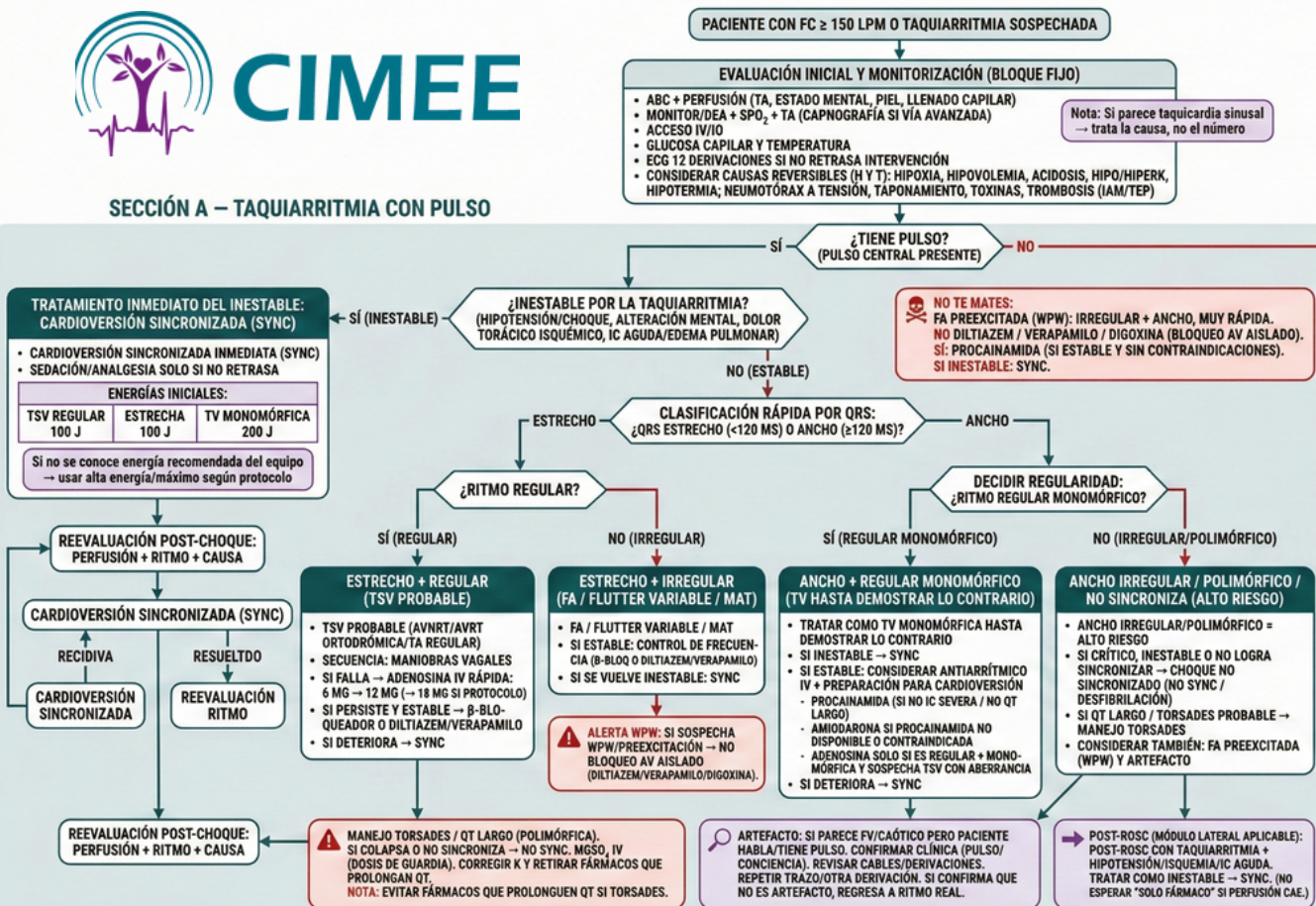


ALGORITMO PREHOSPITALARIO — TAQUIARRITMIAS EN ADULTO (AHA/EUROPA, OPERATIVO)



CIMEE

SECCIÓN A — TAQUIARRITMIA CON PULSO



SECCIÓN B — ALGORITMO PARO (FV/PVT)



Basado en AHA ACLS 2025, Resuscitation Council UK 2025 y guías ESC relevantes sobre TSV/ARRITMIAS VENTRICULARES.

NO OLVIDES...

Si dudas, es TV

En prehospital, la decisión crítica no es "ponerle nombre" al ritmo: es perfusión. Una taquicardia de QRS ancho y regular, aunque el paciente se vea "más o menos bien", puede ser taquicardia ventricular. Dar verapamilo/diltiazem "a ciegas" puede colapsar la hemodinamia. Si dudas, asume TV, monitoriza estrecho y, ten lista la cardioversión si aparece inestabilidad.

EXTRACTO: QRS ancho + duda = TV. Inestable = SYNC. No sincroniza = desfibrila.

Irregular y ancho: alerta roja

La taquiarritmia más peligrosa que "se disfraza" en la pantalla es irregular + QRS ancho. En campo, piensa en dos escenarios hasta demostrar lo contrario: FA preexcitada (WPW) o torsades por QT largo. En ambos, un "bloqueo AV" (diltiazem/verapamilo/digoxina) puede empeorar. Prioriza: ¿está inestable? → electricidad; y si sospechas torsades: Mg + corrección de K + retirar fármacos que prolongan QT.

EXTRACTO: Irregular + ancho = ALERTA ROJA. WPW o torsades. Evita bloqueo AV.

No trates el número

La taquicardia sinusal casi nunca es el enemigo: es un marcador. En dolor, fiebre, hipovolemia, hipoxia o sepsis, la FC alta suele ser compensatoria. "Bajarla" con antiarrítmicos o cardioversión no resuelve la causa y puede quitar soporte hemodinámico. En prehospital: corrige lo corregible y reevalúa; si mejora la perfusión, la frecuencia cae.

EXTRACTO: No trates el número. Trata la causa.