



6023-12. TORMENTA ARRÍTMICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS AGUDOS CARDIOLÓGICOS: PACIENTES CON Y SIN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Daniel García-Arribas¹, Alejandro Fernández Ramos¹, Ana Viana Tejedor², Sandra Rosillo Rodríguez¹, Juan Caro Codón¹, Eduardo R. Armada Romero¹, Irene Carrión Sánchez², Carlos Ferrera Durán², Francisco Javier Noriega Sanz² y Esteban López de Sá y Areses¹

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

Resumen

Introducción y objetivos: La evidencia disponible sobre la tormenta arrítmica (TA) se obtiene de registros de pacientes con DAI, excluyendo habitualmente aquellos con infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) como causa de la TA. Este estudio compara las características de pacientes con y sin IAMCEST que ingresan en la Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos (UCAC) por TA.

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. Hubo 147 con otras causas de TA y 40 pacientes con IAMCEST.

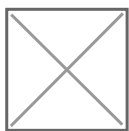
Resultados: Como se muestra en la tabla, el perfil de riesgo de los pacientes sin IAMCEST era peor. La etiología de la TA (aparte de la isquemia miocárdica) era diferente. Las alteraciones iónicas eran más frecuentes entre los pacientes con IAMCEST (37,4 vs 67,5%, $p = 0,001$). La insuficiencia cardiaca o el *shock* cardiogénico (27,9 vs 40%, $p = 0,140$), la infección (12,2 vs 7,5%, $p = 0,399$) y la bradicardia con QTc largo asociado (10,2 vs 10,0%, $p = 0,695$) eran similares en ambos grupos. Hubo dos episodios de miocarditis en el grupo sin IAMCEST. La arritmia predominante también era diferente. La fibrilación ventricular era más frecuente en pacientes con IAMCEST (4,8 vs 72,5%) y la taquicardia ventricular monomorfa en pacientes sin IAMCEST (80,3 vs 7,5%, $p = 0,001$). Los pacientes con IAMCEST tenían peores niveles de pH (7,4 vs 7,25, $p = 0,001$) y lactato (2,25 vs 5,56 mmol/l, $p = 0,001$) y requirieron con más frecuencia inotrópicos y vasopresores (15 vs 77,5%, $p = 0,001$), intubación orotraqueal (23,8 vs 90%, $p = 0,001$), soporte mecánico con balón de contrapulsación (5,4 vs 57,5%, $p = 0,001$), ECMO (2,0 vs 7,5%, $p = 0,082$) y otras asistencias ventriculares (0 vs 10%, $p = 0,001$). El tratamiento farmacológico se describe en la figura. Como era de esperar, los pacientes con IAMCEST requirieron más revascularización percutánea (8,2 vs 87,5%, $p = 0,001$) y no requirieron ablación ventricular (50,3 vs 0%, $p = 0,001$). La hipotermia terapéutica se usó más en el grupo de pacientes con IAMCEST (2,0 vs 52,5%, $p = 0,001$). La mortalidad intrahospitalaria fue mayor en pacientes con IAMCEST (11,6 vs 42,5%, $p = 0,001$).

Características basales

	IAMCEST (N = 40)	Otras causas (N = 14)	p
Edad (DE) años	61,7 (12,9)	68,7 (12,8)	0,002
Varones (%)	32 (80,0)	129 (87,8)	0,209
Hipertensión (%)	20 (50,0)	104 (70,7)	0,014
Fumadores (%)	18 (45,0)	19 (12,9)	0,001
Diabetes (%)	12 (30,0)	46 (31,3)	0,875
Dislipemia (%)	17 (42,5)	86 (58,5)	0,071
Enfermedad renal crónica (%)	3 (7,5)	29 (19,7)	0,069
NYHA I (%)	39 (97,5)	106 (72,1)	
NYHA II (%)	1 (2,5)	29 (19,7)	0,003
NYHA III (%)	0	12 (8,2)	
Fibrilación auricular/ <i>flutter</i> (%)	4 (10,0)	70 (47,6)	0,001
Cardiopatías previas			
Cardiopatía isquémica	5 (12,5)	84 (57,1)	0,001
Enfermedad valvular	2 (5,0)	19 (12,9)	0,159
Miocardiopatía hipertrófica	0	4 (2,7)	0,292
Miocardiopatía dilatada	0	28 (19,2)	0,003
Displasia ventricular	0	3 (2,0)	0,362

Canalopatías	0	3 (2,0)	0,362
Portador de DAI	0	116 (78,9)	0,001

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



Tratamiento farmacológico

Conclusiones: A pesar de un mejor perfil cardiovascular, los pacientes con TA por IAMCEST tuvieron mayor deterioro hemodinámico y mayor mortalidad que los pacientes con TA por otras causas.