


**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE URGENCIAS**

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

Contenido

- 1. AUTOR**
- 2. REVISORES**
- 3. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES DE LOS AUTORES/REVISORES**
- 4. JUSTIFICACIÓN**
- 5. ALCANCE Y PROPÓSITO**
- 6. OBJETIVOS**
- 7. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD**
- 8. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD**
- 9. EPIDEMIOLOGÍA**
- 10. DEFINICIÓN**
- 11. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**
- 12. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**
- 13. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
- 14. TRATAMIENTO**
- 15. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN**
- 16. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO**
- 17. MEDIDAS PREVENTIVAS Y CONTROL**
- 18. SEGUIMIENTO Y CONTROLES**
- 19. BIBLIOGRAFÍA**

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Urgencias	CÓDIGO: PR-18-02	Página 1 de 13
	Título: Protocolo de manejo de la Taquicardia Supraventricular	Edición: Enero 2018	
	Elaborado: Dr. Eric Cheng Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

1. AUTOR

Dr. Eric Cheng – Pediatra

2. REVISORES

Dra Alyna Arcia, Dr. Samuel Roberts, Dra. Rosa Flores, Urgenciólogos Pediatras, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES / REVISORES

Todos los autores y revisores implicados en la elaboración de este documento declaran que no existen conflictos de intereses que puedan influir en el contenido.

4. JUSTIFICACIÓN

La Taquicardia Paroxística Supraventricular es la arritmia más frecuente y con mayor repercusión clínica en Pediatría.

5. ALCANCE Y PROPÓSITO

Alcance

La población diana de este protocolo de atención son los pacientes que acudan al Cuarto de Urgencias del Hospital del Niño “Dr. José Renán Esquivel” con Taquicardia Paroxística Supraventricular.


Propósito

Elaborar e implementar un protocolo de atención que nos permita atender de una manera uniforme a todos los pacientes con que acudan con Taquicardia Paroxística Supraventricular.

6. OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer un protocolo de diagnóstico, clasificación y manejo del paciente con Taquicardia Paroxística Supraventricular Respiratoria en el cuarto de urgencias.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Urgencias	CÓDIGO: PR-18-02	Página 2 de 13
	Título: Protocolo de manejo de la Taquicardia Supraventricular	Edición: Enero 2018	
	Elaborado: Dr. Eric Cheng Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

Objetivos específicos

- Realizar una valoración secuencial del paciente con una Taquicardia Paroxística Supraventricular.
- Detectar rápidamente lesiones que amenazan la vida en el paciente pediátrico con Taquicardia Paroxística Supraventricular en el servicio de urgencias.
- Establecer prioridades en la evaluación y el manejo del paciente pediátrico con Taquicardia Paroxística Supraventricular en el servicio de urgencias.

7. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

La prevalencia de la Taquicardia Paroxística Supraventricular es de aproximadamente de 1/250 a 1/1000 niños sanos.

No existen diferencias significativas según la raza o el sexo.

8. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD

Taquicardia Paroxística Supraventricular CIE 10: I 47

9. EPIDEMIOLOGÍA

El primer episodio ocurre en un 50% durante el primer año de vida y un segundo pico en la adolescencia.


En un 90% de los menores de 1 año tienen una resolución espontánea, pero más del tercio de los pacientes recurrirán hasta una media de 8 años.

Entre un 9 y un 32 % pueden asociarse a simples defectos del septum (CIA, CIV) o incluso a cardiopatías congénitas complejas.

10. DEFINICIÓN

La Taquicardia Paroxística Supraventricular puede definirse como un ritmo cardíaco rápido y regular (**T**aquicardia), de comienzo y finalización bruscos (**P**aroxística) y originado por encima de los ventrículos (**S**upraventricular).

Estas arritmias, por definición, se inician o se mantienen en el nódulo AV o en la aurícula, en contraste con las potencialmente letales taquicardias ventriculares, las cuales se originan en los ventrículos cardíacos, es decir, por debajo de las aurículas o del nódulo AV.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Urgencias	CÓDIGO: PR-18-02	Página 3 de 13
	Título: Protocolo de manejo de la Taquicardia Supraventricular	Edición: Enero 2018	
	Elaborado: Dr. Eric Cheng Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

11. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Pueden durar pocos minutos hasta entre 1 y 2 días.

Hallazgos clínicos:

- Historia incompatible con taquicardia sinusal
- Ondas P ausentes o anormales en el ECG
- Frecuencia cardíaca invariable con la actividad
- Presencia de cambios abruptos en la frecuencia cardíaca
- Frecuencia cardíaca usualmente superior a 220 lat/min en RN, lactantes y niños pequeños y superior a 180 lat/min en niños mayores y adolescentes

En lactantes puede cursar con palidez, taquipnea, vómitos, rechazo alimentario e irritabilidad. Si la crisis es prolongada, cursan con tos, disnea e insuficiencia cardíaca.

Los niños mayores refieren la sensación de taquicardia, dolor precordial, mareo, sensación de desmayo, dificultad respiratoria, ansiedad, dolor muscular especialmente las piernas, adormecimiento u hormigueo en las extremidades.


La taquicardia ventricular requiere un tratamiento adecuado, pues tienden a degenerar hacia una fibrilación ventricular y muerte.

12. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- Taquicardia sinusal (TS)
- Fibrilación auricular (FA)
- Flúter o aleteo auricular (AA)
- Taquicardia ventricular (TV)
- Taquicardia ectópica auricular (TEA)

13. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS


El electrocardiograma y la monitorización continua durante la fase sintomática confirman la sospecha clínica y determinan la conducta a seguir, además de ayudar a descifrar el mecanismo subyacente productor de la TPSV. Para ello, siempre y cuando el estado del paciente lo permita, es preferible realizar un ECG de 12 derivaciones.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Urgencias	CÓDIGO: PR-18-02	Página 4 de 13
	Título: Protocolo de manejo de la Taquicardia Supraventricular	Edición: Enero 2018	
	Elaborado: Dr. Eric Cheng Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

La onda P puede estar ausente, encontrarse inmediatamente por detrás del QRS, puede haber varias ondas P para cada QRS y tener morfología anormal o ser alternativamente positivas y negativas.


Los subtipos individuales de la taquicardia SV se pueden distinguir uno del otro por ciertos patrones fisiológicos y eléctricos, muchos de los cuales se encuentran presentes en el electrocardiograma.

- Taquicardia sinusal:
Se considera adecuado cuando un estímulo razonable, tal como un auge por catecolaminas asociado al miedo, estrés o a una actividad física considerable, provoca la taquicardia. Se distingue por tener una presentación idéntica al ritmo sinusal normal, con la excepción de una frecuencia cardíaca elevada (>100 latidos por minuto en adultos).
- Taquicardia de reentrada del nodo sinusal (SANRT):
Causado por un circuito de reentrada localizado en el nódulo sinusal, que resulta en una onda P que aparece justo antes de un complejo QRS angosto, de modo que resulta imposible de distinguir con una taquicardia sinusal ordinaria. Se pueden distinguir de otras taquicardias por su rápida respuesta a las maniobras vagales.
- Taquicardia auricular unifocal:
Es una taquicardia que resulta de un foco ectópico en los límites de la aurícula y se distingue por tener una onda P consistente con morfología anormal que antecede a un complejo QRS angosto.
- Taquicardia auricular multifocal:
Resulta de al menos tres focos eléctricos ectópicos dentro de los límites de la aurícula y se caracteriza por ondas P de al menos tres morfologías distintas que caen antes de complejos QRS angostos e irregulares.
- Fibrilación auricular:
El cual no es en sí una taquicardia, pero cuando se le asocia a una respuesta ventricular rápida mayor de 100 latidos por minuto, se convierte en una. Una fibrilación auricular característica es un *ritmo irregularmente irregular* tanto en sus despolarizaciones auriculares como ventriculares. Se distingue por ondas P que, en cierto punto se vuelven caóticas y estimulan una respuesta ventricular que se traduce en complejos QRS irregulares y angostos.
- Flutter auricular:
Es causado por un ritmo de reentrada a la aurícula, con una frecuencia regular de aproximadamente 300 latidos por minuto. En el ECG, el flutter aparece como ondas P en forma de sierra. El nodo AV por lo general no es

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Urgencias	CÓDIGO: PR-18-02	Página 5 de 13
	Título: Protocolo de manejo de la Taquicardia Supraventricular	Edición: Enero 2018	
	Elaborado: Dr. Eric Cheng Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

capaz de generar una frecuencia así de rápida, así que la relación PQRS forma bloques de 2:1 o 4:1 de manera consistente a diferencia de las inconsistentes ondas P de la fibrilación auricular. De igual manera, el flutter auricular no es en sí una taquicardia a menos que el nodo AV permita una respuesta ventricular mayor de 100 latidos por minuto.

- **Taquicardia de reentrada del nódulo AV:**
 También llamada taquicardia reciprocante, incluye un circuito de reentrada que aparece justo antes de la onda P dentro del mismo nódulo auriculoventricular. El circuito por lo general incluye dos minúsculas vías eléctricas, una más rápida que la otra, dentro del nódulo AV. Debido a que el nódulo AV está justo entre la aurícula y el ventrículo, un circuito de reentrada con frecuencia estimula a ambas cámaras, lo que se traduce en la conducción de una onda P retrógrada que se entierra junto o poco después de un complejo QRS regular y angosto.
- **Taquicardia de reentrada AV**
 También resulta de un circuito de reentrada, aunque es físicamente más grande que la taquicardia de reentrada del nódulo AV. Una porción del circuito es el mismo nódulo AV, mientras que la otra porción del circuito es un camino accesorio anormal que viene de la aurícula hacia el ventrículo. El síndrome de Wolff-Parkinson-White es un trastorno relativamente común con uno de tales caminos eléctricos accesorios, llamado el haz de Kent que cruza el anillo de la válvula auriculoventricular.
 - En las taquicardias de reentrada AV ortodrómicas, los impulsos auriculares se conducen hacia abajo por medio del nódulo AV y luego vuelven de manera retrógrada hacia la aurícula por un camino accesorio. Una característica distintiva de estas variantes son las ondas P que aparecen después de los complejos QRS regulares y angostos, debido a la conducción retrógrada.
 - En las taquicardias de reentrada AV antidrómicas, los impulsos auriculares son los que inician la conducción por medio del camino accesorio y reentran a la aurícula de manera retrógrada hacia el nódulo AV. Debido a que ese camino accesorio inicia la contracción ventricular fuera del haz de His, el complejo QRS se vuelve más ancho de lo normal con una onda característica llamada *onda delta*.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Urgencias	CÓDIGO: PR-18-02	Página 6 de 13
	Título: Protocolo de manejo de la Taquicardia Supraventricular	Edición: Enero 2018	
	Elaborado: Dr. Eric Cheng Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

14. TRATAMIENTO

La estrategia de manejo está basada en el estado fisiopatológico y la estabilidad hemodinámica del paciente.

Los pacientes hemodinámicamente estables con adecuada perfusión (tiempo de recapilarización, estado de conciencia y presión arterial normales) son manejados con maniobras vagales y si no responden a ellas, con adenosina intravenosa. Sin embargo, aquellos que presenten evidencias de mala perfusión (tiempo de recapilarización enlentecido > 3 seg, alteración de la conciencia o hipotensión) deben ser cardiovertidos de emergencia.

En todos los casos debe administrarse oxigenoterapia independientemente de la saturación de hemoglobina que presente el paciente, con el objetivo de aumentar la perfusión tisular de oxígeno.

Se debe obtener un registro continuo de ECG antes, durante y después de las diferentes intervenciones con el objetivo de capturar los cambios de ritmo. Si el estado clínico del paciente permite obtener un ECG de 12 derivaciones durante la taquicardia y repetirlo una vez que el ritmo sinusal se haya restablecido.

La taquicardia paroxística supraventricular es una verdadera urgencia médica que requiere de medidas generales y tratamiento específico.

1. Medidas generales de soporte


- Administración de oxígeno al 100%.
- Monitorización mediante ECG continuo (preferiblemente con registro).
- Acceso vascular periférico (preferiblemente en extremidad superior).
- Controles analíticos (ionograma, gasometría, calcemia).

2. Tratamiento específico

*Si el estado del paciente lo permite, pueden intentarse maniobras vagales y/o adenosina mientras se prepara la CSV. En caso contrario, proceder de inmediato a la CSV.

A. Las maniobras vagales

Son capaces de enlentecer la conducción AV, interrumpiendo el circuito de reentrada dependiente del nodo. Estas maniobras pueden no tener efecto, producir un grado mayor de bloqueo, o bien causar el retorno al ritmo normal, pero nunca un enlentecimiento gradual del ritmo. Si fracasan, el tratamiento dependerá de los síntomas que presente el paciente.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Urgencias	CÓDIGO: PR-18-02	Página 7 de 13
	Título: Protocolo de manejo de la Taquicardia Supraventricular	Edición: Enero 2018	
	Elaborado: Dr. Eric Cheng Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

- Colocar al paciente en decúbito para incrementar al máximo el tono vagal, comparado con las posiciones de semi-incorporado o sentado.
- Deben ejecutarse bajo monitorización ECG continua.
- La presión de los globos oculares está contraindicada en todas las edades debido al riesgo de desprendimiento de retina.
- En lactantes y niños pequeños las maniobras vagales habituales pueden sustituirse por la “succión en vacío” de su propio dedo pulgar o de una tetina de biberón o sorbete obstruidos en el extremo opuesto.
- El uso de una bolsa con hielo y agua durante 10 a 30 segundos aplicada solo sobre la cara, frente y puente nasal y sin obstruir la respiración (33-62% de éxito).
- El masaje del seno carotideo no se recomienda en menores de 10 años, aunque es seguro en niños mayores. Debe realizarse unilateralmente durante 5-10 segundos en posición supina con la cabeza lateralizada, masajeando de arriba hacia abajo el seno y comprimiéndolo entre nuestros dedos y la columna cervical del paciente.
- En lactantes, la estimulación rectal mediante un termómetro puede resultar exitosa.
- En niños mayores, la inducción del reflejo nauseoso, la respiración profunda y la apnea voluntaria a glotis cerrada, beber un sorbo de agua bien helada o posicionar al paciente en forma vertical cabeza hacia abajo, durante 15-20 segundos resulta particularmente efectivo en adolescentes y funciona como un automasaje carotídeo por aumento de la presión hidrostática a nivel del seno.


B. Tratamiento farmacológico

Adenosina: es el fármaco de elección más utilizado y recomendado para el manejo agudo de la TPSV. Hay que administrarla en bolo rápido seguido de una carga de suero fisiológico de manera consecutiva.

La dosis inicial recomendada en niños es: 100 µg/kg = 0,1 mg/kg iv.

La dosis inicial máxima (DMI) es de 6 mg.

Si la primera dosis no resulta efectiva, las dosis sucesivas pueden incrementarse a razón de 100 µg/kg (0,1mg/kg) hasta un máximo de 0,3 µg/kg (0,3 mg/kg). Un rango

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Urgencias	CÓDIGO: PR-18-02	Página 8 de 13
	Título: Protocolo de manejo de la Taquicardia Supraventricular	Edición: Enero 2018	
	Elaborado: Dr. Eric Cheng Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

de dosis entre 100 y 300 µg/kg (0,1-0,3 mg/kg) fue hallado como el más efectivo, es decir;

1ª dosis: 0,1 mg/kg,

2ª dosis: 0,2 mg/kg y

3ª dosis: 0,3 mg/kg; con un máximo de 12 mg/dosis (DMáx).

– Efecto en 10-20 seg.

– Vida media de 10 seg.

– Intervalo de administración interdosis no será mayor a 1 o 2 minutos.

Los efectos adversos son transitorios y pueden reducirse con el uso de midazolam: rubor facial, dolor u opresión torácica irradiado a cuello, garganta o mandíbula y disnea, asistolia, bradicardia, arritmias (FA o flúter asociados a vía de conducción accesoria, *torsade de pointes* con QT prolongado, bloqueo AV prolongado y extrasístoles ventriculares; todas transitorias y reversibles espontáneamente) y broncoespasmo grave (solo descrito en pacientes con asma).

En caso de no disponer de adenosina se podrá utilizar en su lugar adenosina trifosfato (ATP) triplicando las dosis, a saber:

1ª dosis: 300 µg/kg,

2ª dosis: 600 µg/kg y


3ª dosis: 900 µg/kg.

C. Cardioversión sincronizada (CVS)

- Indicada para pacientes con TPSV inestable.
- Registro ECG continuo, acceso vascular disponible y material de intubación preparado.
- Dosis inicial: 0,5 a 1 joule/kg. Si la TPSV persiste, se duplica hasta un máximo de 2 joule/kg.
- En pacientes inconscientes se iniciarán maniobras de RCP hasta que se aplique la CVS.
- En pacientes conscientes, siempre que sea posible se administrará sedo analgesia previa. (Fentanilo – Midazolam).

15. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Todo niño con un episodio de taquicardia requiere ingreso a sala de hospitalización.
- Si tiene signos de insuficiencia cardíaca deberá ingresar en Unidad de Cuidados Intensivos (ocurre a menudo con los lactantes).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Urgencias	CÓDIGO: PR-18-02	Página 9 de 13
	Título: Protocolo de manejo de la Taquicardia Supraventricular	Edición: Enero 2018	
	Elaborado: Dr. Eric Cheng Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

- Los pacientes de mayor edad sin insuficiencia cardíaca pero, con taquicardia de larga duración (mayor de 12 h), también deberán ingresar en Unidad de Cuidados Intensivos.

16. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO


- Excelente en ausencia de cardiopatía.
- Se ha registrado la regresión espontánea de la función de la vía accesorio en al menos 1/3 de los niños durante el primer año de seguimiento.
- Aquellos pacientes con vías accesorias y WPW calificados de bajo riesgo por el estudio electrofisiológico no parecen tener un riesgo de muerte súbita incrementado comparado con la población general.
- Los portadores del síndrome de WPW sintomáticos tienen un escaso, pero real, riesgo de muerte súbita asociada (3-4%).

17. MEDIDAS PREVENTIVAS Y CONTROL

Una vez que el episodio agudo ha terminado, el tratamiento continuo debe ser indicado para prevenir una recurrencia de la arritmia. Los pacientes que hayan tenido un solo episodio aislado o episodios infrecuentes y mínimamente sintomáticos, por lo general no requieren tratamiento, solo observación o seguimiento cardiológico regular.

18. SEGUIMIENTO

Quienes tengan síntomas con más frecuencia o síntomas debilitantes como consecuencia de episodios de taquicardia SV, tienen la indicación de terapia preventiva medicamentosa como los agentes que bloquean al nódulo AV, tal como los betabloqueantes y antiarrítmicos. Los riesgos de estas terapias farmacológicas deben ser medidos con los potenciales beneficios por lo que deberá ser seguido por el servicio de Cardiología.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Urgencias	CÓDIGO: PR-18-02	Página 10 de 13
	Título: Protocolo de manejo de la Taquicardia Supraventricular	Edición: Enero 2018	
	Elaborado: Dr. Eric Cheng Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

19. BIBLIOGRAFÍA

Urgencias en Pediatría 5 Edición Protocolos diagnóstico-terapéuticos Hospital Universitari Sant Joan de Déu Universitat de Barcelona SECCIÓN 8. CARDIOLOGÍA

Coordinador: José María Quintillá Martínez
 Taquicardia paroxística supraventricular
F. Panzino, M. Rissech

MANUAL DE URGENCIAS EN PEDIATRÍA
 HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO
 Área de Pediatría M^a Teresa Alonso Salas
 Urgencias cardiológicas
 a. Trastornos del ritmo y de la conducción
 M.A. González Marín, F. García Angleu, M. Fernández Elías

Revisión bibliográfica Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Faustino Pérez Hernández" Arritmia más frecuente en Pediatría. Taquicardia Paroxística Supraventricular. Dra. Mirta Araceli Martínez Toyos, Dr. Pedro Reicel Villarreal Pérez, Dr. Raúl Medina Martín, Dra. Niurka Agramonte Valle, Est. Daliane Maricel Bernal Martínez Gaceta Médica Espirituana 2007; 9
[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(2\)_16/p16.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(2)_16/p16.html)

Supraventricular tachycardia in infants and children
 Taquicardia paroxística supraventricular en el niño y el lactante M. Balaguer Gargalloa, I. Jordán Garcíaa, J. Caritg Boscha, FJ. Cambra Lasasaa, F. Prada Hermogenesb, A. Palomaque Rico
 An Pediatr 2007;67:133-8 - Vol. 67 Núm.2 DOI: 10.1016/S1695-4033(07)70573-8

Manejo de arritmias cardíacas en niños en el servicio de urgencias
 Sandra Matiz Mejía, MD Cardióloga pediatra Universidad El Bosque CCAP
 Volumen 9 Número 2



TAQUICARDIA CON COMPLEJO QRS ESTRECHO





HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Urgencias	CÓDIGO: PR-18-02	Página 12 de 13
Título: Protocolo de manejo de la Taquicardia Supraventricular	Edición: Enero 2018	
Elaborado: Dr. Eric Cheng Pediatra	Revisión N°: 0	
Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

Manejo de la Taquicardia Paroxística Supraventricular.

