



## TAQUICARDIAS VENTRICULARES

### 1 GENERALIDADES

#### Definición:

Denominamos taquicardia ventricular al conjunto de 3 o más extrasístoles ventriculares a una FC > 100 latidos por minuto.

#### Clasificación:

- Sostenidas: duran 30 sg o más o son sincopales
- No sostenidas: duran menos de 30 sg y no son sincopales
- Bien toleradas: no provocan síntomas significativos
- Mal toleradas: provocan hipotensión (TAS < 90 mm Hg), IC, angor o síncope.

Es fundamental **analizar factores desencadenantes** como el consumo de drogas o excitantes, fármacos, alteraciones electrolíticas, hipertiroidismo, etc

### 2 TAQUICARDIAS VENTRICULARES NO SOSTENIDAS

#### 2.1 Pruebas complementarias

- ❖ Ecocardiograma: descartar patología estructural
  - Indicaciones: todos los pacientes en el estudio basal
- ❖ Holter: evaluar carga arrítmica
  - Indicaciones: todos los pacientes en el estudio basal.
- ❖ Ergometría: cambios en el ST, respuesta crono y barotropa, presencia de arritmias
  - Indicaciones: sospecha de enfermedad coronaria por factores de riesgo o angor o si clínica desencadenada con esfuerzo
- ❖ Coronariografía: descartar enfermedad coronaria
  - Indicaciones: si ergometría positiva o enfermedad coronaria conocida
- ❖ RMN: descartar patología estructural
  - Indicaciones: si sospecha de displasia arritmogénica de VD no confirmada por ecocardiograma

#### 2.2 Indicaciones de EEF

- ❖ En presencia de factores de riesgo:
  - Cardiopatía estructural (excepto en la miocardiopatía dilatada idiopática dada la nula rentabilidad del EEF)
  - Historia de síncope
  - Historia familiar de muerte súbita
- ❖ Muy sintomáticas

#### 2.3 Tratamiento

- ❖ En pacientes con factores de riesgo o muy sintomáticos:
  - Tratamiento según EEF
- ❖ En pacientes muy sintomáticos sin factores de riesgo
  - Primera elección: betabloqueantes
  - Segunda elección: amiodarona



**2.4** Seguimiento

- ❖ Revisión con holter anual

### **3** TAQUICARDIAS VENTRICULARES SOSTENIDAS

---

**3.1** Manejo agudo

- ❖ Mal toleradas
  1. Realizar ECG de 12 derivaciones si es posible
  2. Cardioversión eléctrica con choque sincronizado a 300 julios
  3. Tratamiento médico preventivo vía intravenosa; valorar uno de estos fármacos:
    - Amiodarona, primera elección
    - Procainamida
- ❖ Bien toleradas:
  1. Realizar ECG de 12 derivaciones
  2. Maniobras vagales y adenosina iv si existen dudas diagnósticas. Siempre registrando el resultado.
  3. Tratamiento médico vía intravenosa. Valorar uno de estos fármacos:
    - Amiodarona, primera elección
    - Procainamida

Procurar no mezclar medicaciones y si no se elimina con un fármaco, realizar cardioversión.

4. Tratamiento preventivo:
  - Habitualmente el mismo fármaco que eliminó la taquicardia
  - Valorar introducción precoz de B-bloqueantes en cardiopatía isquémica
  - Valorar terapia de electroestimulación mediante marcapasos provisional en taquicardias muy recidivantes resistentes a fármacos.

**3.2** Pruebas diagnósticas

- ❖ Ecocardiograma: descartar patología estructural
  - Indicaciones: todos los pacientes en el estudio basal
- ❖ Coronariografía:
  - Indicaciones: todos los pacientes en el estudio basal, excepto en las TV de etiología específica (apartado 4, casos especiales)
- ❖ EEF
  - Indicaciones: todos los pacientes en el estudio basal, excepto en las TV de etiología específica que se realizará según las indicaciones del apartado 4, casos especiales.



### 3.3 Manejo crónico

- ❖ Tratamiento correcto de su patología (IECAs, estatinas, antiagregantes, diuréticos). Betabloqueantes en cardiopatía isquémica.
- ❖ Ablación en casos de TVS bien tolerada.
- ❖ DAI cuando cumpla criterios (apartado 5)
- ❖ Amiodarona si son recidivantes o no se le implanta un DAI

### 3.4 Seguimiento de TVS

- ❖ Será realizado por la Unidad de Arritmias

## 4 CASOS ESPECIALES

---

### 4.1 Torsade de Pointes

- ❖ Test diagnósticos:
  - ECG: calcular QT corregido
  - Interrogar sobre fármacos que prolonguen el QT
  - Analítica urgente con iones.
  - Estudio genético a familiares de primer grado en Sd de QT largo
- ❖ Tratamiento
  - Agudo:
    - El de la causa: corrección iónica, retirada del fármaco etc.
    - Sulfato de magnesio
    - Si no se suprime la torsade:
      - Isoproterenol en las secundarias
      - Marcapasos provisional a frecuencias en torno a 90 o 100 lpm
  - Crónico (Sd. de QT largo)
    - B-Bloqueantes de 1ª elección
    - DAI bicameral en resucitados de muerte súbita y si a pesar de tratamiento médico persisten los síncope o la TV polimórfica.

### 4.2 Taquicardia del tracto de salida del VD

- ❖ Son taquicardias que ocurren en corazones por otra parte sanos con una morfología típica de BRIHH con eje inferior.
- ❖ Test diagnósticos:
  - Ecocardiograma: normal
  - EEF si se realiza ablación
- ❖ Tratamiento
  - Manejo agudo similar a la taquicardia ventricular sostenida (Apdo 3.1) basando el tratamiento en la amiodarona y los B-bloqueantes
  - Manejo crónico:
    - B-bloqueantes si TV sostenida o sintomática
    - Ablación en taquicardias muy sintomáticas o sincopales

### 4.3 Displasia arritmogénica de VD

- ❖ Diagnóstico de sospecha: morfología de BRIHH con cualquier eje en ausencia de cardiopatía isquémica.



- ❖ Test diagnósticos:
  - ECG: onda Epsilon, alteraciones de la onda T en precordiales dchas, BRDHH.
  - Ecocardiograma: dilatación de VD, IT.
  - RMN: si existen dudas
- ❖ Tratamiento
  - Manejo agudo similar a la taquicardia ventricular sostenida (Apdo 3.1) basando el tratamiento en la amiodarona y los B-bloqueantes
  - Manejo crónico:
    - Amiodarona o B-bloqueantes
    - Ablación si persistencia de TV sostenida a pesar de tratamiento médico.
    - DAI en casos de recidiva tras tratamiento o TV mal toleradas

#### 4.4 Miocardiopatía hipertrófica

- ❖ Factores de riesgo de muerte súbita:
  - Resucitado de muerte súbita
  - TVMS
  - TVNS
  - Síncope inexplicado
  - Antecedentes familiares de muerte súbita
  - Hipotensión o pobre respuesta tensional al ejercicio
  - Hipertrofia > 3 cm
- ❖ Tests diagnósticos en el estudio basal:
  - Ecocardiograma
  - Holter
  - Ergometría
- ❖ Tratamiento
  - Betabloqueantes
  - Valorar amiodarona si TVNS
  - Se implantará DAI si resucitado de muerte súbita o en presencia de 2 ó más factores de riesgo.

#### 4.5 Síndrome de Brugada

- ❖ Diagnóstico de sospecha: BRDHH con elevación del ST en precordiales..
- ❖ Tests diagnósticos:
  - ECG
  - Test flecainida: indicaciones
    - ECG sospechoso
    - Familiar de primer grado
  - EEF: indicaciones
    - ECG diagnóstico
    - Test flecainida positivo
- ❖ Tratamiento
  - No existe tratamiento farmacológico
  - Implantación de DAI: indicaciones:
    - Paciente resucitado de muerte súbita
    - Síncope de origen oscuro
    - EEF positivo



## 5 INDICACIONES DE DAI

---

- ❖ Resucitado de muerte súbita (FV o TV) secundaria a una causa no tratable; en el contexto del IAM se indicará DAI si la arritmia ocurre después de 48 horas del episodio agudo y se considera que no es debida a isquemia reversible o reinfarto.
- ❖ TVMS con disfunción ventricular (FEVI < 40%)
- ❖ TVMS no controlada por otros medios
- ❖ TVMS mal tolerada
- ❖ TVNS en paciente con FEVI entre 30-40 % en pacientes con IAM previo (> 1 mes) con TVMS o FV inducible no suprimible
- ❖ Síncope con TV inducible no suprimible
- ❖ Disfunción ventricular severa (FEVI < 30%) en pacientes con IAM previo (> 1 mes) y más de 3 meses después de revascularización coronaria.
- ❖ Disfunción ventricular severa (FEVI < 35%) en pacientes candidatos a TCR.
- ❖ Torsade de pointes, Hipertrófica y Brugada según apartados específicos.

Se valorará edad biológica del paciente así como expectativa de vida y comorbilidades a la hora de indicar un desfibrilador