

Taquicardias ventriculares. Manejo agudo según Guías ESC 2022

30/08/2022 por Elena Plaza Moreno - Urgencias y Emergencias

Taquicardias ventriculares. Manejo agudo

NUEVAS GUÍAS 2022 DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA

Manejo agudo de paciente con taquicardia regular de complejo QRS ancho

ESC 2022. Traducido por Elena Plaza Moreno - Urgencias y emergencias

(1) Además de la TSV, la adenosina también puede poner fin a la TV idiopática, lo que indica que la actividad desencadenada es el mecanismo subyacente a la arritmia. (2) El beneficio de la cardioversión debe sopesarse con los riesgos relacionados con la anestesia/sedación. (3) Teniendo en cuenta la disponibilidad limitada de otros fármacos antiarrítmicos.

mm:ss

- 00:00
- 00:30
- 01:00
- 01:30
- 02:00
- 02:30
- 03:00
- 03:30
- 04:00
- 04:30
- 05:00
- 05:30
- 06:00
- 06:30
- 07:00
- 07:30
- 08:00

Urgencias y Emergencias®

Traducción por Elena Plaza Moreno - Urgencias y Emergencias

Contenido

Introducción

Se acaban de publicar las [Guías para el manejo de pacientes con arritmias ventriculares y la prevención de la muerte súbita cardíaca de la Sociedad Europea de Cardiología](#). 130 páginas de documento en inglés... En esta entrada he traducido lo que me interesa y creo que puede interesar a esta comunidad (profesionales de las urgencias y las emergencias NO cardiólogos). Así que os traigo el **manejo agudo de la taquicardia ventricular monomórfica con algoritmo traducido de regalo**.

Como no somos cardiólogos, nos basamos en las **guías de soporte vital del Consejo Europeo de Resucitación o de la Asociación Americana del corazón**. Estos algoritmos y guías que salían cada 5 años ahora se actualizan cada menos tiempo ([puedes descargarte los algoritmos y consultar todo aquí](#)) y van incluyendo cositas de estas guías grandes. Son algoritmos y guías más adaptadas a manejar al paciente crítico que a diagnosticar. Pero se nutren de estas guías grandes y luego las adaptan.

Ya pasó con las [taquicardias supraventriculares](#): cuando salieron las guías del 2019 os la traduje para esta web. Y ha sido curioso ver cómo cambian que han salido en las guías de ERC 2021 ya nos las sabíamos (por haber cotilleado las guías grandes).

Conclusión, que me enrolló, de 130 páginas en las que se habla absolutamente de todos los tipos de Taquicardia ventricular, de muerte súbita y las patologías que las causan, de desfibriladores automáticos implantables, etc, **solo he**

traducido el fragmento útil de tratamiento (dos paginillas) para quienes se dedican a las urgencias y emergencias. Aún así, espero que te sea de utilidad.

Recuerda que puedes [suscribirte a mi boletín](#) gratuito para no perderte nada y puedes invitarme a un café café [aquí](#) por todo este trabajo.
Comparte esta entrada .
GRACIAS

Tratamiento de las causas reversibles de arritmias ventriculares

Las causas reversibles pueden ser responsables de hasta el 50% de las paradas cardíacas súbitas. Sin embargo, la mayoría de las veces es difícil determinar la causa subyacente exacta de de la parada cardíaca súbita y si es reversible. Es obligatorio realizar una evaluación exhaustiva de los pacientes con parada cardíaca si se desconoce la enfermedad cardíaca subyacente o se sospecha una progresión de la enfermedad

Los **desequilibrios electrolíticos**, como la hipopotasemia, pueden desencadenar la arritmia ventricular, y un rápido aumento del potasio extracelular puede provocar una asistolia.

Otros factores como la **bradicardia**, la **isquemia**, el **espasmo coronario**, la **trombosis**, la **fiebre**, la **inanición aguda** y las **dietas** pueden contribuir a la aparición de arritmias

ventriculares. Se recomienda la corrección aguda de estos factores reversibles.

Debe sospecharse la existencia de arritmias inducidas por fármacos en pacientes que están siendo tratados con agentes que se sabe que **alteran las propiedades eléctricas del corazón** (por ejemplo, induciendo una prolongación del QRS y/o del QT) o provocando anomalías electrolíticas (por ejemplo, tiazidas y diuréticos de asa). Cuando se presume la existencia de **arritmias inducidas por fármacos, es necesario retirar cualquier fármaco que las provoque, y deben evitarse las sustancias que se sabe que prolongan el QT** (p. ej., sotalol).

La hipomagnesemia y/o la hipopotasemia pueden estar asociadas a la Torsades de Pointes (TdP). **El magnesio intravenoso es un tratamiento eficaz para la TdP incluso en ausencia de hipomagnesemia.**

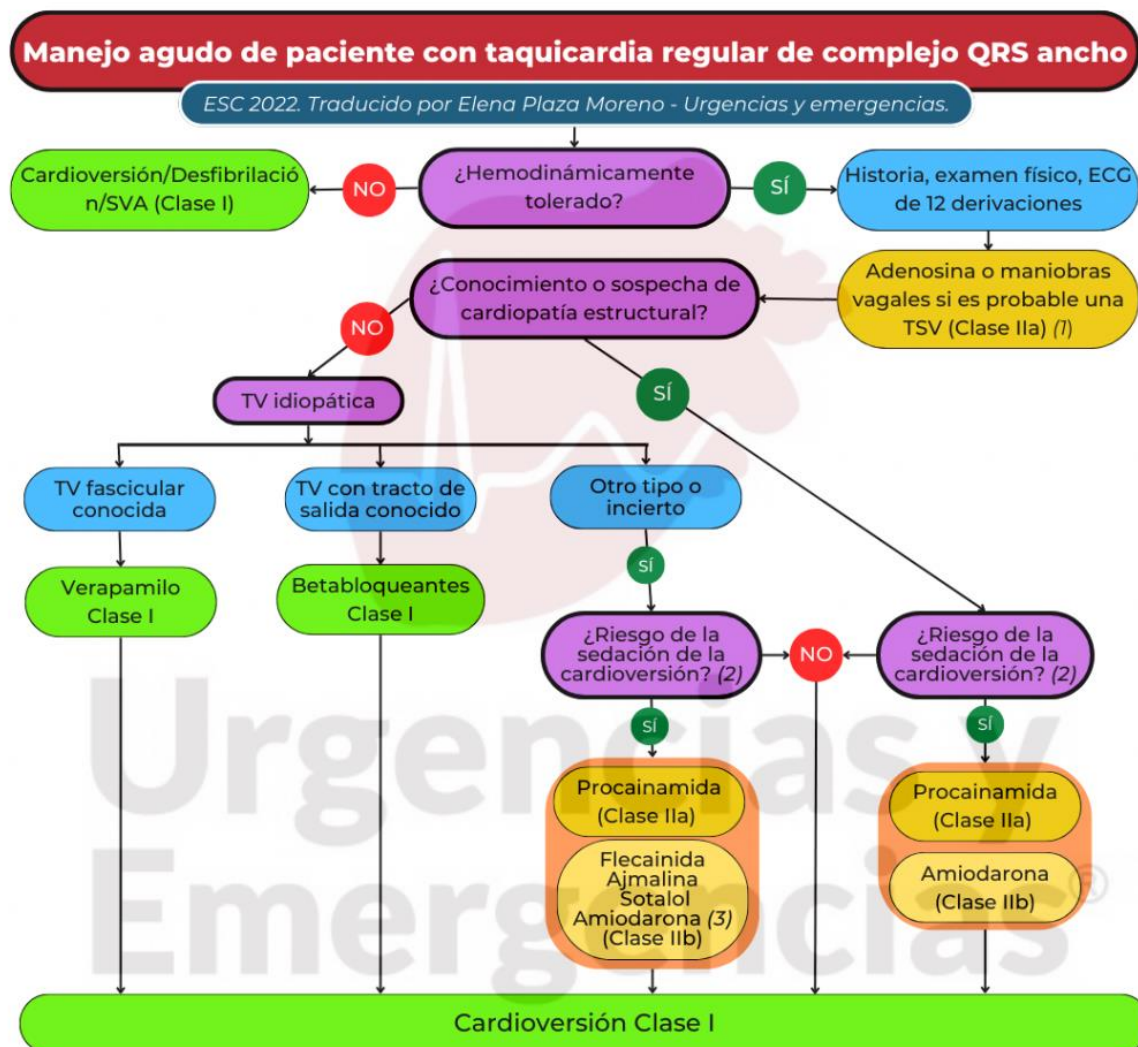
En los casos refractarios de TdP recurrente en el contexto de QT largo adquirido, la arritmia puede suprimirse **aumentando la frecuencia cardíaca subyacente mediante isoproterenol (isoprenalina) o estimulación con marcapasos transvenoso.**

Los pacientes que sobreviven a una parada súbita en el contexto de una causa presuntamente reversible pueden tener una alta tasa de mortalidad. En un gran estudio observacional reciente sobre los supervivientes de una parada súbita atribuida a una causa reversible y corregible, la implantación posterior de un DAI se asoció a una menor mortalidad por casi todas las causas.

Por lo tanto, la necesidad de implantar un DAI profiláctico debe considerarse en función de la enfermedad cardíaca subyacente y una **evaluación individual del riesgo futuro de arritmia ventricular potencialmente mortal.**

Manejo agudo de la taquicardia ventricular monomórfica sostenida

Los pacientes que presentan una taquicardia ventricular monomórfica sostenida deben ser tratados según los síntomas y la etiología.



(1) Además de la TSV, la adenosina también puede poner fin a la TV idiopática, lo que indica que la actividad desencadenada es el mecanismo subyacente a la arritmia. (2) El beneficio de la cardioversión debe sopesarse con los riesgos relacionados con la anestesia/sedación. (3) Teniendo en cuenta la disponibilidad limitada de otros fármacos antiarrítmicos.

Nos proponen este algoritmo (no es por nada pero me ha «quedao» más bonito que el suyo). Como ves, es más complejo que el de las taquicardias del soporte vital, pero

estamos hablando de guías de cardiología en las que entran diagnósticos complejos.

Los pacientes que presentan inestabilidad hemodinámica requieren una cardioversión sincronizada inmediata. Si la sincronización no es posible, debe utilizarse una descarga no sincronizada. *(Flipa, que yo recuerde esto solo estaba indicado en las guías de soporte vital en los casos de TV irregular o TdP).*

La cardioversión no está indicada en pacientes con taquicardia ventricular no sostenida repetitivas.

Es importante documentar cualquier taquicardia de QRS ancho tolerada hemodinámicamente en el ECG de 12 derivaciones.

La administración de adenosina o las maniobras vagales con registro continuo del ECG de 12 derivaciones deben considerarse si es probable que se produzca una taquicardia supraventricular (TSV). **La adenosina intravenosa también puede poner fin a subtipos específicos de TV.** *(esto ya lo sabíamos).* Esta respuesta apoya la actividad desencadenada mediada por el monofosfato de adenosina cíclico (AMPC) como mecanismo subyacente de la TV.

La fibrilación auricular (FA) preexcitada puede reconocerse por el patrón de ECG «RAI»: rápido, amplio e irregular. Puede simular una TV, y se debe evitar la administración intravenosa de fármacos que ralenticen la conducción AV, como la **adenosina, los betabloqueantes y la amiodarona.**

Se recomienda la terminación inmediata de la taquicardia ventricular monomórfica sostenida incluso aunque sea tolerada, ya que puede producirse un rápido deterioro hemodinámico. Esto puede lograrse con cardioversión

eléctrica, medicamentos antiarrítmicos o técnicas de estimulación.

Todos los fármacos antiarrítmicos (FAA) pueden provocar hipotensión, pero también hay que tener en cuenta el riesgo individual de anestesia/sedación necesario para la cardioversión.

Para la terminación farmacológica de una TV hemodinámicamente tolerada de etiología desconocida, puede utilizarse procainamida o amiodarona intravenosa. En el ensayo PROCAMIO, el tratamiento con procainamida se asoció a una mayor proporción de terminación de la taquicardia y a un menor número de acontecimientos adversos cardíacos importantes que la amiodarona.

La procainamida intravenosa no debe utilizarse en pacientes con insuficiencia cardíaca grave, IM agudo y enfermedad renal terminal.

La administración de otros fármacos antiarrítmicos (ajmalina, sotalol y flecainida) puede considerarse en pacientes sin cardiopatía significativa, pero debe sopesarse cuidadosamente el riesgo de acontecimientos adversos. Hay que tener en cuenta la disponibilidad de los FAA; por ejemplo, la procainamida no está disponible en muchos países europeos.

En los pacientes con un DAI, la estimulación manual por sobreestimulación puede poner fin a las TV con una longitud de ciclo inferior a la tasa de detección programada por el DAI. En caso de una TV idiopática conocida, se recomienda el tratamiento con betabloqueantes (para la TV con tracto de

salida conocido) o verapamilo (para la TV fascicular) para la conversión aguda.

Aunque el verapamilo puede poner fin a otros tipos de TV idiopática, pueden producirse efectos adversos importantes, como hipotensión grave. **Si la etiología de la TV es incierta, no se recomienda la administración intravenosa de verapamilo.** *(Esto es un Clase III – B, un «no hacer, el único que hay en todo el fragmento traducido).*

Es obligatorio realizar una evaluación exhaustiva de los pacientes que presentan una taquicardia ventricular monomórfica sostenida si se desconoce la enfermedad cardíaca subyacente, o se sospecha de una progresión de la misma.

Bibliografía

1. Extraído el 31//08/2022 de la web https://www.urgenciasyemergen.com/taquicardias-ventriculares-manejo-agudo-segun-guias-esc-2022/?fbclid=IwAR0BoTci6i6A7bnG6wouSb804mKQo2-v3mE_edVOJu15d7HeGOW5xSMDIo0