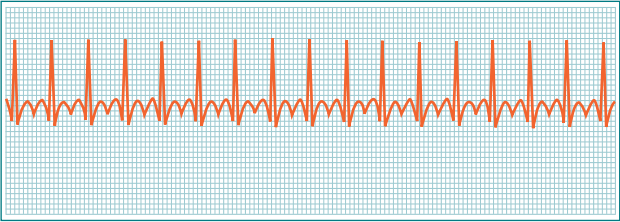
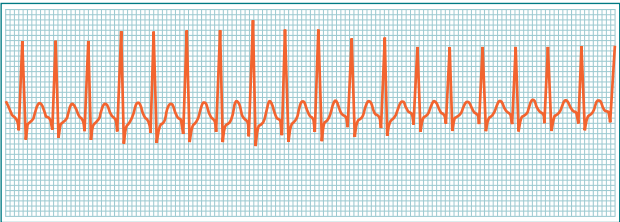


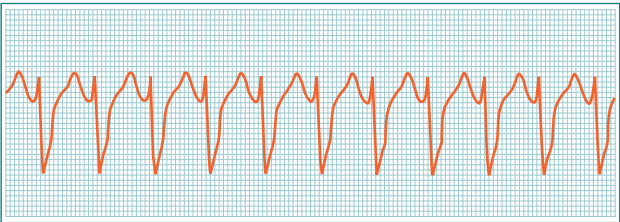
Taquicardia sinusal



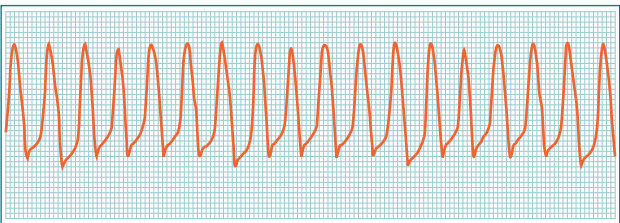
Taquicardia supraventricular



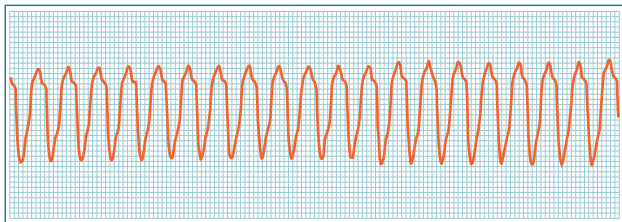
Taquicardia ventricular



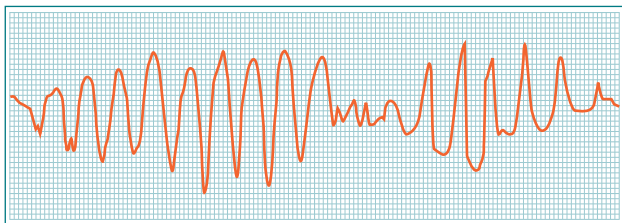
Taquicardia ventricular



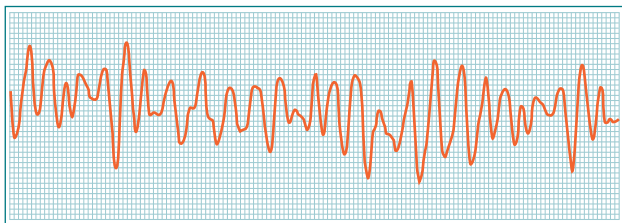
Taquicardia ventricular



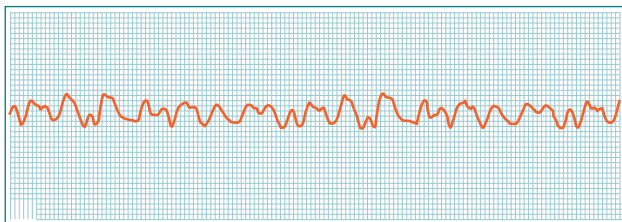
Taquicardia ventricular tipo *Torsade de Pointes*



Fibrilación ventricular



Fibrilación ventricular



BRADICARDIA

Con pulso presente y repercusión hemodinámica

Oxígeno, apertura vía aérea, ventilación, monitorizar
Si ausencia de pulso: RCP

¿Persiste repercusión hemodinámica?

No Sí

Si pulso, perfusión y respiración normal no es necesario tratamiento urgente. Monitorizar y evaluar

Masaje cardiaco si a pesar de oxigenación y ventilación adecuada la FC es < 60 lpm y con mala perfusión

¿Persiste repercusión hemodinámica?

No

Sí

Adrenalina cada 3-5 minutos:

- IV 0,1 ml/kg de la preparación 1+9 (1 ampolla de adrenalina + 9 ml de SSF)
- ET 0,1 ml/kg de la ampolla de adrenalina sin diluir

Si persiste bradicardia o respuesta sólo transitoria a adrenalina, considerar **perfusión de adrenalina o isoproterenol** (ver tabla 63)

Si hiperestimulación vagal:

- Atropina:** 0,02 mg/kg = 0,2 ml/kg de preparación 1+9, IV (1 amp de atropina + 9 ml de SSF)
- Repetir cada 5 minutos
 - Dosis mínima 1 ml (= 0,1 mg)
 - Dosis total máxima: 5 ml en niños (= 0,5 mg) 10 ml en adolescentes (= 1 mg)

Considerar marcapasos transcutáneo en bradicardia que no responde a medidas anteriores

TAQUICARDIA

Asegurar la vía aérea, ventilación, oxígeno, circulación, monitorizar, vía IV

Analizar duración QRS

QRS estrecho (< 0,08 seg)
Probablemente supraventricular

Tabla 8

QRS ancho (> 0,08 seg)
Probablemente ventricular

Tabla 9

TAQUICARDIA CON QRS ESTRECHO (< 0,08 seg) PROBABLEMENTE SUPRAVENTRICULAR

Evaluar el ritmo con ECG de 12 derivaciones o en monitor

Probable taquicardia sinusal:

- Ondas P presentes/normales.
Eje P entre 0° y 90°
- Frecuencia cardíaca variable
- Intervalo RR variable con PR constante
- Frecuencia:
 - Lactantes < 220 lpm
 - Niños < 180 lpm
- No suele producir repercusión hemodinámica

Probable taquicardia supraventricular:

- Ondas P ausentes o anormales.
Eje P no está entre 0° y 90°
- FC constante en el tiempo
- Frecuencia:
 - Lactantes \geq 220 lpm
 - Niños \geq 180 lpm
- Puede producir repercusión hemodinámica

Buscar y tratar causa:

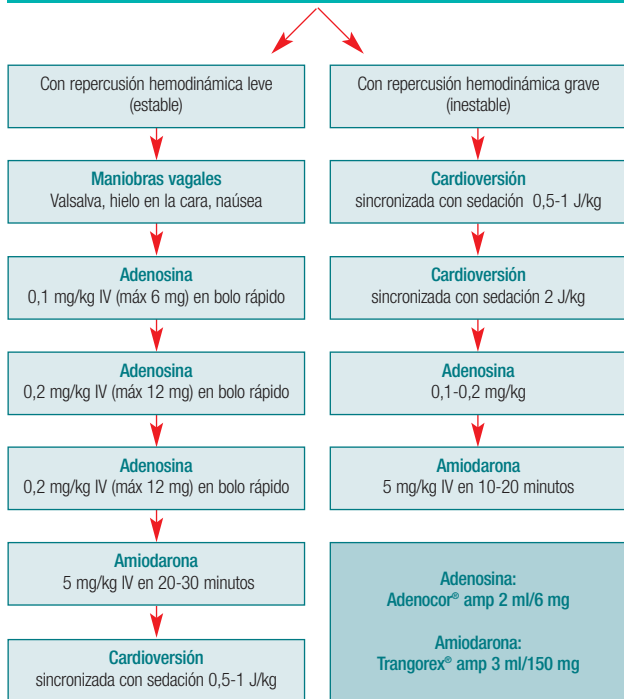
- Analgesia si dolor
- Antitérmicos si fiebre
- Sedación si agitación
- Corrección hipovolemia

Valoración Repercusión hemodinámica

	Leve	Grave
Pulso periférico	Débil/ausente	Ausente
Pulso central	Presente	Débil/ausente
Tiempo relleno capilar	> 2 seg	>> 2 seg
Perfusión	Mala	Muy mala
TA	Normal	Hipotensión
Nivel de conciencia	Obnubilado	Coma

Continúa en pág. siguiente...

TAQUICARDIA CON QRS ESTRECHO (< 0,08 seg) PROBABLEMENTE SUPRAVENTRICULAR (continúa)



TAQUICARDIA CON QRS ANCHO (> 0,08 seg) PROBABLEMENTE VENTRICULAR

Valoración repercusión hemodinámica

Con repercusión hemodinámica leve
(estable)

Con repercusión hemodinámica importante
(inestable)

¿Posibilidad de taquicardia
supraventricular con conducción
aberrante?

Sí

No

Cardioversión

sincronizada con sedación 0,5-1 J/kg

Cardioversión

sincronizada con sedación 2 J/kg

Amiodarona

5 mg/kg IV en 10-20 minutos

Si taquicardia ventricular tipo

Torsade Pointes: sulfato de magnesio
25-50 mg/kg IV (máx 2 g en 10-20 minutos)

Maniobras vagales:

Valsalva, hielo en la cara, náusea

Adenosina

0,1 mg/kg IV (máx 6 mg) en bolo rápido

Amiodarona

5 mg/kg IV en 20 minutos

Se puede repetir tres veces la dosis
(máx 15 mg/kg)

Parar administración si bradicardia,
hipotensión o *Torsade de Pointes*

Cardioversión

sincronizada con sedación 0,5-1 J/kg

Cardioversión

sincronizada con sedación 1-2 J/kg

Sulfato de Magnesio:
Sulmetin® amp 10 ml/1.500 mg

Amiodarona:
Trangorex® amp 3 ml/150 mg

Adenosina:
Adenocor® amp 2 ml/6 mg