

412 - TAQUICARDIAS DE QRS ANCHO

*Flaño Lombardo, Rosario
Grimaldos Parra, David
Zamora Sierra, Mariano*

INTRODUCCIÓN

Definimos taquicardia ventricular (TV) como todo ritmo cardíaco de más de 3 latidos que se origina en miocardio ventricular a una frecuencia cardíaca superior a 100 lpm.

Se clasifican en función de estabilidad hemodinámica en inestables ($TAS < 100$ mmHg, acompañadas de síncope o parada cardiorrespiratoria) o estables; y en función de la duración, en sostenidas (duración $> 30s$ o que precisan de CVE debido a inestabilidad hemodinámica) o no sostenidas ($< 30s$, dentro de las cuales incluimos a las no sostenidas pero incesantes).

EN FUNCIÓN DE SU REGULARIDAD SE DIVIDEN

Regulares	TV. TSV aberrada (bloqueo rama previo o frecuencia-dependiente). Taquicardia mediada por vía accesoria con conducción antidrómica.
Irregulares	FA conducida por aberrancia (BR). FA preexcitada. TV polimórfica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debemos tratar toda taquicardia de QRS ancho como una taquicardia ventricular en el caso de inestabilidad hemodinámica. Aunque existen algoritmos para establecer el origen supraventricular o ventricular de la taquicardia, en el 80% se trata de una TV, siendo este porcentaje mayor si existen antecedentes de cardiopatía estructural, por lo que se deben tratar como TV en la gran mayoría de los casos.

Los criterios mayores en ECG de superficie para una TV son: latidos de fusión/captura, disociación AV, QRS ancho (> 160 ms en caso de morfología bloqueo de rama izquierda, $> 140ms$ si morfología de bloqueo de rama derecha), eje frontal.

VALORACIÓN EN URGENCIAS

HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes de FA, cardiopatía isquémica, antecedentes familiares...

Si el paciente es portador de DAI puede ser útil consultar el último evolutivo en el seguimiento por unidad de arritmias.

ANAMNESIS DIRIGIDA

Indagar en clínica asociada a la taquicardia, presencia de síncope (durante episodio de taquicardia y previos), presencia de fiebre, dolor torácico, clínica de insuficiencia cardíaca, palpitaciones en días previos, consumo de tóxicos/fármacos...

EXPLORACIÓN

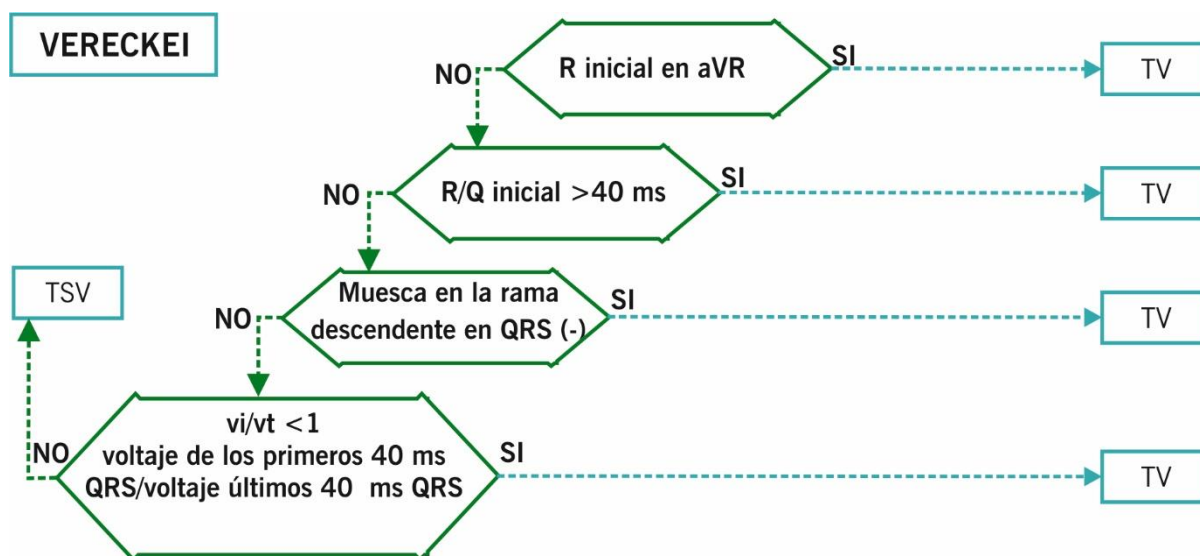
Estabilidad hemodinámica, semiología congestiva (crepitantes, edemas...), auscultación cardiopulmonar (soplos, crepitantes, ritmicidad).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ECG durante taquicardia y tras cese de la misma, Rx tórax, analítica completa que incluya ionograma (Ca, Mg), troponinas y NTproBNP, estas últimas si existe sospecha de SCA o IC.

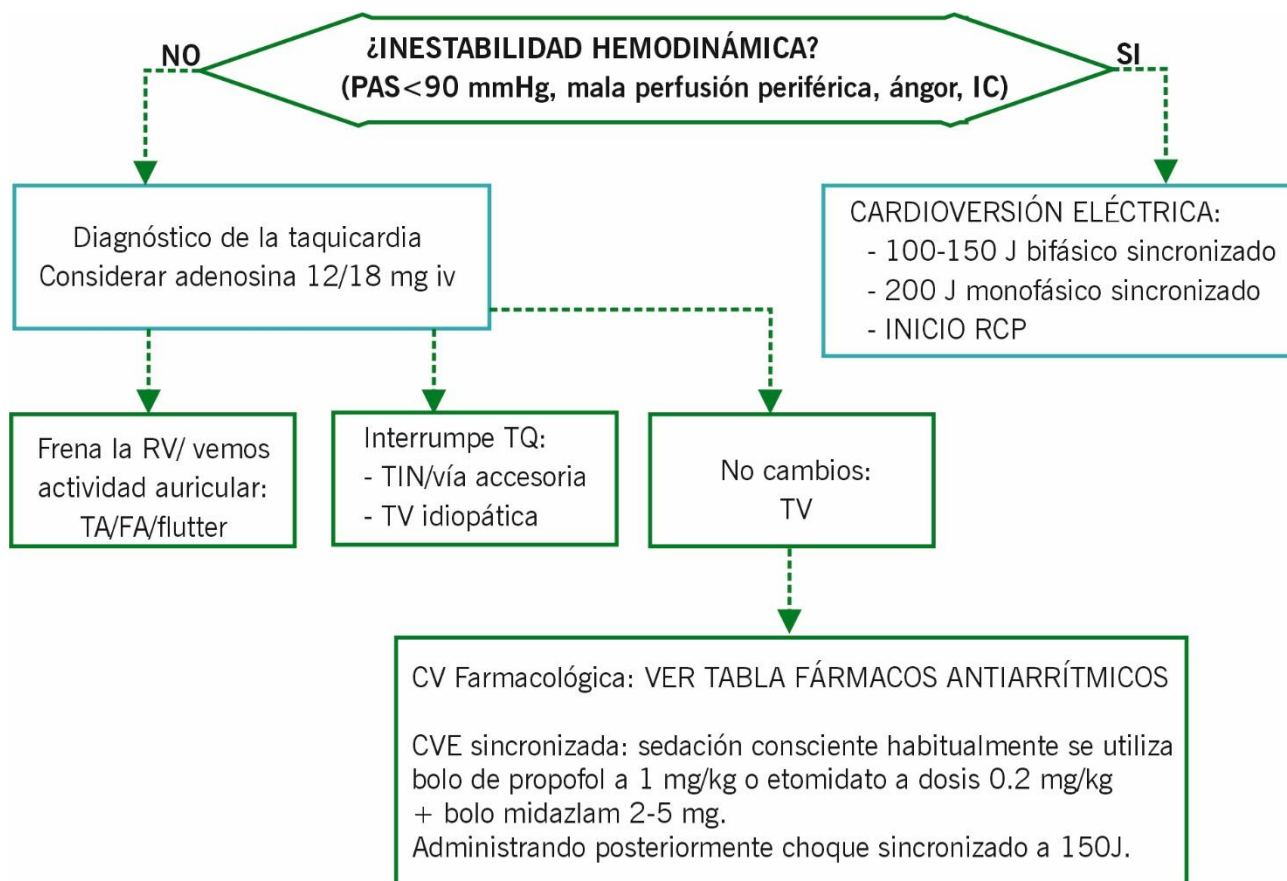
CRITERIOS ECG DE TV

Imprescindible realizar ECG de 12 derivaciones. Existen dos algoritmos diagnósticos muy empleados, el de Brugada y el de Vereckei, ambos similares en el diagnóstico, aunque el paso inicial del algoritmo de Vereckei es simple, reproducible, preciso y rápido, por lo que debería ser el primer abordaje para toda taquicardia de QRS ancho.



MANEJO EN URGENCIAS

Fundamental, monitorización del paciente en observación (inclusive aquellos pacientes atendidos por servicios externos que a nuestra valoración ya se encuentran en sinusal y estables hemodinámicamente). Tener siempre al paciente monitorizado y con pegatinas de desfibrilador conectados a monitor (por si necesidad de CVE).



Fármacos antiarrítmicos: ¡¡NO MEZCLAR!! Vigilancia estrecha con monitorización.

- Procainamida (1 ampolla = 1g/10ml): de elección si no inestable. Vigilar hipotensión. Se puede administrar de 2 formas:
 - Bolo: cargar jeringa con 10 ml. Administrar en bolos de 1 ml (100 mg) cada 1-2 minutos hasta hipotensión o cese de TV. Máximo 1 g (10 ml).
 - Perfusión: carga (1 g en 100 ml a pasar en 20-30 min) y mantenimiento (2 g en 500 ml SG 5%: 30-90 ml/h) seguido de perfusión 1-4 mg/min.
- Amiodarona 1ª opción si IC o disfunción VI muy severa. 300 mg en 10-20 min seguido de perfusión (1000 mg en 500 ml SG 5%): 0.5-1 mg/min hasta 2000 mg al día.
- Lidocaína (IAM): 1-1.5 mg/Kg iv. Repetir hasta 3 veces en intervalos de 5-10 min.



TV EN CONTEXTO DE IAM

En estos casos suelen tratarse de TV polimórficas por lo que el tratamiento es CVE a 150J no sincronizada, posteriormente contactar con servicio de hemodinámica si se tratase de un SCACEST. Si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable y con FC >60 lpm el uso de metoprolol 100 mg iv puede reducir los episodios de TV previo a la revascularización. Otras medidas recomendadas son la corrección de trastornos hidroelectrolíticos (K/Mg iv) y sedación ligera en caso de episodios repetidos.

TV EN PACIENTE CON BAVC

Habitualmente se trata de TVP por QT prolongado, el tratamiento consiste en corregir la bradicardia extrema para ello se recomienda iniciar perfusión de isoprotenerol iv, corregir de trastornos hidroelectrolíticos y puede ser necesario el uso de marcapasos transcutáneo como puente a la colocación de uno transvenoso (consultar bradiarritmias).

TORMENTA ARRÍTMICA (TA) (3 o más episodios de tv en menos de 24h que requieren intervención para su terminación, separados al menos 5') o TV INCESANTE (episodios repetitivos de TV que recurren inmediatamente a pesar de intervención):

- a) Portador de DAI: contactar con Cardiología e iniciar tratamiento estándar para pacientes con TA.
- b) TV polimorfa: en estos casos el tratamiento depende de la causa subyacente
 - i) SCACEST -> ACTP emergente.
 - ii) QT largo adquirido (fármacos, bradicardia extrema...) -> reposición iónica, isoprotenerol iv, estimulación transitoria.
 - iii) Canalopatías -> Tratamiento específico.
- c) TV monomorfa: si baja carga arrítmica o episodios de TV oligosintomáticos detectados en monitorización se puede esperar a valoración por Cardiología antes de iniciar tratamiento, en el resto de casos los tres pilares fundamentales para el tratamiento de la TA consisten en:
 - i) Sedación ligera/moderada: preferiblemente con dexmedetomidina en pc iv 0,2 – 1,4 mcg/kg/h.
 - ii) Betabloqueantes iv: Se suele preferir aquellos de acción corta como esmolol 50 – 200 mcg/kg/min en función de peso y respuesta arrítmica.
 - iii) Amiodarona iv: dosis de carga 300 mg en 3' – 5' seguido de infusión a 0,5 – 1 mg/min en las siguientes 24 horas (pauta larga).

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Steinman RT, Herrera C, Schuger CD, Lehmann MH. Wide QRS Tachycardia in the Conscious Adult: Ventricular Tachycardia Is the Most Frequent Cause. *JAMA*. 1989;261(7):1013–1016. doi:10.1001/jama.1989.03420070063031
2. Katja Zeppenfeld and others, 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: Developed by the task force for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), *European Heart Journal*, Volume 43, Issue 40, 21 October 2022, Pages 3997–4126, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac262>.
3. Ortiz M, Martín A, Arribas F, Coll-Vinent B, del Arco C, Peinado R, Almendral J. Randomized comparison of intravenous procainamide vs. intravenous amiodarone for the acute treatment of tolerated wide QRS tachycardia: the PROCAMIO study. *Eur Heart J* 2016 doi:10.1093/eurheartj/ehw230 (e pub ahead of print).
4. Tchou P, Young P, Mahmud R, Denker S, Jazayeri M, Akhtar M. Useful clinical criteria for the diagnosis of ventricular tachycardia. *Am J Med* 1988;84:53-6.