Rev Esp Cardiol. 2012;65 Supl 3: 351

Revista Española de Cardiología

6001-427. INFLUENCIA DE INTERVALO QTC PROLONGADO, BRADICARDIA E HIPOKALIEMIA EN LA INCIDENCIA DE ARRITMIAS VENTRICULARES DURANTE HIPOTERMIA TERAPÉUTICA TRAS MUERTE SÚBITA EXTRAHOSPITALARIA RECUPERADA

Irene Buera Surribas, Rosa María Lidón Corbí, Jordi Bañeras Rius, Ferran Rueda Sobella, José A. Barrabés Riu, Jaume Figueras Bellot y David García-Dorado del Hospital General Universitari Vall d'Hebron, Barcelona y Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: La presencia de QTc prolongado, bradicardia e hipokaliemia son factores inductores de arritmias ventriculares (AV). La hipotermia favorece la bradicardia y alteraciones iónicas; ambos factores inducen la prolongación del intervalo QT. El objetivo del presente estudio es analizar la incidencia de complicaciones arrítmicas durante la hipotermia terapéutica (HT) en pacientes recuperados de una muerte súbita extrahospitalaria (MSE).

Métodos: Análisis de la presencia de arritmias durante las tres fases (enfriamiento, mantenimiento y calentamiento) de la HT en pacientes consecutivos ingresados en dos hospitales terciarios por MSE secundaria a fibrilación ventricular/taquicardia ventricular sin pulso (FV/TVSP) tratados de acuerdo con un protocolo de HT mediante sistema endovascular de enfriamiento (Coolgard®). Temperatura objetivo de 33 °C mantenida durante 24h y recalentamiento progresivo a 0,25 °C/hora. Por protocolo no se corrige la hipokaliemia durante la HT. Se aplica tStudent y correlación de Pearson.

Resultados: 56 pacientes (p), varones 82%, edad media 55,2 años (rango 17-84). Sin cardiopatía conocida previa en el 77% y ausencia de síntomas previos a la MSE en el 54%. La etiología de la MSE fue isquémica en un 70%, por miocardiopatía en un 11%, por canalopatía en un 7% y no filiada en un 11%. La kaliemia inicial fue de 3,88 ± 0,88 mmol/L y durante la HT de 3,06 ± 0,4 mmol/L. Durante la HT se observó presencia de onda de Osborn en un 20% de los ECG y bradicardia (FC 50 lpm) en el 28,5%. El QT fue de 525 ± 104 ms y el QTc de 543 ± 76 ms. Sólo 19% de los p en HT tiene un QTc = 480 mseg. En los p con QTc = 480 mseg el potasio fue 2,97 ± 0,41 mmol/L y en p con QTc > 480 mseg de 3,06 ± 0,42 mmol/L (p = ns, y r Pearson 0,1). Se observaron AV en 6p (10,7%): taquicardia ventricular monomórfica (TVM) no sostenida en 4p (7,1%), TVM sostenida en 1p (1,8%) y otro p (1,8%) presentó una taquicardia ventricular polimórfica tipo torsade de pointe, que, no obstante, fue no sostenida. El análisis estadístico no muestra relación entre la prolongación del QTc, la hipokaliemia y la presencia de arritmias.

Conclusiones: En pacientes con MSE tratados con HT existe una alta incidencia de QTc prolongado y de hipokaliemia, sin que ambos factores estén correlacionados entre sí y tampoco se relacionan con la incidencia de arritmias ventriculares y bradicardia.