Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 730

Revista Española de Cardiología

5016-3. MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON TORMENTA ARRÍTMICA QUE REQUIEREN INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS AGUDOS CARDIOLÓGICOS

Daniel García-Arribas[1], Alejandro Fernández Ramos[1], Ana Viana Tejedor[2], Sandra Rosillo Rodríguez[1], Juan Caro Codón[1], Eduardo R. Armada Romero[1], Irene Carrión Sánchez[2], Carlos Ferrera Durán[2], Francisco Javier Noriega Sanz[2] y Esteban López de Sá y Areses [1]

[1]Hospital Universitario La Paz, Madrid. [2]Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La evidencia disponible sobre la tormenta arrítmica (TA) se obtiene de registros de pacientes portadores de DAI o sometidos a ablación, por lo que existe un sesgo de selección. Este estudio describe la mortalidad intrahospitalaria y a largo plazo de los pacientes que ingresan en una Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos (UCAC).

Métodos: Se incluyeron retrospectivamente 187 episodios de TA en 165 pacientes ingresados en la UCAC de 2 hospitales de tercer nivel entre 2006 y 2020. Se realizó un análisis multivariable utilizando un modelo de regresión logístico con las variables que en el análisis univariable se asociaron a mayor mortalidad. Se realizó un análisis multivariable de mortalidad a largo plazo mediante el modelo de regresión de Cox.

Resultados: Las características basales se describen en la tabla. La supervivencia al alta hospitalaria fue del 82,4% (n = 154). Las causas de mortalidad intrahospitalaria (n = 34) son las siguientes: insuficiencia cardiaca o *shock* cardiogénico 27,2%; *shock* mixto cardiogénico y séptico 6,1%; TA refractaria 30,3%; parada cardiaca por actividad eléctrica sin pulso 9,1%; encefalopatía posanóxica isquémica 21,2%; otras 9,1%. Las variables que se asociaron a mortalidad intrahospitalaria fueron el número de choques (OR 5,44; IC95% 1,80-16,53), la insuficiencia cardiaca (OR 4,18; IC95% 1,47-11,82) y el requerimiento de inotrópicos (OR 4,37; IC95% 1,14-16,08). Hubo una tendencia no significativa a la disminución de la mortalidad con la ablación (OR 0,29; IC95% 0,07-1,20). El tiempo medio de seguimiento fue de 6,27 años (DE 0,56 años). La figura describe muestra la gráfica de supervivencia a largo plazo. La mortalidad durante el seguimiento fue del 51,2%. Las causas de mortalidad a largo plazo son las siguientes: TA 8,3%; IAMCEST 2,1%; Insuficiencia cardiaca 14,6%. Parada cardiaca por actividad eléctrica sin pulso 2,1%; ictus 8,3%; cáncer 10,4%; neumonía o sepsis 25,0%; desconocido 29,2%. Se identificaron como factores independientes de mortalidad la edad (> 65 años) (HR 2,93; IC95% 1,64-5,25), la presencia de insuficiencia cardiaca o *shock* (HR 2,28, IC 1,42-3,64), requerir intubación orotraqueal (HR 2,23; IC95% 1,27-3,82) y ser portador de DAI al ingreso (HR 2,09; IC95% 1,04-4,35).

Características basales

Edad (DE), años	66,7 (13,1)
Varones (%)	139 (84,2)
HTA (%)	109 (66,1)
Tabaquismo activo (%)	33 (20)
Diabetes (%)	51 (30,9)
Dislipemia (%)	89 (53,9)
Obesidad (%)	28 (17,0)
Enfermedad arterial periférica (%)	22 (13,3)
Enfermedad renal crónica (%)	26 (15,8)
Clase funcional NYHA (%)	
I	127 (77,0)
II	29 (17,6)
III	9 (5,45)
Fibrilación/*flutter* auricular (%)	62 (37,5)
Cardiopatía previa (%)	
Cardiopatía isquémica	76 (46,1)
Valvulopatías	19 (11,5)
Miocardiopatía hipertrófica	4 (2,4)

Miocardiopatía dilatada no isquémica	24 (14,5)
Displasia arritmogénica	2 (1,2)
Canalopatías	3 (1,8)
Portador de DAI	94 (57,0)

DAI: desfibrilador automático implantable; DE: desviación estándar; HTA: hipertensión arterial; NYHA: New York Heart Association.

Supervivencia a largo plazo.

Conclusiones: La mortalidad de estos pacientes es alta y parece estar en relación con la instabilidad hemodinámica y eléctrica y la insuficiencia cardiaca.