



5014-6. IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA CON CARDIOVERSIÓN O ABLACIÓN EN EL MANEJO DE PACIENTES CONSECUTIVOS CON SOSPECHA DE TAQUICARDIOMIOPATÍA

Javier Alonso Belló, Pedro Luis Talavera Calle, Silvia del Castillo Arrojo, Carlos Gutiérrez Landaluze, Iria Andrea González García, Adriana de la Rosa Riestra, Elena Magallanes-Ribeiro Catalán y Alejandro Curcio Ruigómez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Se desconoce aún la mejor estrategia para el tratamiento de los pacientes que ingresan con insuficiencia cardiaca causada por taquiarritmias auriculares que desarrollan disfunción ventricular, a veces, reversible tras control del ritmo o de la frecuencia cardiaca (FC).

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes consecutivos con diagnóstico de taquimiocardiopatía, definido como disfunción ventricular con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) por debajo del 45% y taquiarritmia auricular con FC por encima de 110 lpm. Se compararon dos grupos en función de la estrategia realizada para tratamiento de la taquimiocardiopatía, una estrategia invasiva de control del ritmo con cardioversión eléctrica (CVE) o ablación de venas pulmonares o istmo (grupo I) y una estrategia conservadora realizando control de la FC (grupo II). Se evaluaron las siguientes características clínicas: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tensión arterial (TA) y FC al ingreso y al alta, NT-proBNP y troponina al ingreso.

Resultados: Se han estudiado 56 pacientes de edad media 66 ± 7 años, 43 (77%) varones, con FEVI de $33 \pm 7\%$, una FC media al ingreso de 137 ± 23 lpm, un NT-proBNP al ingreso de 5.128 ± 6.610 pg/ml. El seguimiento fue de 47(19-72) meses. Los 16 pacientes del grupo I respecto a los 40 del grupo II eran más jóvenes (62 ± 7 vs 68 ± 7 , $p = 0,08$), tenían FC más alta al ingreso (146 ± 19 vs 134 ± 23 , $p = 0,078$) y tenían mejor filtrado glomerular (73 ± 16 vs 63 ± 19 , $p = 0,051$). La duración del ingreso hospitalario fue similar ($6,5 \pm 3$ vs $6,1 \pm 4$, $p = 0,740$). El resto de variables clínicas y los FRCV, no presentaban diferencias significativas. La proporción de bloqueadores beta, IECA/ARAI, AMRI y diuréticos fue similar en ambos grupos, si bien en el grupo I, todos los pacientes llevaban tratamiento antiarrítmico el alta. Los pacientes del grupo I en el seguimiento presentaron una mejor FEVI (57 ± 4 vs 53 ± 8 , $p = 0,097$), FC al alta era más reducida (71 ± 14 vs 79 ± 13 , $p = 0,047$) y en los pacientes que disponían de NT-proBNP, este era más bajo (1.332 ± 1.344 vs 195 ± 127 , $p = 0,04$).

Conclusiones: Los pacientes con sospecha de taquicardiomiopatía que ingresan con insuficiencia cardiaca y disfunción sistólica y se les trata con una estrategia invasiva (cardioversión o ablación), presentan en el seguimiento una fracción de eyección más elevada sin necesidad de aumentar los días de hospitalización.