



MANEJO AGUDO DE LA TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR EN UN ÁREA INTENSIVA MUNICIPAL. LA LISA.

Pérez Portales, Dagoberto ¹ ORCID <https://orcid.org/0009-0003-9979-302X>

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Policlínico Docente “Cristóbal Labra”,
Profesor Asistente. Correo: dago.pérez.17496@gmail.com

Resumen:

Introducción: La Taquicardia Paroxística Supraventricular (TPSV) constituye un motivo de consulta frecuente en urgencias; sin embargo, no existen algoritmos estandarizados para su manejo en atención primaria.

Objetivo: Este estudio describe las características clínicas, patrones de tratamiento y resultados inmediatos en el contexto de un Área Intensiva Municipal.

Métodos: estudio observacional, descriptivo, transversal, unicéntrico, aplicado a 57 pacientes con TPSV atendidos entre enero/2023 y diciembre/2024. Se revisaron historias clínicas registrando: edad, sexo, estabilidad hemodinámica, tratamiento (maniobras vagales, fármacos o cardioversión) y evolución.

Resultados: Predominio en mujeres adultas (77.19%), especialmente en el grupo 40–49 años (35.09%). El 92.98% de los casos se presentaron estables; solo 5.26% presentó inestabilidad hemodinámica y 1.75% compromiso grave. Los fármacos fueron la primera opción (60.38%), destacando amiodarona (30.19%) y verapamilo (22.64%). Las maniobras vagales se usaron en el 39.62%, con mayor éxito en la maniobra de

Valsalva modificada (33.33%). Los fármacos mostraron alta efectividad (90.63%), mientras que las maniobras vagales tuvieron baja tasa de éxito (14.29%). El 91.23% de los pacientes egresaron sin complicaciones.

Conclusiones: El manejo de la TPSV en este contexto priorizó fármacos sobre maniobras vagales, a pesar de las recomendaciones internacionales. La Maniobra de Valsalva modificada, aunque infrutilizada, mostró eficacia. Se sugiere capacitar al personal e implementar protocolos para optimizar el manejo inicial.

Palabras Clave: Taquicardia supraventricular; Maniobra de Valsalva modificada; electrocardiograma.

Abstract

Introduction Paroxysmal supraventricular tachycardia (PSVT) is a frequent reason for emergency consultations, but there are no standardized algorithms for its management in primary care.

Objective: This study describes the clinical characteristics, treatment patterns, and immediate outcomes in a municipal setting.

Methods: Observational, descriptive, cross-sectional, single-center study of 57 patients with PSVT treated between January 2023 and December 2024. Medical records were reviewed, recording: age, sex, hemodynamic stability, treatment (vagal maneuvers, drugs, or cardioversion), and outcomes.

Results: Predominance in adult women (77.19%), especially in the 40–49 age group (35.09%). 92.98% of cases were stable; only 5.26% presented instability and 1.75% severe compromise. Drugs were the first choice (60.38%), notably amiodarone (30.19%) and verapamil (22.64%). Vagal maneuvers were used in 39.62%, with the highest success in the modified Valsalva maneuver (33.33%). Drugs showed high

effectiveness (90.63%), while vagal maneuvers had a low success rate (14.29%). 91.23% of patients were discharged without complications.

Conclusions: PSVT management in this context prioritized drugs over vagal maneuvers, despite international recommendations. The modified Valsalva maneuver, although underutilized, showed efficacy. Training staff and implementing protocols to optimize initial management is suggested.

Keywords: Supraventricular tachycardia; Modified Valsalva maneuver; electrocardiogram.

Introducción:

Las arritmias cardíacas son un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias. Las afecciones de las arritmias pueden estar relacionadas con enfermedades de la arteria coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes, insuficiencia renal crónica, anomalías electrolíticas, que incluyen hipocalcemia e hipomagnesemia y el uso de medicamentos. También pueden ser producidas por ansiedad, estrés, consumo de alcohol, cafeína, drogas, tabaquismo y estimulantes.⁽¹⁾

Se consideran taquiarritmias supraventriculares todas las que se sustentan sobre alguna estructura situada por encima del haz de His. La principal característica común a la mayoría de las taquiarritmias supraventriculares es que la activación ventricular se produce a través del sistema específico de conducción; por ello, el complejo QRS del electrocardiograma presenta la misma morfología que en ritmo sinusal. Existen dos situaciones en las que no se cumple esta regla: la primera, cuando existe aberrancia en la conducción debido a la aparición

de bloqueo de rama funcional, y la segunda, si se produce activación del ventrículo a través de una vía accesoria en una taquicardia antidrómica. ⁽²⁾

Bajo la denominación sindrómica de Taquicardia Supraventricular se agrupan las taquicardias regulares que requieren para su mantenimiento alguna estructura situada por encima de la bifurcación del fascículo de His. El flúter auricular o las taquicardias macrorreentrantes, aun cuando se ajustarían a esta definición, se consideran en otro apartado debido a sus especiales características y a que requieren un tratamiento distinto. Según su forma de presentación, las taquicardias supraventriculares se dividen en paroxísticas e incesantes (que se hallan presentes más del 50% del día). También se pueden clasificar, según su duración, en sostenidas cuando duran más de 30 s o no sostenidas si duran menos. Las taquicardias supraventriculares más frecuentes son las paroxísticas. ⁽³⁾

Las taquicardias supraventriculares afectan con mayor frecuencia a la población adulta, con una prevalencia estimada de 2.25/1000 personas y una incidencia aproximada de 35 / 100 000 personas-año. ⁽⁴⁾ Son ritmos rápidos, con un registro electrocardiográfico donde la amplitud del complejo QRS es estrecho, no excede los 120 milisegundos. La principal herramienta de diagnóstico para el abordaje de este grupo de pacientes, es el electrocardiograma su interpretación permite aproximarse al diagnóstico oportuno. ⁽⁵⁾

La taquicardia supraventricular paroxística (TPSV) es un subtipo clínico asociado con taquicardia regular (150-240LPM) la cual es de inicio súbito y terminación rápida; generalmente se desarrolla cuando dos vías de conducción adyacentes no distintas ubicadas dentro del nodo AV tiene diferentes velocidades de conducción. ⁽¹⁾

La TPSV incluye varias arritmias que involucran el nódulo auriculoventricular (AV) o vías accesorias, como: Taquicardia por reentrada nodal (TRNAV), forma más común (50-60% de los casos), causada por un circuito de reentrada dentro del nódulo AV; la taquicardia por reentrada auriculoventricular (TRAV), asociada a vías accesorias (ej. Síndrome de Wolff-Parkinson-White) y la taquicardia auricular focal, menos frecuente, originada en un foco ectópico auricular. ⁽³⁾

Los síntomas que presentan son dolor torácico, palpitaciones, falta de aire, sudoración y sensación de desmayo. Como en más del 90% de los casos de taquicardia paroxística el nodo AV forma parte del circuito

de reentrada, el tratamiento agudo se dirige a conseguir el bloqueo de la onda reentrante en el nodo AV, lo que provoca la interrupción inmediata de la taquicardia.⁽²⁾

El abordaje inicial para el manejo agudo depende de la estabilidad hemodinámica. En pacientes “estables”, se recomiendan, en primera línea, las maniobras vagales seguidas del uso de fármacos, como la adenosina IV (6-12 mg en bolo rápido) si persiste la taquicardia. Si falla, se consideran los anticálcicos (verapamilo/diltiazem IV) o el uso betabloqueadores. En casos inestables (hipotensión, shock, angina), está indicada la cardioversión eléctrica sincronizada (50-100 J). El manejo definitivo en recurrencias es la ablación por radiofrecuencia (éxito >95%).⁽⁶⁾

Las maniobras vagales son técnicas físicas que estimulan el nervio vago ocasionando la disminución de la frecuencia cardíaca, especialmente en casos de taquicardias supraventriculares (TSV) o palpitaciones. Actúan aumentando el tono vagal, lo que disminuye la frecuencia cardíaca.⁽⁶⁾

La maniobra de Valsalva es un tratamiento de emergencia que consta de 4 fases, la 1ra fase es de presión; que consiste en inspirar aire y luego empujar contra la glotis cerrada produciendo un aumento de la presión intratorácica provocando el aumento del llenado del ventrículo derecho en los primeros 5 segundos y disminución en ventrículo izquierdo. en la 2da fase de mantenimiento, dura entre 10 y 15 segundos hay aumento de la presión del tórax y disminución de volumen de la vena cava hacia el ventrículo izquierdo, esto provoca paulatinamente caída de la precarga del ventrículo izquierdo disminuyendo la presión arterial, el gasto cardíaco y la presión del pulso. En la Fase de liberación se da al expulsar el aire de manera brusca hay una caída de la presión que afecta a las venas, arteria pulmonar, aurícula y ventrículo en la última fase de sobre estimulación, se caracteriza por la recuperación paulatina del gasto cardíaco, presión arterial y mantiene elevadas las resistencias vasculares periféricas.⁽⁷⁾

La Maniobra de Valsalva modificada, es un método sencillo, no invasivo y de fácil aplicación; donde se le pide al paciente estar semisentado, que sople una jeringa de 10 ml para generar una presión de 40mmHg intratorácica, sostenida durante 10 o 15 segundos por expiración forzada y posteriormente recostarlo levantarle las piernas llevando sangre a los cuerpos carotideos, liberando acetilcolina (neurotransmisor) que actúa disminuyendo la frecuencia cardíaca.⁽⁷⁾

El masaje del seno carotídeo consiste en palpar suavemente (con movimientos circulares) la arteria carótida en el cuello, solo en un lado y por pocos segundos. Tiene una efectividad variable (20-40%), pero conlleva riesgos (isquemia cerebral, disociación auriculoventricular). La maniobra de Valsalva modificada es más segura e igualmente o más efectiva en la mayoría de los casos. ⁽⁸⁾

El **reflejo de inmersión (Diving Réflex)** consiste en sumergir la cara en agua fría o aplicar una bolsa de hielo en la frente. Estimula el sistema nervioso parasimpático.

La inmersión facial es útil en niños y adultos jóvenes, con tasas de éxito de ~30-50%. La maniobra de Valsalva modificada es más práctica en adultos y no requiere preparación especial.

Compresión ocular leve (menos usada). Presionar suavemente los globos oculares cerrados (poco recomendado por riesgo de lesión).

En conclusión, la maniobra de Valsalva modificada es más efectiva que la Valsalva estándar y otras maniobras vagales en la terminación de TSV, con menos riesgos que el masaje carotideo. Es considerada la maniobra vagal de primera línea en guías clínicas recientes (ESC, ACLS). ^(3,6,8)

En el Área Intensiva Municipal de La Lisa, durante los últimos 2 años se ingresaron 89 pacientes con diagnóstico de arritmias cardíacas, más del 60% de estos casos tuvieron como diagnóstico definitivo el de Taquicardia Paroxística Supraventricular.⁽⁹⁾ En las “Guías de actuación clínica en Áreas Intensivas Municipales” no están descritos los algoritmos de actuación recomendados para este nivel de atención.⁽¹⁰⁾ Existe escasa evidencia sobre el manejo de la TPSV en atención primaria, donde los recursos diagnósticos y terapéuticos difieren de los entornos hospitalarios. Se desconocen las tasas de éxito de maniobras vagales y fármacos o la necesidad de derivación hospitalaria en este nivel asistencial.

¿Cuáles son las características clínicas, los patrones de tratamiento y los resultados inmediatos en pacientes con Taquicardia Paroxística Supraventricular (TPSV) atendidos en el Área Intensiva Municipal de La Lisa, y cómo se relacionan estas variables con la efectividad y seguridad de las intervenciones aplicadas en este contexto?

Objetivo general:

Describir las características clínicas, los patrones de tratamiento y los resultados inmediatos en el manejo agudo de pacientes con taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) atendidos en el Área Intensiva Municipal de La Lisa, para identificar áreas de mejora en los protocolos locales.

Objetivos específicos

1. Caracterizar la población según edad y sexo.
2. Caracterizar las formas de presentación de la TPSV según la estabilidad hemodinámica. (estable; inestable; compromiso grave)

3. Identificar las intervenciones iniciales (maniobras vagales, betabloqueadores/ calcioantagonistas, cardioversión eléctrica) más usadas en la reversión a ritmo sinusal.
4. Evaluar la efectividad de las intervenciones aplicadas (maniobras vagales, betabloqueadores/calcioantagonistas, cardioversión eléctrica) en la reversión a ritmo sinusal así como la situación al egreso de los pacientes

Materiales y Métodos:

La investigación se realizó en el Área Intensiva Municipal de La Lisa, ubicada en el Policlínico Docente Cristóbal Labra con el objetivo de describir las características clínicas, los patrones de tratamiento y los resultados inmediatos en el manejo agudo de los pacientes atendidos con Taquicardia Paroxística Supraventricular. Es un estudio observacional, descriptivo, transversal, unicéntrico. La población de estudio estuvo conformada por 57 pacientes diagnosticados con TPSV atendidos en el servicio de urgencias antes mencionado durante el periodo comprendido entre enero de 2023 hasta diciembre de 2024. Se incluyeron los pacientes de ambos sexos y todas las edades, ingresados con diagnóstico de TPSV documentados en el electrocardiograma y por criterio clínico.

La recolección de datos se realizó a través de la revisión de historias clínicas y registros médicos de urgencias, recopilando variables como edad, sexo, forma de presentación clínica, tratamientos administrados (maniobras vagales, betabloqueadores, calcioantagonistas, cardioversión eléctrica), y situación al egreso de los pacientes.

Se caracterizó a los individuos ingresados con diagnóstico de Taquicardia Paroxística Supraventricular en cuanto a grupos de edades y sexo; así como las formas de presentación de la arritmia según la estabilidad hemodinámica. Posteriormente se analizó cuáles fueron las intervenciones iniciales aplicadas en cada caso para el manejo agudo y la tasa de éxito de cada una de ellas en la reversión al ritmo sinusal. Finalmente se evaluó la situación al egreso de los pacientes atendidos con esta patología.

Operacionalización de variables y definición de las escalas:

Categoría	Variable	Definición Operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador
Demográficas	Edad	Edad cronológica en años cumplidos al momento del diagnóstico	Cuantitativa discreta	• 0 – 9 años • 10 – 19 años • 20 – 29 años • 30 – 39 años • 40 – 49 años • 50 – 59 años • 60 – 69 años • 70 años y más
	Sexo	Sexo biológico del paciente registrado a su ingreso	Cualitativa nominal dicotómica	• Femenino • Masculino

Clínicas	Formas clínicas de presentación según estabilidad hemodinámica.	Repercusión hemodinámica de la taquicardia, dada por la presencia o no de Hipotensión (PAS <90 mmHg), insuficiencia cardíaca aguda, dolor torácico isquémico, síncope, shock cardiogénico o paro cardio-respiratorio	Cualitativa ordinal	• Estable • Inestable • Compromiso grave
	Situación al egreso	Estado del paciente posterior a la intervención	Cualitativa nominal politómica	• Alta • Remitido • Fallecido
Terapéuticas	Intervención inicial	Primera medida terapéutica aplicada a los pacientes con TPSV hemodinámicamente “estables”	Cualitativa nominal politómica	• Cardioversión eléctrica sincronizada • Maniobras vagales • Fármacos
	Subtipo de Maniobra	Maniobra vagal específica aplicada	Cualitativa nominal politómica	• Valsalva estándar • Valsalva modificada • Masaje del seno carotideo • Compresión ocular
	Fármaco específico	Fármaco empleado	Cualitativa nominal politómica	• Veraamilo • Atenolol • Amiodarona
	Éxito terapéutico	Reversión a ritmo sinusal demostrado por EKG	Cualitativa nominal dicotómica	• Sí • No
	Tiempo de éxito	Tiempo en segundos transcurrido hasta la reversión a ritmo sinusal	Cualitativa ordinal	<60 seg (rápido) >60 seg (tardío)
	Tasa de éxito	(N° de éxitos / N° de intervenciones) × 100	Cuantitativa (razón)	

Métodos de investigación empleados.

Teóricos: Análisis y síntesis, el cual permitió analizar diferentes fuentes bibliográficas y documentos, así como generalizar los diferentes aspectos relacionados con el tema.

Histórico-lógico: Encaminado al análisis de los antecedentes teóricos de la investigación y su desarrollo.

Métodos estadísticos

La información obtenida fue procesada en una base de datos automatizada y se agrupó en tablas para mejor exposición y análisis. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Aspectos Éticos:

Para la realización de estudios de investigaciones biomédicas en humanos es necesario regirse por las normas y reglas que mantienen una adecuada integridad de los códigos médicos por esta razón la investigación será avalada por el Comité de Ética Médica para las Investigaciones y del Consejo científico.

El estudio cumple con los principios éticos de confidencialidad y anonimato, clasificándose como investigación sin riesgo al tratarse de una revisión de expedientes clínicos sin intervención directa sobre los pacientes.

Todos los beneficios que se deriven de este estudio se pondrán a disposición de la comunidad científica, y en especial a todo el colectivo de la Salud que intervenga en el tratamiento de estas afecciones.

Análisis y discusión de los resultados

Para el estudio se seleccionaron 57 pacientes ingresados en el Área Intensiva Municipal de la Lisa, con diagnóstico de Taquicardia Paroxística Supraventricular (n=57) en el período comprendido entre enero de 2023 y diciembre de 2024; lo que representa aproximadamente el 64% de las arritmias cardiacas y el 4.91% del total de casos atendidos ⁽⁹⁾; cifras similares a la tasa de incidencia de dicha enfermedad a nivel mundial ^(3,4,6)

Tabla 1. Distribución por edad y sexo de los pacientes ingresados con diagnóstico de TPSV.

Masculino	Femenino	Total
-----------	----------	-------

Grupo Etario (en años)	FA	%	FA	%	FA	%
0-9	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
10-19	0	0.00%	1	1.75%	1	1.75%
20-29	1	1.75%	3	5.26%	4	7.02%
30-39	1	1.75%	7	12.28%	8	14.04%
40-49	6	10.53%	14	24.56%	20	35.09%
50-59	3	5.26%	11	19.30%	14	24.56%
60-69	2	3.51%	8	14.04%	10	17.54%
70 y más	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	13	22.81%	44	77.19%	57	100.00%

Fuente: Historias Clínicas de Urgencias

Predominó claramente el sexo femenino (77.19%) frente al masculino (22.81%), especialmente en los grupos etarios entre 30 y 59 años, que concentraron más del 70% de los casos totales. No se registraron casos en niños menores de 10 años ni en adultos mayores de 70 años, lo que puede reflejar un sesgo de atención o prevalencia. La mayor concentración de casos se encontró en el grupo de 40-49 años (35.09%), seguido por 50-59 años (24.56%) y 30-39 años (14.04%).

La TPSV afectó predominantemente a mujeres adultas jóvenes y de mediana edad en este contexto, lo cual es consistente con la literatura que reporta mayor incidencia en mujeres y adultos jóvenes^(3,4) En un estudio realizado por Villalobos-Natarén y cols.⁽¹⁾ en un hospital mexicano, se demostró una asociación directa entre el sexo y el éxito de algunas maniobras vagales, siendo los pacientes hombres los más beneficiados.

Tabla 2. Formas clínicas de presentación según estabilidad hemodinámica.

Forma de Presentación	Características clínicas	FA	%
-----------------------	--------------------------	----	---

Estable	FC 150-220 lpm, normotensión, sin insuficiencia cardíaca/síncope	53	92.98%
Inestable	Hipotensión (PAS <90 mmHg), insuficiencia cardíaca aguda, dolor torácico isquémico, síncope	3	5.26%
Compromiso grave	Shock cardiogénico, paro cardiorrespiratorio	1	1.75%
Total		57	100.00%

Fuente: Historias Clínicas de Urgencias

La gran mayoría (92.98%) de los pacientes se presentaron estables, con frecuencia cardíaca entre 150-220 lpm y sin signos de insuficiencia cardíaca o síncope. Un pequeño porcentaje (5.26%) presentó inestabilidad hemodinámica con hipotensión o síntomas graves, y solo un 1.75% muestra compromiso hemodinámico grave (shock o paro); lo que se corresponde con estudios sobre el manejo agudo de pacientes con TPSV, que suele presentarse con estabilidad hemodinámica y permite un manejo inicial conservador en la mayoría de los casos^(5,8,11,12)

Tabla 3. Medidas de abordaje inicial en el manejo agudo de pacientes con TPSV con estabilidad hemodinámica.

Intervención inicial	FA	%
Cardioversión eléctrica sincronizada	0	0.00%
Maniobras vagales	21	39.62%
Valsalva estándar	10	18.87%
Valsalva modificada	6	11.32%
Masaje del seno carotideo	2	3.77%
Compresión ocular	3	5.66%

Fármacos	32	60.38%
Verapamilo	12	22.64%
Atenolol	4	7.55%
Amiodarona	16	30.19%
Total:	53	100.00%

Fuente: Historias Clínicas de Urgencias

No se reportó uso inicial de cardioversión eléctrica en pacientes estables.

Un estudio realizado por CH Chen y CY Fan 2022 en Taiwán, sugieren que las maniobras vagales siguen siendo recomendadas para el tratamiento agudo en pacientes con TSV⁽⁸⁾; sin embargo el tratamiento farmacológico fue el más utilizado (60.38%), como intervención inicial en el manejo agudo de los pacientes con TPSV hemodinámicamente estables y el uso de las maniobras vagales estuvo reducido al 39.62%. La maniobra de Valsalva modificada es más efectiva que la Valsalva estándar y otras maniobras vagales en la terminación de TSV y es considerada la maniobra vagal de primera línea en guías clínicas recientes (ESC, ACLS). ^(3,6,8) en contraste con el uso predominante de la Maniobra de Valsalva estándar (18.87%) seguida de la Modificada (11.32%). Aunque las guías actuales recomiendan iniciar con maniobras vagales y adenosina, ⁽³⁾, se observó un uso predominante de fármacos como amiodarona (30.19%) y verapamilo (22.64%), con menor uso de Atenolol (7.55%). El uso frecuente de amiodarona para TPSV, especialmente en el manejo agudo en urgencias, no está alineado con las recomendaciones estándar debido a su acción lenta y perfil de efectos adversos ⁽¹²⁾ lo que refleja insuficiente disponibilidad farmacológica o déficit en los protocolos locales.

Tabla 4. Tasas de éxito en la reversión a ritmo sinusal de las intervenciones iniciales empleadas en el manejo agudo de los pacientes atendidos con diagnóstico de TPSV

Intervención	FA	Éxito		Rápido (<60 seg)		Tardío (>60 seg)		No éxito	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%

Cardioversión eléctrica									
sincronizada	4	4	100.00%	3	75.00%	1	25.00%	0	0.00%
Maniobras vagales	21	3	14.29%	3	14.29%	0	0.00%	18	85.71%
Valsalva estándar	10	1	10.00%	1	10.00%	0	0.00%	9	90.00%
Valsalva modificada	6	2	33.33%	2	33.33%	0	0.00%	4	66.67%
Masaje del seno carotideo	2	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	100.00%
Compresión ocular	3	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	3	100.00%
Fármacos	32	29	90.63%	12	37.50%	17	53.13%	3	9.38%
Verapamilo	12	10	83.33%	6	50.00%	4	33.33%	2	16.67%
Atenolol	4	4	100.00%	1	25.00%	3	75.00%	0	0.00%
Amiodarona	16	15	93.75%	5	31.25%	10	62.50%	1	6.25%
Total:	57	36	63.16%	18	31.58%	18	31.58%	21	36.84%

Fuente: Historias Clínicas de Urgencias

La cardioversión eléctrica, aunque aplicada en pocos casos (4), tuvo éxito del 100% con mayoría de respuestas rápidas (<60 seg). Las maniobras vagales tuvieron baja tasa de éxito (14.29%), con mejor desempeño en Valsalva modificada (33.33%) frente a la estándar (10%). Un gran ensayo controlado aleatorio publicado en The Lancet 2015 en Australia, mostró una tasa significativamente exitosa de reversión a ritmo sinusal en 1 min en 43 %, ⁽¹³⁾ en contraste con la efectividad reportada en nuestro estudio donde observamos éxito en la reversión de taquicardia supraventricular en 2 de 6 pacientes (33.33%) , los cuales revirtieron al primer intento (60 seg.) Los fármacos presentaron alta efectividad (90.63%), destacando atenolol (100%) y amiodarona (93.75%). En total, el 63.16% de los pacientes lograron reversión, mientras que un 36.84% no respondió inicialmente y prolongaron su ingreso.

El éxito terapéutico fue mayor con el uso de fármacos y cardioversión, mientras que las maniobras vagales mostraron baja efectividad, posiblemente por deficiencias en la técnica o selección de los pacientes.

Tabla 5. Situación al egreso de los pacientes ingresados con TPSV.

Situación al egreso	No.	%
Alta	52	91.23%
Remisión a Atención secundaria	5	8.77%
Fallecido	0	0.00%
Total	57	100.00%

Fuente: Historias Clínicas de Urgencias

El pronóstico inmediato de la TPSV en este contexto resultó favorable, con baja necesidad de derivación y ausencia de mortalidad. La mayoría (91.23%) de los pacientes fueron dados de alta tras manejo en urgencias y solo un 8.77% requirió remisión a atención secundaria, por fracaso terapéutico o inestabilidad. No se registraron fallecimientos. Los estudios revisados coinciden en que la taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) tiene un pronóstico generalmente benigno en cuanto a mortalidad, con complicaciones graves y muerte súbita siendo eventos muy raros.⁽¹⁴⁾

Conclusiones:

La taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) en el Área Intensiva Municipal de La Lisa afectó predominantemente a mujeres adultas jóvenes y de mediana edad (77.19% femenino, 70% entre 30–59 años), sin casos pediátricos o en adultos mayores de 70 años. Este perfil coincide con reportes globales, pero destaca la necesidad de estudios que exploren factores sociodemográficos locales asociados.

La mayoría de los pacientes (92.98%) se presentaron estables, lo que respalda el manejo inicial no invasivo. Sin embargo, el 5.26% mostró inestabilidad (hipotensión, síncope) y el 1.75% compromiso grave, reforzando la importancia de estratificar el riesgo en urgencias.

Predominó el uso de fármacos (60.38%), especialmente amiodarona (30.19%) y verapamilo (22.64%), a pesar de no ser terapias de primera línea en guías internacionales. Las maniobras vagales se aplicaron solo en el 39.62% de los casos, con baja efectividad global (14.29%), pero mayor éxito en la Valsalva modificada (33.33% vs. 10% en la estándar). Esta subutilización sugiere barreras técnicas o falta de capacitación.

Los fármacos y la cardioversión mostraron alta efectividad (90.63% y 100%, respectivamente), mientras que las maniobras vagales fueron marginales. Aun así, el pronóstico inmediato fue favorable: 91.23% de altas y solo 8.77% de derivaciones, sin mortalidad.

Brechas identificadas:

Discrepancia con guías: El escaso uso de adenosina (no reportada) y la preferencia por amiodarona reflejan posibles limitaciones en disponibilidad farmacológica o adherencia a protocolos.

Oportunidad para optimización: La Valsalva modificada, pese a su bajo uso (11.32%), demostró ser la maniobra más efectiva, alineándose con evidencia reciente.

Recomendaciones

Recomendamos la implementación de protocolos estandarizados, priorizando la maniobra de Valsalva modificada (con técnica semisentado-piernas elevadas) como primera línea en pacientes estables, siguiendo guías como las de la ESC (2019) y ACLS. Para ello es recomendable capacitar al personal en su aplicación correcta, dado su potencial para reducir el uso de fármacos costosos o invasivos.

En el orden de optimizar recursos farmacológicos, es preciso evaluar la disponibilidad de adenosina (fármaco de elección en guías) y sustituir progresivamente el uso de la amiodarona en TPSV, por su perfil de efectos adversos y acción lenta.

El estudio sienta además las bases para investigaciones futuras tales como estudios prospectivos que comparen la efectividad costo-beneficio de maniobras vagales vs. fármacos en atención primaria y analizar factores asociados a la recurrencia de TPSV y la calidad de vida post-tratamiento en este contexto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villalobos-Natarén HM, Reséndiz-Dáttoly C, Estrada-Duran DM, Ambrosio MYH, Vásquez MA, Martínez SPF. Reversión de Taquicardia Supraventricular estable aplicando Maniobra de Valsalva modificada en Hospital General de Zona 8 Córdoba, Veracruz. 2025;
2. Rozman C, Cardellach F, editores. Arritmias cardiacas. En: Farreras-Rozman Medicina Interna. 20^a ed. Barcelona: Elsevier; 2021. p. 466-493.
3. Brugada J, Katritsis DG, Arbelo E, Arribas F, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardiaThe Task Force for the

management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC): Developed in collaboration with the Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC). Eur Heart J. 1 de febrero de 2020;41(5):655-720.

4. Paroxysmal supraventricular tachycardia in the general population - PubMed [Internet]. [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9426034/>
5. Noa Quispe EL, Canchanya JM. Efectividad de la maniobra de valsalva modificada en la reversión de la taquicardia supraventricular en pacientes de emergencia. 2 de diciembre de 2018 [citado 4 de abril de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/2585>
6. Guía ESC 2019 sobre el tratamiento de pacientes con taquicardia supraventricular. Rev Esp Cardiol. junio de 2020;73(6): 496.e1-496.e60.
7. Lan Q, Han B, Wu F, Peng Y, Zhang Z. Modified Valsalva maneuver for treatment of supraventricular tachycardias: A Meta-analysis. Am J Emerg Med. 1 de diciembre de 2021; 50:507-12.
8. Huang EPC, Chen CH, Fan CY, Sung CW, Lai PC, Huang YT. Comparison of Various Vagal Maneuvers for Supraventricular Tachycardia by Network Meta-Analysis. Front Med. 3 de febrero de 2022; 8:769437.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Serie cronológica de indicadores de salud 2010-2020. La Lisa. La Habana: MINSAP; 2021 [citado 28 Abr 2025].
10. Ministerio de Salud Pública (CUB). Guía de actuación clínica en áreas intensivas municipales [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/guias-de-actuacion-clinica-en-areas-intensivas-municipales/>
11. Celador García A. Eficacia de la maniobra Valsalva modificada como tratamiento de la taquicardia supraventricular paroxística [Internet] [bachelorThesis]. 2023 [citado 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/708260>

12. Cabañas JG, Boquet EM, Muñoz JJE. ADENOSINA Y DERIVADOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES.
13. Appelboam A, Reuben A, Mann C, Gagg J, Ewings P, Barton A, et al. Postural modification to the standard Valsalva manoeuvre for emergency treatment of supraventricular tachycardias (REVERT): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 31 de octubre de 2015;386(10005):1747-53.
14. Viruez SJA, Ibáñez VBR, Vallejo NCM, et al. Taquicardia supraventricular y embarazo. Caso de medicina crítica en obstetricia. *Med Crit*. 2015;29(4):240-243.