

TAQUICARDIA VENTRICULAR SOSTENIDA (TVS)

DEFINICIÓN: Episodio de Taquicardia Ventricular (TV) que se prolonga por más de 30 segundos o que requiere cardioversión (CV) inmediata por descompensación hemodinámica.

CLASIFICACIÓN: Según morfología.

I. MONOMORFA (TVMS)

II. POLIMORFA (TVP)

I. TVMS.

A. SIN CARDIOPATÍA:

* TV de Ventrículo Derecho (VD). Esencialmente de tracto de salida del VD – TSVD-:

imagen de BRI con eje frontal inferior-a la derecha.

* TV IDIOPÁTICA de Ventrículo Izquierdo (VI), esencialmente septal o fascicular:

imagen de BRD con hemibloqueo anterior izquierdo.

B. CON CARDIOPATIA:

* ISQUÉMICA CRÓNICA.

* DILATADA IDIOPÁTICA.

* CHAGÁSICA.

* OTRAS.

II. TVP.

A. * En diversas cardiomiopatías.

* Isquemia aguda.

* Catecolaminérgica.

* Síndrome de Brugada.

B. Síndrome de QT largo.

* Congénito.

* Adquirido

CONDUCTA

FRENTE A EPISODIO AGUDO.
PREVENCIÓN DE NUEVOS EPISODIOS Y DE MUERTE SÚBITA.

CONDUCTA FRENTE AL EPISODIO AGUDO.

I. TAQUICARDIA VENTRICULAR MONOMORFA SOSTENIDA.

1. Hacer lo posible para obtener ECG en las 12 DERIVACIONES.

Es útil para el diagnóstico diferencial y para las evaluaciones posteriores.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con Taquicardia Paroxística Supraventricular (TPSV) con QRS ancho, las cuales pueden presentarse por Bloqueo de Rama preexistente, por bloqueo de rama taquicardia dependiente, o por taquicardia antidrómica en WPW.

Favorece diagnóstico de TPSV:

Imagen típica de bloqueo de rama derecha o izquierda.

Favorece diagnóstico de TV:

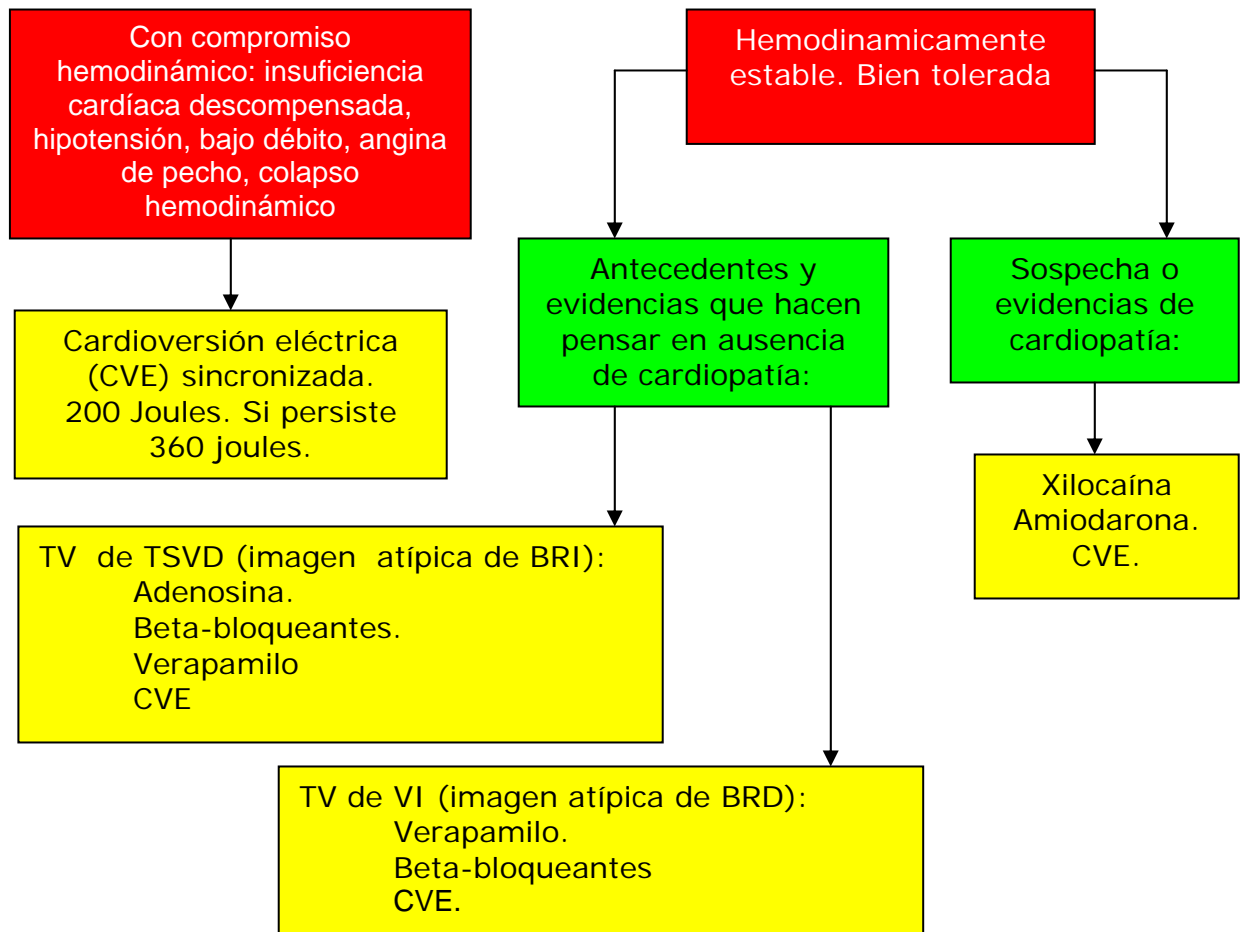
Imagen atípica de bloqueo de rama derecha o izquierda; concordancia en las 6 precordiales (QRS positivo o negativo en las 6 derivaciones)

Hace diagnóstico de TV:

Disociación V-A con mayor frecuencia ventricular que auricular.

Latidos de captura supraventricular y / o latidos de fusión.

2. Tratamiento

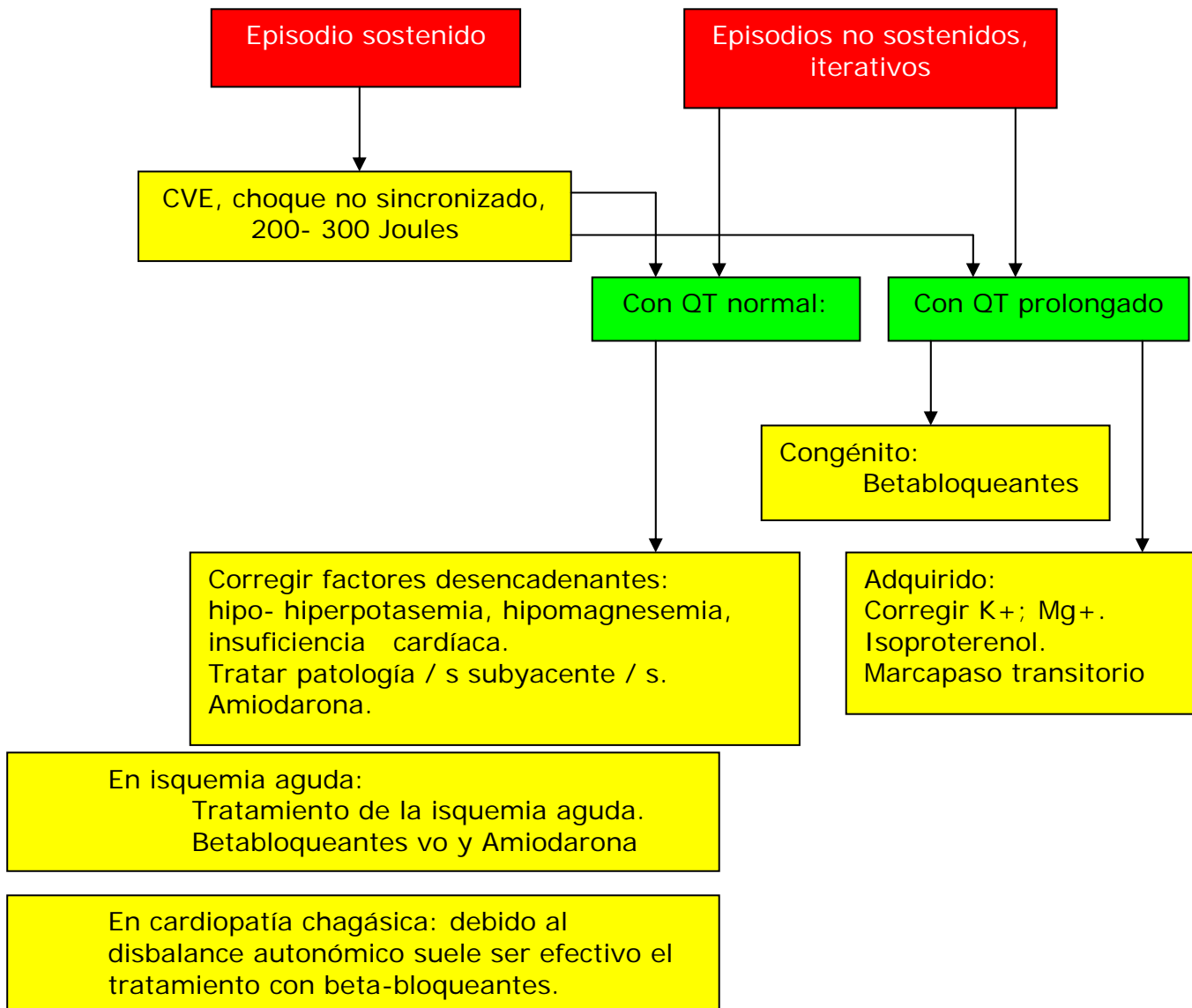


Posteriormente a la reversión:

Tratar cardiopatía de base, trastornos hidroelectrolíticos que puedan detectarse, compensar la posible Insuficiencia cardíaca, etc.

Podría recomendarse no continuar, en caso de haber sido iniciado, tratamiento por mas de 24 con amiodarona , salvo episodios de tormenta eléctrica, para poder, de ser necesario, realizar posteriormente una evaluación libre de dicho fármaco.

II. TAQUICARDIA VENTRICULAR POLIMORFA



Adendum:

Dosis de fármacos.

Xilocaina:

Bolo inicial: 1 – 1,5 mg /Kg. Sigüientes: 0,5 – 0,75 mg /Kg cada 5 – 10 minutos. Total en bolo \leq 3 mg /kg.

Mantenimiento: 2 a 4 mg / min. (30 – 50 microgramos/kg/min)

Amiodarona:

Bolo 150 mg en no menos de 10 minutos.

Mantenimiento: 1 mg por min por 6 hs, luego 0.5 mg por min por 18 hs.

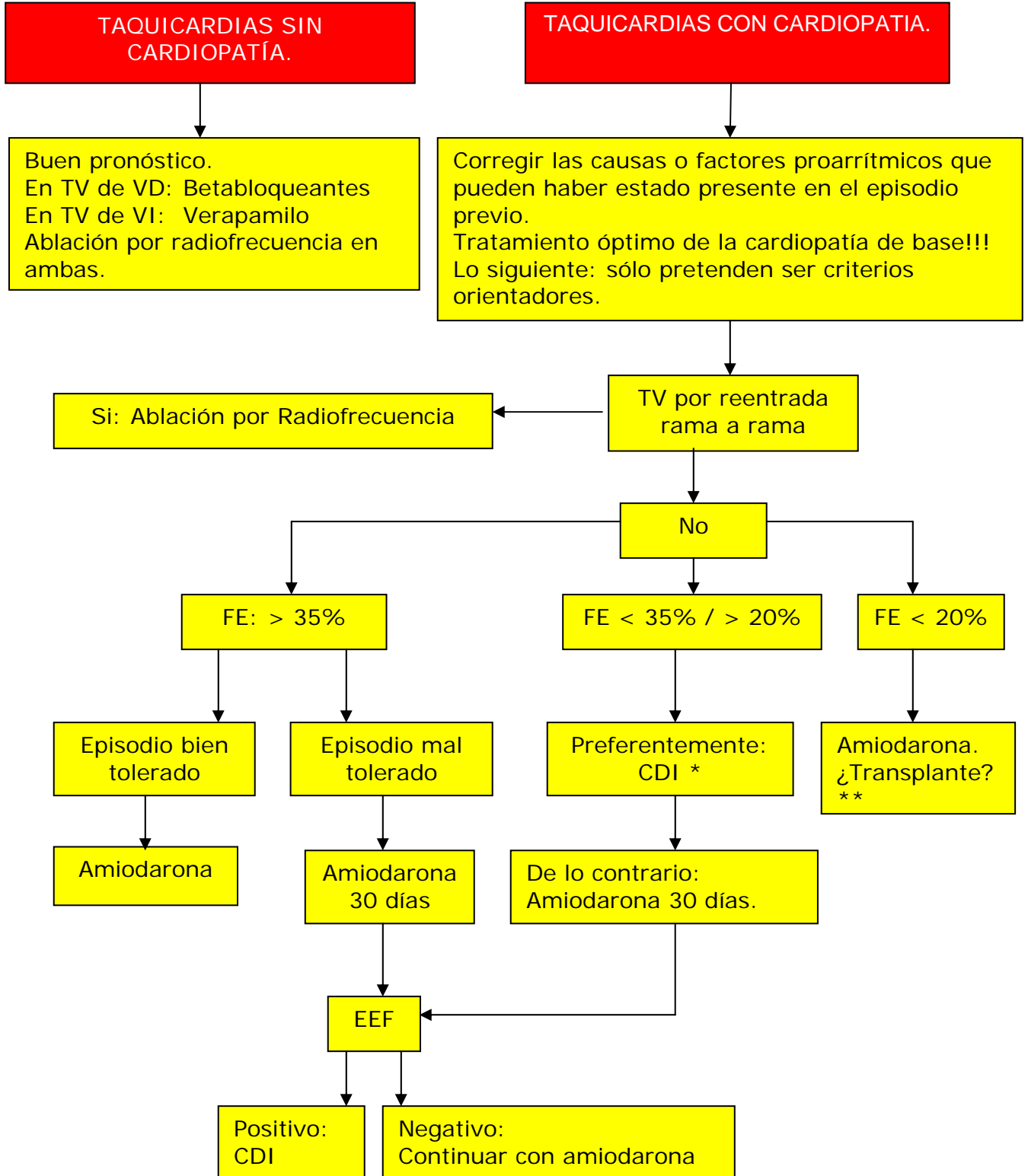
Adenosina. 6 a 18 mg ev, ev rápido, vía venosa lo mas central posible.

Verapamilo. 5 a 10 mg, ev, lento.

Betabloqueante ev disponible:

Esmolol. Diluido. Dosis de carga: 0,5 mgr / Kg durante un minuto, seguido de infusión a 0,05 mgr /Kg /min durante 5 minutos. Si no responde: reiterar dosis de carga.

PREVENCIÓN DE RECIDIVAS. PREVENCIÓN DE MUERTE SÚBITA



Referencias:

"EEF": Estudio electrofisiológico.

"Positivo" = Se induce TV Sostenida.

"Negativo" = no se induce TVS

* En las consideración entre CDI o amiodarona como primer paso terapéutico, debe considerarse entre otras variables: edad, estado psicológico y mental del pte, la existencia o no de un apropiado tratamiento de la cardiopatía de base inmediatamente previo al episodio de TV, si hubo un posible factor desencadenante de la TV que pueda ser corregido, la buena o mala tolerancia del episodio previo.

** En determinadas circunstancias puede considerarse el CDI. Edad, buena capacidad funcional y estado general, puente al transplante.