



5006-4. ESTIMULACIÓN ANTITAQUICARDIA EN TV LENTAS: EFICACIA COMPARADA, PREDICTORES Y CONSECUENCIAS CLÍNICAS DE LA PROGRAMACIÓN DE TRATAMIENTOS SUCESIVOS

Javier Jiménez-Candil, Jendri Manuel Pérez Perozo, Juan Carlos Castro Garay, Pablo Luengo Mondéjar, Jesús Manuel Hernández Hernández, José Luis Morínigo Muñoz y Pedro Luis Sánchez Fernández, del IBSAL-Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: La estimulación antitaquicardia (EAT) finaliza la mayoría (pero no todas) las TV lentas (TV-L) con una longitud de ciclo (LC) > 320 ms. Nuestro objetivo es estudiar la eficacia de la EAT en este contexto, comparando la primer tratamiento (EAT-1) con la segunda (EAT-2) y la tercera (EAT-3).

Métodos: Analizamos 556 TV-L (LC = 354 ± 18 ms; 1,6% sincopales) ocurridas en 67 pacientes. La programación de la EAT fue estandarizada, incluyendo 3 ráfagas consecutivas de 15 pulsos al 91% de la LC.

Resultados: La eficacia de la EAT se redujo significativamente desde EAT-1 (436/556: 78%) frente a EAT-2 (24/103: 23%) y EAT-3 (10/79: 13%), $p < 0,01$ para todas las comparaciones. El porcentaje de variación de los intervalos RR (P-RR, %) fue mayor en las TV-L terminadas con EAT-1 ($2,73 \pm 1,45$ frente a $1,23 \pm 0,9$; $p < 0,001$). Tras una EAT-1 no efectiva, el P-RR se redujo significativamente, y no mostró diferencias entre los episodios finalizados o no con EAT-2 ($0,6 \pm 0,14$ frente a $0,44 \pm 0,16$; $p = 0,6$) o EAT-3 ($0,54 \pm 0,15$ frente a $0,52 \pm 0,14$; $p = 0,7$). Tras una EAT-1 ineficaz la diferencia entre el primer intervalo posestimulación y la LC de la TV (dPIPE-LC) fue menor en los episodios finalizados con EAT-2 o EAT-3 (180 ± 24 frente a 211 ± 15 ms; $p < 0,001$) siendo 200 ms el punto de corte con mejor sensibilidad y especificidad para EAT-2 y EAT-3 no eficaces (93% y 74%, respectivamente). En un análisis multivariante (regresión logística) el único predictor independiente de un dPIPE-LC ≥ 200 ms fue la duración del QRS nativo (dQRS), ms: OR ajustado = 1,04 (IC95%: 1,013-1,06); $p = 0,003$. El mejor punto de corte de dQRS para un dPIPE-LC ≥ 200 ms fue 120 ms (sensibilidad y especificidad del 66% y 79%, respectivamente). Identificamos varios predictores independientes de eficacia de la EAT (regresión logística): a) EAT-1: P-RR, tratamiento bloqueador beta y dQRS; b) EAT-2: dPIPE-LC y dQRS; c) EAT-3: dPIPE-LC. Los pacientes con dQRS ≥ 120 ms presentaron una menor eficacia ajustada de EAT-1, EAT-2 y EAT-3, y una mayor proporción de TV-L sincopales (tabla).

	Pacientes con dQRS 120 ms	Pacientes con dQRS > 120 ms	p
Eficacia EAT-1	89% (82-96)	70% (59-80)	0,008
Eficacia EAT-2	47% (32-63)	23% (11-35)	0,036

Eficacia EAT-3	18% (3-33)	3% (0-6)	0,003
Proporción de TV-L sincopal	0,18% (0-0,6)	4,1% (2,1-8,1)	0,025

Proporciones ajustadas por episodios múltiples (GEEM).

Conclusiones: La eficacia de la EAT en TV-L se concentra en EAT-1. Tras una EAT-1 inefectiva, la regularización de los intervalos RR subyace a la menor eficacia de EAT-2 y EAT-3. Puesto que la dQRS se correlaciona con el dPIPE-LC, los pacientes con QRS ancho presentan una menor eficacia de EAT-1, EAT-3 y EAT-3, lo que se traduce en una mayor proporción de TV-L sincopales.