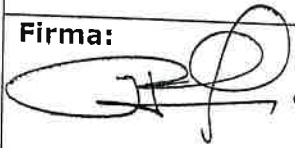
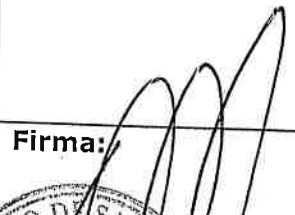


 Servicio de Salud O'Higgins Región del Libertador General Bernardo O'Higgins Ministerio de Salud	PROTOCOLO DE TAQUIARRITMIA	Código: SDGA-5-2018
		Fecha: 02/10/16
		Versión: 1
		Vigencia: 02/10/19
		Próx. Revisión: 31/12/18
		Página 1 de 19

TAQUIARRITMIA

PROTOCOLO DE MANEJO EN ESTABLECIMIENTOS DE MENOR COMPLEJIDAD Y DERIVACION A NIVEL ESPECIALIDAD

Elaborado por:	Revisado por HRLBO	Revisado por DSSO	Aprobado por:
Dr. Carlos Bisbal Malig Cargo: Jefe Servicio de Medicina Dra. Rosa Colina García Cargo: Jefa de Cardiología HRLBO	Dr. Sergio Zamorano Ortiz. Director (S) HRLBO. Dra. Cecilia Piotrowski Subdirector (S) Médico. HRLBO.	Dr. Felipe Rojas Troncoso. Subdirector (S) Gestión Asistencial. DSSO. Dr. Esteban San Martin. Jefe Departamento Gestión Integrada de la Red. DSSO.	Gonzalo Urbina Arriagada. Director (S) Servicio de Salud O´Higgins.
Firma:  	Firma:  	Firma:  	Firma:  
Fecha elaboración: Septiembre 2016	Fecha Revisión: Febrero 2018	Fecha Revisión: Febrero 2018	Fecha Aprobación: Febrero 2018

Nota: Los documentos exhibidos en formato impreso o copia de ellos son documentos controlados.

58. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:

No existe conflicto de intereses.

59. INTRODUCCION

Las taquiarritmias se dividen en taquicardias supraventriculares (TSV) y taquicardias ventriculares (TV). Esta distinción se debe a diferencias importantes en cuanto al origen anatómico, etiología, abordaje terapéutico y pronóstico del paciente. Las manifestaciones clínicas de las taquicardias son variadas, siendo las palpitaciones el síntoma más frecuentemente asociado a los episodios arrítmicos. El grado de tolerancia hemodinámica no es útil en la distinción entre TSV o TV y va a depender fundamentalmente de la FC alcanzada durante el episodio y, sobre todo, de la existencia de cardiopatía estructural subyacente.

Las TSV son aquéllas que dependen exclusivamente para su mantenimiento de estructuras situadas por encima de la bifurcación del haz de His, lo que incluye al tejido auricular, al NAV o al propio haz de His. En este grupo se incluye, además, a las taquicardias mediadas por vía accesoria. Su rasgo electrocardiográfico más importante, es que se trata de taquicardias de QRS estrecho (duración del QRS < 120 ms), puesto que la despolarización ventricular se produce a través del sistema normal de conducción. Tienen un curso benigno, muy rara vez son letales y en muchas ocasiones no se acompañan de cardiopatía estructural significativa. Existen tres situaciones especiales (excepciones) en las que una TSV puede presentar un QRS ancho:

1. Cuando el paciente tiene previamente un bloqueo de rama.
2. Cuando se desarrolla durante la taquicardia algún tipo de aberrancia de conducción (bloqueo de rama frecuencia dependiente).
3. En presencia de una taquicardia antidrómica, que es un subtipo poco frecuente de taquicardia mediada por vía accesoria en la que la conducción anterógrada tiene lugar a través de la vía accesoria.

Dentro de las TSV se incluye la taquicardia sinusal (fisiológica e inapropiada), los flutter o taquicardias auriculares macro-rentantes, la FA y las denominadas taquicardias supraventriculares paroxísticas (TSVP).

Las TV se originan en el miocardio ventricular o en las fibras de Purkinje (últimas ramificaciones del sistema normal de conducción). Se caracterizan por tener siempre un QRS ancho, indicativo de que la despolarización ventricular no se produce a través del sistema normal de conducción. La mayoría de las TV se producen en individuos con cardiopatía estructural (especialmente, infarto previo) y son arritmias potencialmente letales. Existen, no obstante, algunos subtipos de TV que aparecen en individuos sin cardiopatía estructural (TV idiopáticas) y que se asocian aun pronóstico más favorable. Desde el punto de vista práctico, ante una taquiarritmia resulta crucial realizar el diagnóstico diferencial, pues de ello dependerá el abordaje terapéutico y el pronóstico. El ECG de 12 derivaciones es la herramienta fundamental para realizar esta aproximación diagnóstica

3. MAPA DE RED:

Origen	Establecimiento de destino	Especialidad
Establecimientos Red Asistencial	Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins	Cardiología

4. OBJETIVOS.

General:

Orientar la detección y tratamiento precoz de la Taquiarritmias.

Detección de las causas tratables de las Taquiarritmias.

Derivación pertinente y oportuna desde el nivel primario de atención ante la

Sospecha y/o confirmación diagnóstica de taquiarritmia asociadas a cardiopatía estructural.

Contrarreferencia de los casos con diagnóstico en tratamiento por especialista

Específicos:

- Orientar la búsqueda activa a través de los elementos clínicos que sugieran Arritmias (anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio y evaluación electrocardiográfica)
- Mejorar el diagnóstico precoz a nivel de centros de atención primaria y unificar criterios para estudios diagnósticos y de derivación.
- Disminuir los tiempos de acceso al especialista de los pacientes con sospecha diagnóstica y/o confirmada de Taquiarritmias asociadas a cardiopatía estructural.
- Orientar el seguimiento de los pacientes en tratamiento por Taquiarritmias.

5. ALCANCE O AMBITO DE LA APLICACIÓN:

El presente protocolo deberá ser aplicado en los siguientes contextos:

- Consultas de morbilidad realizadas por profesionales médicos ya sean en horario diurno o vespertino (extensión horaria)
- Controles de patología crónica realizados por profesionales médicos y enfermeras, en particular del Programa de Salud Cardiovascular.

Este protocolo está destinado y deberá ser ejecutado por aquellos profesionales que participan de la atención directa de pacientes con factores de riesgo de patologías CV, pacientes crónicos y pacientes con sospecha o diagnóstico de cardiopatía estructural: Médicos cardiólogos que atienden los pacientes derivados de APS.

Médicos internistas que atienden los pacientes derivados de APS. Médicos de APS. Enfermeras que realizan el control de pacientes en el PSCV en APS.

Papel del médico de APS en el manejo del paciente con Taquiarritmia:

En el ámbito de la AP, el paciente con palpitaciones suele ser valorado, por lo general, una vez finalizado el episodio. En este contexto, la historia clínica, la exploración, la realización de una analítica básica (bioquímica elemental, iones, hemograma, hormonas tiroideas) y en especial la **correcta interpretación del electrocardiograma (ECG) basal**, constituyen los elementos diagnósticos fundamentales para alcanzar el diagnóstico etiológico o, por lo menos, para descartar una enfermedad cardíaca.

La obtención de un ECG basal rigurosamente normal en un paciente sin sospecha clínica de patología cardíaca descarta razonablemente la presencia de una cardiopatía estructural como causa de las palpitaciones. En estas circunstancias, la mayoría de las palpitaciones obedecen a hipertensión simpática (tabaco, alcohol, anemia, exceso de cafeína, falta de sueño, hipertiroidismo, estrés, etc.), y han de ser tratadas en la consulta de AP. Por lo general, es suficiente con tranquilizar al paciente y suprimir los factores desencadenantes, aunque en ocasiones puede ser útil el empleo de ansiolíticos betabloqueadores.

Si las palpitaciones son rápidas, frecuentes o mal toleradas, o el estudio inicial sugiere la presencia de una cardiopatía no conocida previamente (alteraciones en la exploración cardiovascular, alteraciones en el ECG basal, cardiomegalia en la Rx, edad avanzada) el paciente sí requiere valoración por parte del cardiólogo y una ampliación del estudio mediante la realización de pruebas más específicas: Holter, ecografía, estudio electrofisiológico, etc.

Las palpitaciones que cursan con síncope, disnea o dolor torácico precisan una valoración cardiológica urgente.

Cuando el paciente acude a consulta con las palpitaciones aún presentes, el ECG inmediato suele resultar diagnóstico y habrá que actuar en consecuencia (figura 1).

En caso de que el ECG ponga de manifiesto una taquicardia sostenida, el principal objetivo será evaluar la situación hemodinámica del paciente y proceder a su estabilización y, en segundo lugar, establecer el diagnóstico en función de la morfología del QRS y la regularidad de los latidos (figura 2) y actuar en consecuencia (figura 3).

Criterios de derivación de las Taquiarritmias (tabla 1)

Deberán ser remitidos a la urgencia hospitalaria todos los pacientes con arritmia que presenten compromiso clínico y/o hemodinámico así como los pacientes con taquicardias ventriculares, sostenidas o no, aunque se encuentren hemodinámicamente estables, dado el elevado riesgo vital que comportan a corto plazo. También se deben remitir a urgencias para valorar el tratamiento específico de todas las taquicardias supraventriculares incesantes y de las alteraciones sintomáticas de la conducción (valoración de marcapasos).

Un grupo importante de arritmias no vitales y bien toleradas han de ser remitidas al cardiólogo por vía normal para completar el estudio y/o establecer el tratamiento específico. En este grupo se incluyen las extrasístoles ventriculares (EV) si son frecuentes (>6 EV/min), están acopladas al RS (bigeminismo o trigeminismo), se presentan en forma de dobletes o tripletes, o son de origen multifocal, ya que en todas estas situaciones la probabilidad de que la extrasistolia se asocie a cardiopatía estructural es mayor.

También han de ser remitidos los episodios autolimitados de taquicardia supraventricular (TSV) de aspecto reentrante si son muy recurrentes o si son únicos, pero existe evidencia de una vía accesoria, ya que son susceptibles de tratamiento específico (ablación por radiofrecuencia de las vías anómalas). Tras un primer episodio de fibrilación o flúter auriculares, el paciente también debe ser remitido, ya que el cardiólogo ha de establecer la estrategia terapéutica definitiva (restablecimiento del RS o control de la frecuencia).

Todos las extrasístoles supraventriculares (ESV) y las EV aisladas en pacientes jóvenes sin otros datos de cardiopatía no requieren estudios ni tratamientos adicionales, por lo que deben ser manejadas íntegramente en el ámbito de la AP. Los episodios aislados de TSV en pacientes sin cardiopatía conocida y sin alteraciones en el ECG basal tampoco deben ser derivados, ya que estas arritmias suelen ser secundarias a estrés adrenérgico y no requieren más estudios.

6. POBLACIÓN OBJETIVO

Personas adultas, adolescentes que presenten sintomatología asociada a lo descrito en el presente Protocolo.

7. FUNDAMENTOS CLÍNICOS DE SOSPECHA DE TAQUIARRITMIAS

La identificación de taquiarritmias o taquicardias paroxísticas patológicas es el principal objetivo del estudio cardiológico de la mayoría de las palpitaciones. Las taquicardias paroxísticas pueden ser asintomáticas o sintomáticas. La sospecha clínica debe existir ante la presencia de palpitaciones, que suelen ser rápidas y de inicio y final súbito, alteraciones en el electrocardiograma de 12 derivaciones. Las taquicardias que empiezan y terminan progresivamente suelen ser sinusales, sobre todo si hay un factor desencadenante (estrés, beber alcohol, comidas copiosas). Una causa muy poco frecuente es la taquicardia sinusal inapropiada que se caracteriza por una taquicardia sinusal muy exagerada con demandas fisiológicas comunes (cambios posicionales, ejercicio mínimo o estrés psicológico).

CRITERIOS CLÍNICOS DE INCLUSIÓN

Se deben incluir las palpitaciones intensas, duraderas, recurrentes y de comienzo y fin brusco, características de taquicardias paroxísticas; y las que cursan con síncope, provocan disnea o aparecen durante un episodio anginoso, suelen deberse a arritmias graves en el contexto de cardiopatías estructurales avanzadas.

CRITERIOS CLÍNICOS DE EXCLUSIÓN

Se deben excluir "palpitaciones" que no sugieren taquiarritmias y no requieren estudios cardiológicos. Por ejemplo, los latidos aislados, "falta de un latido", "vuelcos al corazón" sin factores de riesgos cardiovasculares, ni cuadro clínico asociado a patología cardíaca al momento del interrogatorio y examen físico, sugieren la existencia de extrasístoles que son muy frecuentes y, en general, no requieren un estudio específico, más allá que un ECG y analítica, aunque sí hay que descartar causas de hipertensión simpática (tabaco, alcohol, exceso de café, falta de sueño, exceso de trabajo, hipertiroidismo, stress psicosocial).

7. DEFINICIONES:

Tiempo de Resolución: medición de tiempo desde el ingreso de la interconsulta al alta del paciente por la patología descrita. INDICAR TIEMPO PROMEDIO APROXIMADO ENTRE CNE Y ALTA DEL PACIENTE

Alta de nivel secundario: Proceso administrativo por el cual un paciente que ya ha cumplido con su plan diagnóstico y terapéutico es referido a su domicilio y/o a su establecimiento de atención primaria con un documento de contrareferencia.

Palpitaciones: se definen como la sensación molesta del latido cardíaco. Suponen un síntoma frecuente en las consultas de Atención Primaria (AP) que no suele traducir patología grave, ya que la mayoría obedece a un aumento de la contractilidad cardíaca en sujetos con circulación hiperkinética (ejercicio físico, anemia, fiebre, tirotoxicosis, ansiedad, etc.) o a un umbral de percepción disminuido (palpitaciones con los latidos normales). Las palpitaciones con mayor relevancia clínica, aunque menos frecuentes, son las que aparecen en pacientes con cardiopatía en relación con alteraciones del ritmo Arritmias.

Arritmias: es la presencia de cualquier ritmo cardíaco distinto del ritmo sinusal (RS), el único considerado como normal. Bajo este término se engloban múltiples entidades clínicas de etiología diversa, que obedecen a diferentes mecanismos fisiopatológicos y cuyos pronósticos también son muy distintos. Por lo general, el estudio y tratamiento de las arritmias clínicamente relevantes corresponden al cardiólogo; no obstante, el médico de Atención Primaria (AP) ha de estar preparado para realizar el diagnóstico electrocardiográfico de la mayoría de ellas y saber manejar las más frecuentes y las más graves, ya que ciertas arritmias, en ocasiones, pueden evolucionar a situaciones críticas si no se actúa de forma rápida y eficaz.

Cuadro Clínico:

Las arritmias han de incluirse, principalmente, en el diagnóstico diferencial de dos de los grandes síndromes cardíacos: las palpitaciones y los cuadros sincopales o presincopales; aunque también pueden asociarse a episodios de disnea, generalmente de instauración brusca, manifestarse como precordalgias o, incluso, pueden ser diagnosticadas de forma casual al realizar un electrocardiograma (ECG) por otro motivo en pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

Tratamiento específico de algunas arritmias en Atención Primaria:

La mayoría de las arritmias han de ser evaluadas por el cardiólogo, quien establecerá el tratamiento específico definitivo; no obstante, en ocasiones también se deben tomar decisiones terapéuticas definitivas o transitorias en el ámbito de la AP, por lo que conviene recordar el manejo general de las situaciones urgentes (tabla 2) y el tratamiento específico de las arritmias más importantes por su frecuencia o su gravedad (tabla 3).

La extrasistolia, la taquicardia sinusal y las taquicardias no sostenidas (< 30") no requieren tratamiento farmacológico urgente en ningún caso. Las de origen supraventricular pueden ser tratadas con betabloqueadores si son frecuentes y molestas para el paciente, ya que el estrés adrenérgico es por lo general la causa más habitual.

Taquicardias regulares de QRS estrecho

Son típicas de pacientes jóvenes y sin cardiopatía estructural, por lo que se suelen tolerar bien. Estas arritmias, por lo general, no constituyen una urgencia vital que requiera tratamiento farmacológico inmediato. Si la taquicardia no cesa tras la correcta realización de maniobras vagales, se recomienda iniciar tratamiento farmacológico con inhibidores de la conducción AV (adenosina) o verapamilo (indicado en asmáticos). Si los cuadros son recurrentes, el paciente debe remitirse al cardiólogo para estudio.

Taquicardias regulares de QRS ancho

Han de considerarse siempre de origen ventricular en el ámbito de la AP. Requieren valoración rápida de la situación hemodinámica (conciencia, pulso y presión arterial) y, en caso de compromiso hemodinámico, está indicada la cardioversión eléctrica sincronizada (CVES) de forma inmediata. En el resto de situaciones, taquicardias de QRS ancho con buena tolerancia, se recomienda el traslado urgente, en ambulancia medicalizada y con desfibrilador, al hospital de referencia para valoración especializada.

Fibrilación auricular

Es la arritmia crónica más frecuente tanto en la población general como en las consultas de AP. Un primer episodio de fibrilación auricular (FA) puede diagnosticarse de forma casual en pacientes asintomáticos o al realizar un ECG en pacientes con palpitaciones o tras un síncope. En ocasiones, puede también ser causa de deterioro hemodinámico; en estos casos, la

reversión a RS o el control rápido de la respuesta ventricular con fármacos endovenosos constituyen los objetivos terapéuticos principales, por lo que el paciente debe remitirse al servicio de urgencias hospitalarias. Si la frecuencia es relativamente alta, pero bien tolerada, y no se tiene certeza del tiempo de evolución (las FA de < 48 horas han de ser remitidas para cardioversión inmediata), se puede iniciar tratamiento farmacológico en AP por vía oral con betabloqueadores o calcioantagonistas (diltiazem o verapamilo) si no hay constancia de deterioro ventricular.

En caso de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, la entrada en FA suele cursar con deterioro clínico, por lo que ante la sospecha de una cardiopatía estructural se recomienda que el paciente sea evaluado en urgencias. Ante un primer episodio de FA se ha de valorar siempre la prevención del tromboembolismo con anticoagulantes orales.

Fibrilación ventricular

Constituye la principal causa de muerte durante la fase extrahospitalaria de los síndromes coronarios agudos, siendo el único tratamiento eficaz la desfibrilación eléctrica con potencias elevadas seguidas de la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar si no existe respuesta, junto a la administración intravenosa de adrenalina y probablemente amiodarona.

La valoración, el tratamiento a largo plazo y el seguimiento de las arritmias remitidas a la atención especializada son responsabilidad del cardiólogo. No obstante, algunas alteraciones del ritmo son susceptibles de ser curadas definitivamente mediante ablación transcatéter (vías ocultas, circuitos anómalos, focos ectópicos) o la colocación de un marcapasos. En estos casos, las revisiones rutinarias en la consultas de cardiología no serían necesarias, salvo para realizar las evaluaciones periódicas de los dispositivos.

Definición de priorización de Interconsultas referidas

- Gravedad del Paciente
- Grado de Discapacidad del Paciente
- Tiempo de Espera
- Edad
- Pertenencia a Programa Chile Solidario y Clasificación en Tramo FONASA A

1.- Gravedad: IR 40%

Hace referencia al grado de sufrimiento del paciente (dolor, depresión, ansiedad.) al grado de evolución acelerada del daño provocado la enfermedad actual o de una enfermedad actual o de una enfermedad coexistente o el riesgo de muerte.

1. Leve 1 punto: buen pronóstico, puede esperar.
2. Moderada 2 puntos: pronóstico se agrava a mayor espera.
3. Severa 3 puntos: mal pronóstico, necesita ser atendido en menos de 45 días.

2.- Discapacidad: IR: 20%

Grado de limitación física, psíquica y laboral atribuida a la patología motivo de consulta.

Leve 1 punto. Mantiene funcionalidad

Moderada 2 puntos: funcionalidad limitada.

Severa 3 puntos: funcionalidad anulada o muy limitada

3.- Tiempo de Espera: IR 15%

Corresponde a la ponderación del número de días en espera para la citación a especialidad.

- Menos de 30 días de espera: 1 punto
- Entre 30 y 60 días: 2 puntos
- Entre 61 a 365 días: 3 puntos

Las personas que se encuentran esperando por más de 365 días, deben ser reevaluados por médico, si se confirma necesidad de derivación a especialista, se le da máxima prioridad en asignación de cupo.

4.- Edad: IR 15% Grupos etáreos más vulnerables frente a una patología

- Mayores de 65 años: 3 puntos
- Otras edades: 1 punto

5.- Clasificación en Tramo FONASA A y B IR: 10%

- Fonasa A y B: 3 puntos

- No pertenece: 1 punto

Contrarreferencia

Serán contrarreferidos al Nivel Primario de Atención todos aquellos pacientes con Insuficiencia Cardíaca que han sido evaluados y estudiados por especialista Internista ó Cardiólogo una vez que se han mantenido compensados durante el proceso de seguimiento en el nivel secundario/o terciario.

Para su derivación a APS se requiere.

- Interconsulta de contrarreferencia emitida por especialista con resumen de exámenes procedimientos diagnósticos realizados así también las indicaciones terapéuticas para el adecuado control del paciente.
- Indicación de las fechas de control por especialista evitando con ello la superposición de controles, de recetas e indicaciones.
- Sugerencias que se estime pertinente para el seguimiento del paciente en APS.

8. RESPONSABLES:

Serán responsables de la ejecución de este protocolo Médicos de la APS y de la red asistencial del Servicio de Salud O'Higgins, así como los Médicos Cardiólogos del HRR.

- g. Médicos de Atención Primaria
- h. Médicos de SAPU
- i. Médicos de Unidades de Emergencia hospitalaria
- j. Médicos en etapa de Destinación y Formación
- k. Médicos en nivel de especialidad
- l. Comités de Gestión de Oferta y Demanda de nivel primario y secundario.

9. FUNCIONES DEL RESPONSABLE:

- a. Implementación del protocolo
- b. Difusión
- c. Evaluaciones Periódicas
- d. Proposición de medidas correctivas en caso de necesidad, etc.

10. REGISTROS.

Corrección Nº	Fecha	Descripción de la modificación	Publicado en	Nº Documento

11. INDICADOR DE RESULTADO:

INDICADOR	% de interconsultas recibidas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica que cumplen la pertinencia de referencia según protocolo especificados en la presente pauta.
TIPO DE INDICADOR	De resultados.
FORMULA	$\left(\frac{\text{Nº de interconsultas recibidas con diagnóstico de taquiarritmia que cumplen con la pertinencia de referencia según protocolo}}{\text{Nº total de interconsultas con diagnóstico de}} \right) \times 100.$
FUENTE DE INFORMACION	Hoja de ADR

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	80%
PERIODICIDAD DE LA EVALUACION	Trimestral
INDICADOR	% de interconsultas recibidas con diagnóstico de taquiarritmia que cumplen con la pertinencia según tiempo establecido en la presente pauta.
TIPO DE INDICADOR	De resultados.
FORMULA	$(\text{Número de interconsultas recibidas con diagnóstico taquiarritmia que cumplen con la pertinencia según tiempo establecido} / \text{Nº total de interconsultas con diagnóstico de taquiarritmia}) \times 100.$
FUENTE DE INFORMACION	Hoja de ADR.
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	80%
PERIODICIDAD DE LA EVALUACION	Trimestral.

12.- REFERENCIAS

Opinión de expertos: equipo Médico de Cardicología de la Red Asistencial de O'Higgins.

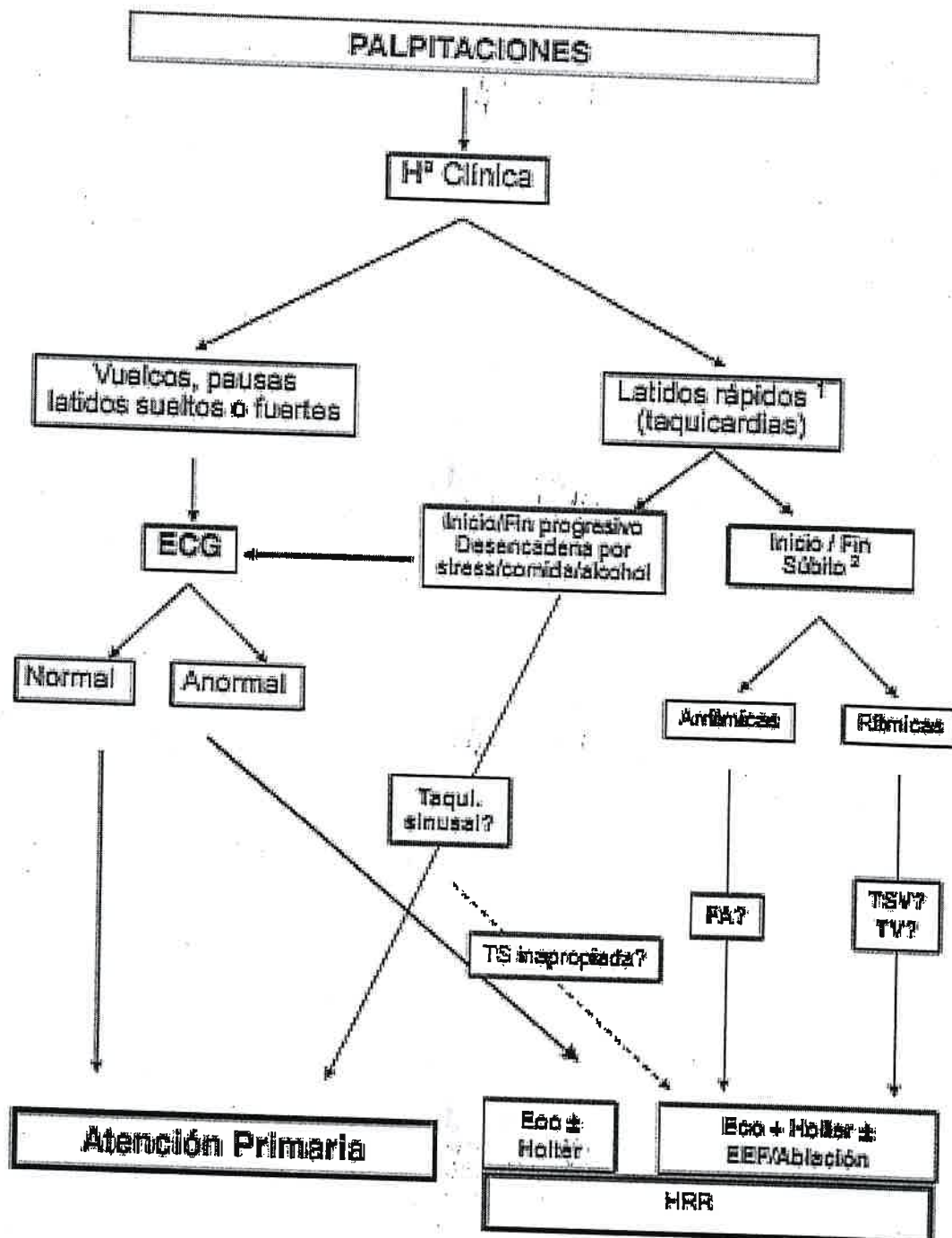
13.- PLAN DE DIFUSIÓN

Para la difusión y socialización del Protocolo Infarto Agudo al Miocardio, se realizará a través de medios de comunicación sitio web Servicio Salud O'Higgins, CIRA, Reuniones Clínicas, Ordinarios y actividades de capacitación en los distintos niveles de complejidad de la Red Asistencial.

14.- REVISION Y CONTROL DE CAMBIOS.

Fecha	Tipo	Aprobación

16.- FLUJOGRAMA



1 Ocasionalmente, hay arritmias que se presentan con episodios bruscos de nerviosismo; intranquilidad, ansiedad, sin palpitaciones evidentes.

2 En todos los casos de palpitaciones debe realizarse estudio ECG, pero los casos con inicio/fin súbito deben ser remitidos al HRR para estudio independientemente del resultado del ECG

13. BIBLIOGRAFIA

- 1.- García Fernández, Pérez de Isla, Gómez Diego, Macaya Tratado de Cardiología Clínica Volumen I. Capítulo 19. Pág. 341-348.
2. - 2015 ACC/AHA/HRS Guideline for the Management of Adult Patients With Supraventricular Tachycardia. JACC 2016. VOL. 67, NO. 13.
- 3.- Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de pacientes con arritmias ventriculares y prevención de la muerte súbita cardíaca. Rev. Es Cardiol. 2016; 69(2):176.e1-e77.

4.- Bueno H. Lobos JM. Procesos asistenciales compartidos entre Atención primaria y cardiología. SEC- SEMFY.

ANEXOS: *Figura 1. Manejo general de las palpitaciones*

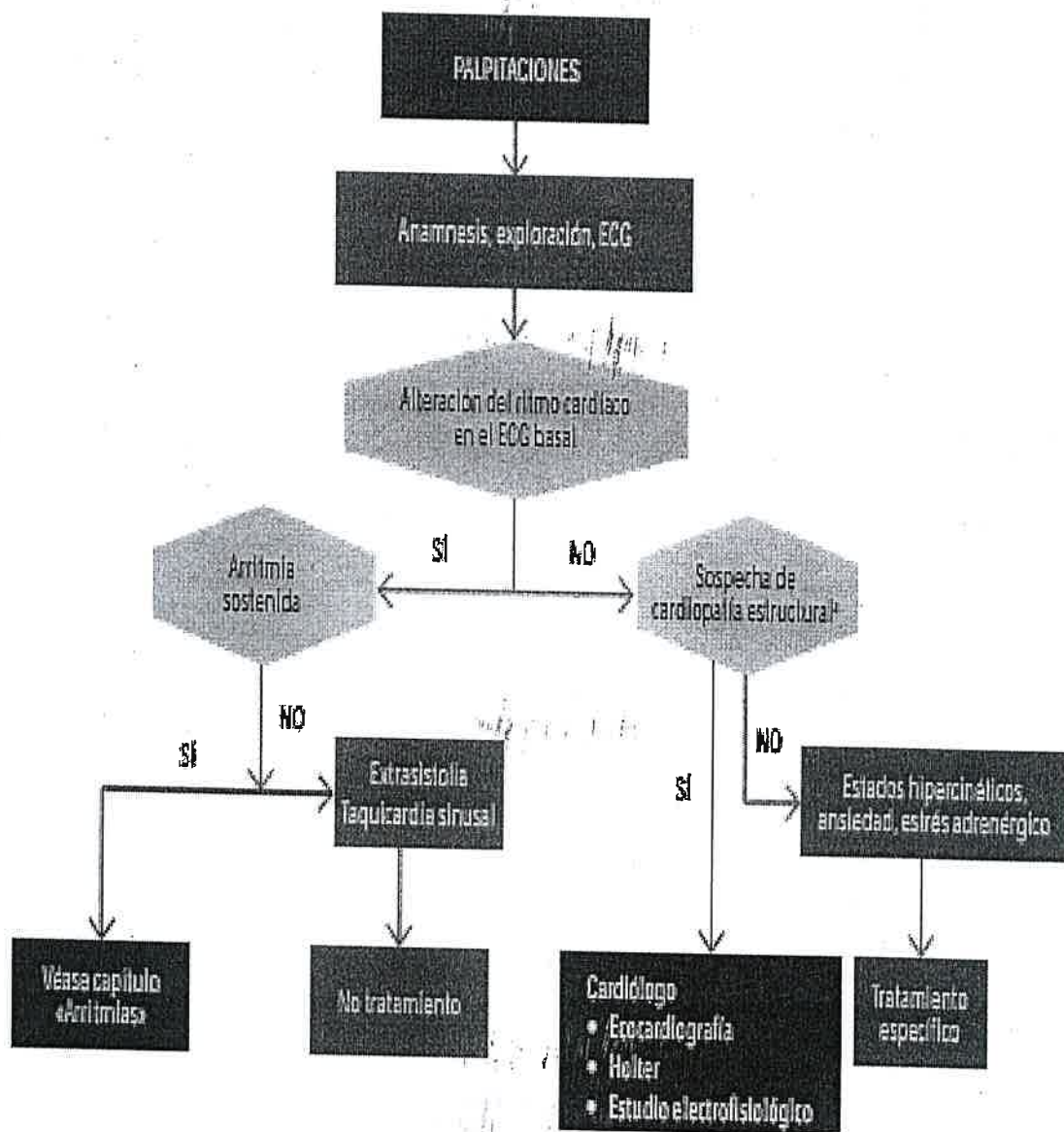


Figura 2. Diagnóstico electrocardiográfico de las arritmias.

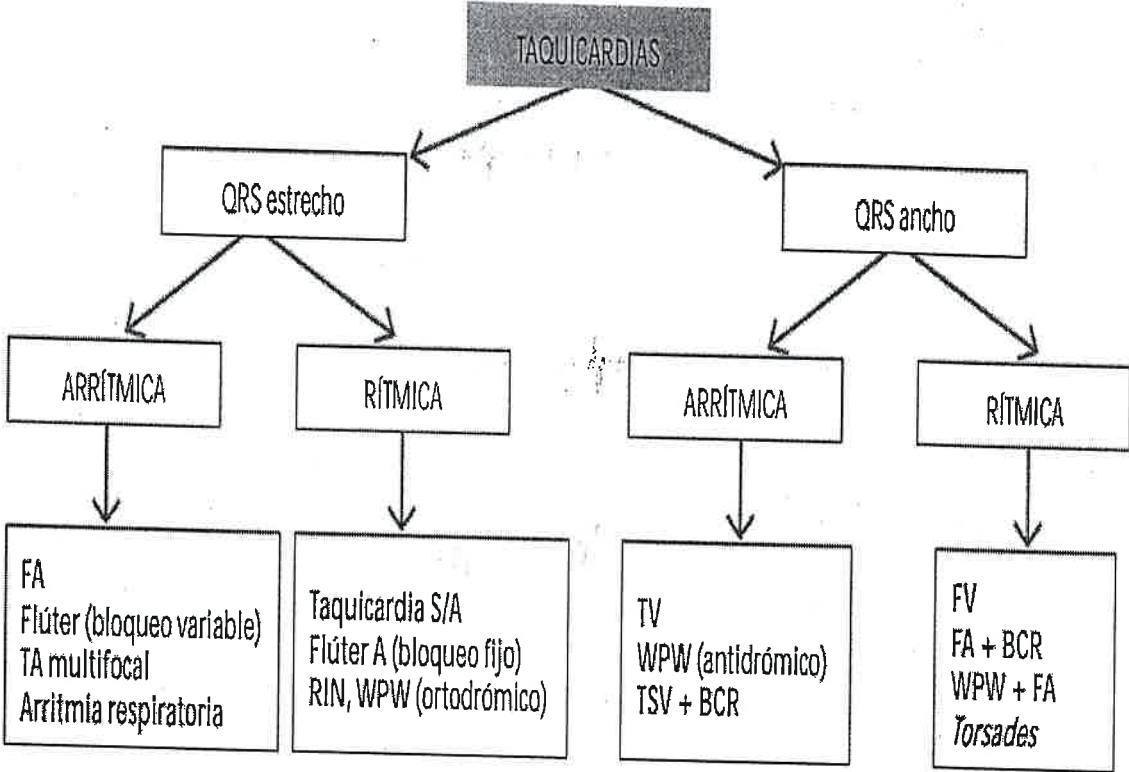


Figura 3. Manejo general de las taquiarritmias en Atención Primaria

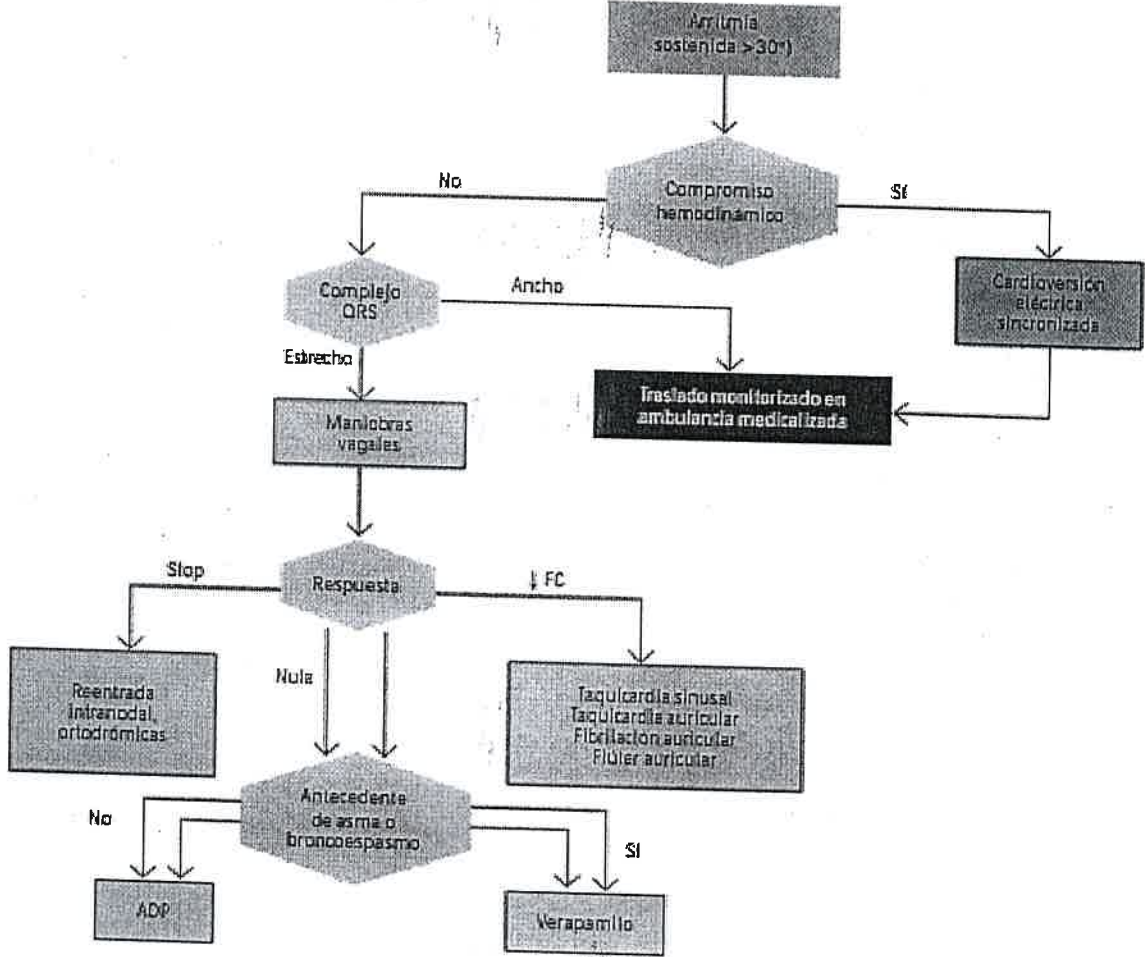


Tabla 1 Criterios de derivación al cardiólogo

Remitir a urgencias	Siempre que exista compromiso clínico y/o hemodinámico
	TV sostenida o no
	TSV incesantes
	Alteraciones sintomáticas de la conducción
Remitir por vía normal	EV: Frecuentes ($> 6/min$) • Acopladas al ritmo sinusal • Foco múltiple • Dobletes/tripletes
	Episodios de TSV recurrentes y autolimitados
	FA y flúter auricular, primer episodio
	TSV única con evidencia de vía accesorio
	Alteraciones de la conducción con clínica incierta
No remitir	ESV
	EV aislada
	TSV aisladas con ECG basal normal
	Alteraciones asintomáticas de la conducción

EV: extrasístole ventricular; FA: fibrilación auricular; ESV: extrasístole supraventricular; TSV: taquicardia supraventricular; TV: taquicardia ventricular.

Tabla 2. Medidas generales urgentes en caso de paciente con arritmia en el ámbito de la Atención Primaria

Canalizar una vía venosa periférica
Monitorizar al paciente
Realizar maniobras vagales si está indicado
Cardioversión eléctrica sincronizada si existe inestabilidad hemodinámica

Tabla 3. Manejo específico de algunas arritmias

Taquiarritmias	Extrasístoles	No tratar
	Taquicardia sinusal	
	Taquicardia no sostenida	
	Taquicardia supraventricular sostenida	Maniobras vagales Fármacos iv: • ADP • Verapamilo (en asmáticos)
	Taquicardia ventricular sostenida	Compromiso hemodinámico: CVE sincronizada Sin compromiso hemodinámico: Traslado urgente monitorizado
	Fibrilación ventricular	Desfibrilación inmediata (asincrónica) + iniciar RCP
	Primer episodio de FA	Compromiso hemodinámico: • CVE sincronizada • Fármacos iv para control de frecuencia Sin compromiso hemodinámico: • Fármacos orales para control de frecuencia en AP

CVE: cardioversión eléctrica; iv: intravenosa; RCP: reanimación cardiopulmonar; SCA: síndrome coronario agudo.

2.- DEJASE ESTABLECIDO que la difusión, aplicación y cumplimiento de todos y cada uno de los objetivos de los protocolos aprobados en el numeral anterior, será de responsabilidad de la Subdirección de Gestión Asistencial o quien le subrogue y/o reemplace, o este encomiende.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y NOTIFIQUESE


ELIANA DÍAZ UBILLA
DIRECTORA (S)
SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR
GENERAL BERNARDO O'HIGGINS


Transcrito Fielmente
Ministro de Fe

DISTRIBUCIÓN:

- Direcc. Hospitales. Red Asistencial DSS
- Establecimientos de Salud Atenc. Primaria
- Subd. Gestión Asistencial DSS
- Jefe Auditoría DSS.
- Depto. Jurídico
- Oficina de Parte.