La SEC presenta novedades sobre la prevalencia de arritmias y enfermedades cardiovasculares: <https://secardiologia.es/arritmias/la-asociacion/comunicaciones/2060-la-sec-presenta-novedades-sobre-la-prevalencia-de-arritmias-y-enfermedades-cardiovasculares>
- Mario García-Gómez, G. C.-V.-F.-D.-C. (2019). Importancia del estudio sistemático de las palpitaciones. *Spanish Journal of Case Records in Internal Medicine*, 4(2): 67-69.
- MedlinePlus. (2020). *Taquicardia auricular multifocal*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000186.htm>
- Mónica Pardo Fresno, I. G. (s.f.). Valoración y manejo de las Taquicardias en urgencias. *Actualización de "ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias"*. Recuperado el 2022
- Olgin JE, Z. D. (2019). Supraventricular arrhythmias. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. *Elsevier*, chap 37.
- R.Frank, & F.Hidden-Lucet. (2015). Del síntoma al diagnóstico: Palpitaciones. *Elsevier*.
- Raúl C. Olmos, C. V. (2020). ARRITMIAS EN EMERGENCIAS. *Manual de Pediatría*, 39-43.
- Reyes Sanamé, F. A. (2018). Fibrilación auricular. Panorámica sobre un tema actualizado. *SciELO*.
- Salazar-Mendiguchía J, G.-C. J. (2019). Seguimiento a largo plazo de pacientes sintomáticos adultos con miocardiopatía no compactada. *Rev Esp Cardiol*, 72(2): 169-171. doi:10.1016/j.recesp.2017.11.015
- Sancan Zambrano, J. E. (2020). Riesgos y consecuencias de los pacientes diagnosticados con síndrome coronario agudo. *Recimundo*, 4(3), 274-284.

- Shen W-K, S. R. (2017). ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. doi:10.1016/j.jacc.2017.03.002
- Sosa-Villarreal R, A.-C. J. (2019). Atrial flutter with 1:1 Atrioventricular conduction. Case report. *SciELO*, 60, 50-55.
- Thygesen, K. A. (2017). Consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto de miocardio. *Revista Española de Cardiología*, 27(1), 10-15.