



6005-5. REVISIÓN DE CASOS DE TORMENTA ARRÍTMICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANEJO CLÍNICO

Pietro Cappellesso, Javier Lorenzo González, Marcos Farráis Villalba, Sara Hernández Castellano, Yilda Aleida Fernández Dávila, Virginia Ramos Reyes, Angélica Figueroa Mora, Javier Orlando Quintero y Julio Salvador Hernández Afonso

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción y objetivos: La tormenta arrítmica (TA) es una urgencia vital que se define como 3 o más episodios de taquicardia o fibrilación ventricular (TV, FV), o descargas de un desfibrilador automático implantable (DAI) en 24h. La TA se asocia a mayor mortalidad, mayor riesgo de hospitalización o de descompensación de insuficiencia cardiaca (IC) y trasplante cardiaco (TP). Revisamos el perfil clínico, tratamiento y mortalidad de los pacientes (ptes) con diagnóstico de TA.

Métodos: Revisión retrospectiva de los ptes que ingresaron en nuestro hospital por TA desde enero de 2019 hasta marzo 2022.

Resultados: Se identificaron 13 pacientes, 92% varones, con edad media de 64 años. Las características clínicas están resumidas en la tabla. El 92% era portador de DAI. La mayoría de los ptes (54%) presentaba FEVI gravemente reducida. Al momento del ingreso, ningún paciente presentó alteraciones electrolíticas de significación. 10 pacientes habían recibidos descargas apropiadas por el DAI y 2 cardioversión eléctrica externa. Los fármacos antiarrítmicos (FAA) utilizados en la fase aguda fueron amiodarona (9 ptes) y procainamida (3 ptes) combinados con betabloqueante en 10 casos. En 1 caso fue necesario utilizar un tercer FAA. En 7 pacientes (54%) se administraron benzodiazepinas para control de síntomas y de hipertensión simpática; 1 solo paciente requirió intubación orotraqueal para realizar sedación profunda. Se identificó una causa desencadenante en el 70% de los casos: descompensación de IC (4 ptes), suspensión de FAA (2 ptes), isquemia miocárdica (3 ptes), y QT largo adquirido iatrogénico farmacológico. Durante el ingreso o en el primer mes, se realizó estudio electrofisiológico (EEF) e intento de ablación de substrato a 11 pacientes, resultando exitoso en el 91%. En cuanto a la evolución: en los primeros 3 meses desde el diagnóstico de TA, 4 ptes reingresaron por TV sostenida, 5 ptes por descompensación de IC y ninguno falleció. Tras 12 meses de seguimiento 1 paciente había fallecido, 2 se incluyeron en lista para TP, y 3 tuvieron recidiva de TA.

Características clínicas de los pacientes al momento del ingreso

(n, %)

Edad (media/min/max)

64/39/84

Varones	12 (92%)
Hipertensión arterial	10 (77%)
Diabetes mellitus (n, %)	4 (31%)
Enfermedad renal crónica	4 (31%)
Cardiopatía	
Dilatada Isquémica	6 (47%)
Dilatada Idiopática	2 (15%)
Arritmogénica	2 (15%)
No compactada	2 (15%)
Dilatada-Familiar (emerina)	1 (8%)
Sin cardiopatía estructural	0
Portador de DAI	12 (92%)
DAI-TRC	3 (23%)
Prevención 1ª	3 (25%)
Prevención 2ª	9 (75%)
Ablación previa de TV	3 (23%)
FEVI (n, %)	
> 50%	3 (23%)

35-50%

3 (23%)

35%

7 (54%)

DAI = desfibrilador automático implantable; TRC = terapia de resincronización cardiaca; TV = taquicardia ventricular; FEVI = fracción de eyección de ventrículo izquierdo.

Conclusiones: La TA se confirma como una manifestación clínica asociada a mayor morbimortalidad y a fases de inestabilidad de la cardiopatía. Para su tratamiento, se empleó en agudo una combinación de betabloqueante con otro FAA (amiodarona o procainamida) con buena respuesta, mientras que el EEF y la ablación de sustrato fue esencial para la prevención de recurrencias.