Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 313

Revista Española de Cardiología

3. PRONÓSTICO A LARGO PLAZO TRAS UN PRIMER EVENTO DE TORMENTA ARRÍTMICA

Ernesto Ruiz Pereira[1], Pablo Martín Marín[1], Fernando Gavilán Domínguez[1], Manuel Frutos López[1], Juan Antonio Sánchez Brotóns[1], Carmen González de la Portilla-Concha[1], Eduardo Arana Rueda[1], Lidia Rodero Barcos[1], Carlos del Toro Esperón[1], Ángela Gabaldón Mestre[1], Ana María Campos Pareja[2], Lorena García Riesco[1], Juan Acosta Martínez[1] y Alonso Pedrote Martínez[1]

[1]Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España y [2]Tomares. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La tormenta arrítmica (TA) se define por la presencia de 3 o más episodios de arritmias ventriculares o terapias efectivas de DAI, separadas 5 min entre sí, en menos de 24h. En los últimos años, se ha avanzado en su detección y en estandarizar el manejo clínico. Sin embargo, existe escasa evidencia respecto a la predicción de eventos adversos y su pronóstico a largo plazo. Los objetivos del estudio consisten en definir las características de una cohorte de pacientes con un primer evento de TA, su pronóstico a largo plazo y los factores predictores de mala evolución clínica.

Métodos: Estudio observacional, analítico, y retrospectivo sobre una cohorte de pacientes ingresados en nuestro centro en los años 2006-2022 con diagnóstico de TA. Se estudió la incidencia de mortalidad, reingresos y recurrencias de TA en el seguimiento. Se recogieron variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas y se analizó su relación con los eventos.

Resultados: Se incluyeron un total de 97 pacientes (85,6% varones, 62,8 ± 15,1 años, 47% isquémicos), con una mediana de seguimiento de 34 (RIQ:12-69) meses. En el seguimiento, 32 (33%) pacientes presentaron recurrencia de TA. Reingresaron 63 (64,9%) pacientes, 57 de ellos (90,4%) por causa cardiovascular (CV). Fallecieron un total de 53 (54,6%) pacientes; 32 de ellos (60,3%) por causa CV, 11 (20,7%) por causa arrítmica. Hasta un 37,7% de los fallecidos no llegó a presentar nuevos eventos arrítmicos o recurrencias de terapias DAI. La mediana de tiempo hasta mortalidad fue de 23 (6-52) meses. Las variables que se asociaron a un aumento significativo de la mortalidad fueron: edad, dislipemia, ERC, hemoglobina, FEVI, NYHA y valvulopatías. La ablación no se asoció a beneficio en la supervivencia. La recurrencia de terapias DAI o de TA tampoco tuvo impacto en la mortalidad. La edad [OR 1,08 (1,02-1,1); p = 0,007] y la FEVI [OR 0,94 (0,9-0,98); p = 0,015] fueron los únicos predictores independientes de mortalidad en el estudio multivariante.

Variables asociadas a mortalidad en pacientes con primer evento de tormenta arrítmica. Análisis univariante y multivariante

Variables	OR (IC)	Significación (p)	Multivariante OR	Multivariante (p)

Edad	1,09 (1,04-1,13)	0,001	1,08 (1,02-1,14)	0,007
DM2	1,48 (0,86-2,55)	0,154	-	-
Dislipemia	2,13 (1,2-3,78)	0,01	-	NS
Vasculopatía periférica	0,51 (0,24-1,09)	0,512	-	-
FGR 50 ml/min	2,25 (1,27-4)	0,005	-	NS
Hemoglobina al ingreso	0,83 (0,69-0,99)	0,038	-	NS
Cardiopatía Isquémica	1,67 (0,97-2,88)	0,065	-	-
FEVI	0,96 (0,94-0,98)	0,002	0,94 (0,90-0,98)	0,015
NYHA ? II	2,47 (1,34-4,56)	0,004	-	NS
Disfunción VD	1,62 (0,87-3,03)	0,128	-	-
Valvulopatía grave	2,54 (1,14-5,66)	0,02	-	NS
Recurrencia terapia DAI	0,8 (0,46-1,37)	0,419	-	-
Recurrencia tormenta	1,06 (0,61-1,84)	0,84	-	-
Tormenta por FV/TVP	0,93 (0,47-1,81)	0,827	-	-
Ablación	0,76 (0,32-1,81)	0,54	-	-

OR: *odds ratio*; IC: Intervalo de confianza; DM2: diabetes mellitus tipo II; FGR: filtrado glomerular renal; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; NYHA: clasificaciónde la *New York Heart Association* ; VD: ventrículo derecho; DAI: desfibrilador automático Implantable; FV: fibrilación ventricular; TVP: taquicardia ventricular polimorfa.

Conclusiones: En nuestra cohorte, la edad avanzada y FEVI reducida se asociaron independientemente con mayor riesgo de mortalidad en pacientes con primer evento de TA. Nuestros pacientes presentaron una elevada mortalidad durante el seguimiento, principalmente por causa no arrítmica. Son necesarios más

estudios que definan qué pacientes se beneficiarían más de un manejo del sustrato arrítmico o de la optimización de IC y resto de comorbilidades.