

Efectividad de las maniobras vagales en el tratamiento extrahospitalario de las Taquicardias Paroxísticas Supraventriculares con estabilidad hemodinámica

Estefanía Salgado González¹, Marta Dorribo Masid¹, Carmen M Gándara Quintas¹, Javier Sanz Smith¹, Antonia González Araujo², Luis Sánchez Santos³

1 MÉDICO. BASE MEDICALIZADA DE OURENSE. FUNDACIÓN PÚBLICA URXENCIAS SANITARIAS DE GALICIA 061.

2 MÉDICO. PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA DE ALLARIZ (OURENSE).

3 MÉDICO. JEFE DE SERVICIO DE FORMACIÓN. FUNDACIÓN PÚBLICA DE URXENCIAS SANITARIAS DE GALICIA 061.

CORRESPONDENCIA: JAVIER SANZ SMITH

BASE MEDICALIZADA DA FUNDACIÓN PÚBLICA DE URXENCIAS SANITARIAS DE GALICIA- 061. HOSPITAL SANTO CRISTO DE PIÑOR S/N. 32930 BARBADÁS. OURENSE. javier.sanz.smith@sergas.es

Cad Aten Primaria
Año 2015
Volume 21
Páx. 35 - 37

RESUMEN

Objetivo: determinar la efectividad de las maniobras vagales en el tratamiento extrahospitalario de las taquicardias paroxísticas supraventriculares (TPSV) con estabilidad hemodinámica.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes tratados por las Ambulancias Asistenciales de Soporte Vital Avanzado (AA SVA) de la Fundación pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061 (FPUSG-061), con el diagnóstico de taquicardia paroxística supraventricular (TPSV), en el período comprendido entre Enero de 2005 y Enero de 2009 (4 años).

Participantes: se revisaron todas las hojas asistenciales informatizada (HAI) con diagnóstico de TPSV de los pacientes atendidos en dicho periodo. Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaban signos de compromiso hemodinámico.

Mediciones principales: Sexo, edad, electrocardiograma, diagnóstico, historia clínica, evolución, comentarios, tratamiento.

Resultados: se recogieron en ese periodo 198 casos. En 19 de los 70 episodios, cede la taquicardia con las maniobras vagales (proporción 0,27). En 126 de 198 no hay constatación de realización de maniobras vagales (MV), ni en la historia clínica ni en los campos de tratamiento, objetivándose tratamiento exclusivamente farmacológico.

Conclusiones: Las MV siguen siendo un tratamiento efectivo y con pocos efectos secundarios en los pacientes seleccionados que sufren una TPSV.

Palabras clave: taquicardia supraventricular, maniobras vagales, estabilidad hemodinámica.

INTRODUCCIÓN

Las taquicardias supraventriculares (TSV) son un problema frecuente con una prevalencia del 1% de la población general (1), representan un síndrome clínico que integra una variedad de diferentes arritmias ectópicas, todas ellas originadas en el tejido supraventricular o que necesitan de éste como parte de un circuito reentrante. Dentro de ellas podemos distinguir: taquicardia auricular (la más importante el flutter auricular), fibrilación auricular, taquicardia por reentrada auriculoventricular (TRAV) a través de vía accesoria (por ejemplo, síndrome de Wolf-Parkinson-White) y la taquicardia por reentrada intranodal (TRNAV). Éstas dos últimas (TRAV y TRNAV) las clasificamos como taquicardias paroxísticas supraventriculares (TPSV) (2).

La TRNAV es el tipo más común de taquicardia de complejo estrecho y regular (2, 3), en todas las edades incluidos los niños, y una causa frecuente de consulta en emergencias en pacientes adultos (4) pues tiene una incidencia de 35 por cada 100.000 personas al año (5), si bien, no es la primera razón de ingreso hospitalario dentro de este grupo de arritmias (6). Se detecta frecuentemente en pacientes sin ninguna otra patología cardíaca con una taquicardia regular de complejo

estrecho, habitualmente sin actividad auricular visible en el ECG, con frecuencias cardíacas bastante por encima del típico rango de las sinusales en reposo (60-120 lat/min). Cuando la taquicardia implica el nodo auriculoventricular como parte del circuito de reentrada (TRNAV), aquellos métodos que produzcan bloqueo ganglionar, es decir, las maniobras vagales, podrían yugularla y retornar al paciente a ritmo sinusal (3).

Pese a que la mayoría de los autores, abogan por el uso de las maniobras vagales como primera opción en el tratamiento de los pacientes con TPSV y en situación de estabilidad hemodinámica, existe desconocimiento por parte del personal sanitario de su efectividad debido al escaso número de estudios sobre este tema. El porcentaje de éxito esperable de una maniobra vagal en el contexto de una TPSV se ha establecido en torno a una media del 25% según los trabajos revisados (3,7,8) y las últimas recomendaciones del European Resuscitation Council (ERC) (4), las siguen considerando como el tratamiento apropiado para estas arritmias cuando el paciente está hemodinámicamente estable.

El presente estudio tiene como objeto determinar la efectividad de las maniobras vagales en nuestro medio en el tratamiento de las taquicardias paroxísticas supraventriculares (TRNAV y TRAV).

Material y métodos

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes tratados por las Ambulancias Asistenciales de Soporte Vital Avanzado (AA SVA) de la Fundación pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 (FPUSG-061), con diagnóstico de taquicardias primarias (no reactivas) con intervalo electrocardiográfico RR regular y complejo QRS estrecho, en un período de 4 años (01/01/2005 a 31/12/2008). Para ello, se revisaron todas las hojas asistenciales informatizadas (HAI) de los pacientes atendidos en dicho período, analizando: sexo, edad, electrocardiograma, diagnóstico, historia clínica con evolución y comentarios, tratamiento.

Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaban signos de compromiso hemodinámico tales como: fallo cardíaco (American Heart Association clase III y IV) (4), presión sistólica inferior a 90 mmHg, alteración del nivel de conciencia o isquemia cardíaca.

También fueron excluidos aquellos que tras realizar un análisis a

posteriori de su historia clínica se vio que el diagnóstico no correspondía a una TPSV.

Los datos se expresan como totales y porcentajes.

Resultados

En el período de estudio se incluyeron 198 casos. De ellos, 196 (98,98%) se correspondieron con TPSV, y 2 casos (1,01%) con flutter auricular.

Las maniobras vagales fueron realizadas en 70 (35,35%) casos. De los 70 casos en los que se realizaron, en 19 (27%) cedió la taquicardia; en 16 (23%) de forma definitiva, y en los 3 restantes (4%) fue necesario tratamiento farmacológico por recidiva.

La edad media de los pacientes cuyo cuadro cedió por completo con maniobras vagales fue de 56,81 años, mientras que la de los pacientes que no respondieron o recidivaron, fue de 60,61 años. La distribución de los pacientes por edad y sexo en función de su respuesta a las maniobras vagales se puede ver en la Tabla 1.

Tabla 1. EFECTIVIDAD DE LAS MANIOBRAS VAGALES EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y EL SEXO

	HOMBRES	MUJERES	EDAD MEDIA (AÑOS)	EDAD MEDIA HOMBRES	EDAD MEDIA MUJERES
MV* Efectivas	6	10	56,81	69,30	49,30
MV* No efectivas	25	26	60,61	57,00	64,85

*MV= maniobras vagales

Discusión:

Los principales hallazgos de nuestro estudio son por un lado, el escaso número de casos (35,35%) en los que estando indicada la realización de maniobras vagales para manejar el cuadro clínico, éstas no se realizaron, y por otro, que la efectividad en los casos en los que se realizaron, fue del 27%. Esta efectividad es similar a la descrita en otras publicaciones, que obtienen tasas de cardioversión con maniobras de Valsalva en torno al 25% (3,7,8). Ambos hechos son especialmente relevantes si tenemos en cuenta que la mayoría de los casos de nuestro estudio, al igual que en la literatura revisada (9), el ritmo se correspondió con una TPSV (98,98%), situación en las que estas maniobras son especialmente útiles, ya que su respuesta a las mismas de tipo "on/off" (2), permite realizar el diagnóstico diferencial frente a otras, en las que la respuesta es con un descenso de la frecuencia cardíaca (taquicardia sinusal o FA) o un menor grado de conducción AV (flutter).

En nuestra muestra, la distribución por sexos, fue similar entre hombres y mujeres si bien en otros (5), la incidencia es mayor en varones. Respecto a la edad, la edad media de nuestra muestra fue de 58,7 años, superior a la publicada en la literatura (5), lo que podría estar en relación con las peculiaridades de la pirámide poblacional de la Comunidad de Galicia (10).

En relación con la escasa frecuencia con la que se realizaron las maniobras vagales, no hemos encontrado una causa que lo justifique, especialmente si tenemos en cuenta que estas son más seguras y sencillas que el tratamiento farmacológico, especialmente, si la estimulación del nervio vago se realiza a través de una maniobra de Valsalva (11). Esta maniobra, más segura que el masaje del seno carotídeo (12), y menos desagradable que inducir el vómito (2), consiste según lo descrito por

Smith et al. (13) en realizar maniobra de Valsalva a una presión de 40 mmHg durante 15 segundos aplicada en decúbito supino. La forma más práctica de lograrlo, sin tener que dar una explicación extensa, es pedirle al paciente que sopla en una jeringa de 20 ml con una fuerza suficiente para empujar el émbolo hacia atrás (3).

Nuestro trabajo tiene varias limitaciones; en primer lugar es posible que por falta de registro documental el número de casos en los que se realizaron maniobras vagales fuese ligeramente superior, lo que disminuiría la efectividad de las mismas en nuestra serie, tampoco sabemos que tipo de maniobra vagal se realizó, ni cuantas veces se intentó, ni durante cuanto tiempo, antes de proceder en los casos en los que fuese necesario, al tratamiento farmacológico.

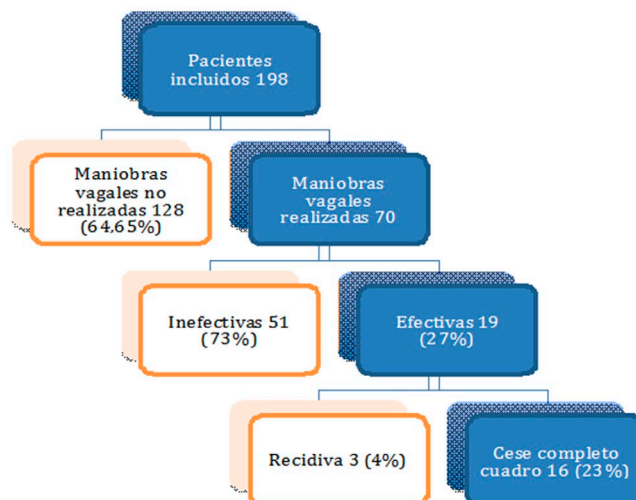
En cualquier caso, nuestro estudio pone de manifiesto la efectividad y seguridad de las maniobras vagales, y especialmente en aquellas situaciones en las que están indicadas (3,9), la necesidad de realizarlas de forma sistemática, y adecuadamente documentada, para evitar tratamientos farmacológicos innecesarios y mejorar la seguridad de los pacientes.

Bibliografía

1. Chauhan VS, Krahn AD, Klein GJ. et al. Supraventricular Tachycardia. Med Clin of North Am March 2001; 85 (2): 193- 223.
2. Delgado M, Anguita M, Mesa D, Toledano F. Taquicardias supraventriculares. Medicine 2009; 10(38): 2539-46.
3. Nolan JP, Deakin CD, Soar J, Bötiger BW, Smith G. Recomendaciones para Reanimación 2005 del European Resuscitation Council. Resuscitation (2005) 67S1, S39- S86.

4. Carina Blomström-Lundqvist, Melvin M. Scheinman, Etienne M. Aliot, Joseph S. Alpert, Hugh Calkins, A. John Camm. ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients With Supraventricular Arrhythmias --Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Supraventricular Arrhythmias). *Circulation*. 2003;108:1871-1909.
5. Orejarena LA, Vidaillet H, Jr, DeStefano F, et al. Paroxysmal supraventricular tachycardia in the general population. *J Am Coll Cardiol* 1998; 31:150.
6. Baine WB, Yu W, Weis KA. Trends and outcomes in the hospitalization of older Americans for cardiac conduction disorders or arrhythmias, 1991-1998. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:763-70.
7. Lim SH, Anantharaman V, Teo WS, Goh PP, Tan AT. Comparison of treatment of supraventricular tachycardia by Valsalva manoeuvre and carotid sinus massage. *Ann Emerg Med*. 1998 Jan;31(1):30-5.
8. Smith GD, Dyson K, Taylor D, Morgans A, Cantwell K. Effectiveness of the Valsalva Manoeuvre for reversion of supraventricular tachycardia (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue3.Art.No.:CD009502.DOI:10.1002/14651858.CD009502.pub2.
9. Almendral J, Castellanos E, Ortiz M. Taquicardias paroxísticas supraventriculares y síndromes de preexcitación. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65 (5). 456-469.
10. Indicadores de poboación: decrecemento e envellecemento poboacional en Galicia. Instituto Galego de Estadística. Disponible en: <http://www.ige.eu/estatico/estat.jsp?ruta=html/gi/poboacion/IndicadoresDemograficos.html#01>. Acceso 5 de agosto de 2015.
11. Moreno G, Rondón J, Hernández A, Moro C. Síndromes arritmológicos. *Concepto y clasificación*. *Medicine* 2005; 9(36) : 2349-2360.
12. Agudo de Blas, P., Vélez D., López P. Protocolo de diagnóstico y terapéutico de las arritmias en Urgencias. *Medicine* 2007;9 (90) : 5827-5833.
13. Smith G, Morgans A, Boyle M. Use of the Valsalva manoeuvre in the prehospital setting: a review of the literature. *Emerg Med J* 2009;6:8-10.

Esquema general



Puntos clave

HECHOS CONOCIDOS	APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO
MV están indicadas en Taquiarritmias de RR regular y QRS estrecho estables	MV resuelven el 27% de estos procesos en nuestros pacientes.
Las recidivas pueden darse tras la resolución del proceso.	En un 15,7 % de los casos se presentaron recidivas tras empleo de MV.
En numerosas ocasiones no se registra la realización o no de dichas MV.	Esto puede hacer que el éxito de dichas MV sea inferior.