

7004-3. ABLACIÓN CON CATÉTER EN LA TORMENTA ARRÍTMICA ASOCIADA A CICATRIZ: ¿CUÁNTO DEBEMOS ESPERAR?

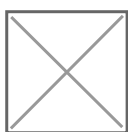
Juan Carlos Castro Garary, Javier Jiménez-Candil, Jendri Manuel Pérez Perozo, Pablo Luengo Mondéjar, José Luis Morínigo Muñoz, Jesús Manuel Hernández Hernández, María Loreto Bravo Calero y Pedro Luis Sánchez Fernández, del Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: La tormenta arrítmica (TorA) presenta una elevada mortalidad hospitalaria. Aunque la ablación con catéter (ABI) podría mejorar su pronóstico, no se ha establecido el momento más adecuado para su realización. Nuestros objetivos son: 1. Determinar la relación entre la ABI y la supervivencia a 30 días (Sp30d) de pacientes hospitalizados por TorA; 2. Analizar la relación entre el momento de realización de la ABI y su impacto pronóstico.

Métodos: Análisis observacional de incidentes prospectivos de los 74 pacientes (edad: 69 ± 13 , varones: 86%; miocardiopatía isquémica: 73%; portadores de desfibrilador automático implantable (DAI): 62%; fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI): 39 ± 11 ; implante de oxigenador extracorpóreo de membrana (ECMO): 18%) con cardiopatía estructural asociada a cicatriz que fueron hospitalizados por TorA en nuestro centro. Se excluyeron los pacientes con síndrome coronario agudo y con canalopatías. Se definió TorA por la presencia de ≥ 3 arritmias ventriculares sostenidas o con ≥ 3 descargas apropiadas de DAI ocurridas en las 24 horas precedentes al ingreso. La arritmia índice fue TV monomórfica en 53 pacientes (72%) y TV polimórfica/FV en 21 pacientes (28%). Un total de 20 pacientes (27%) desarrollaron ICC grave (edema de pulmón o *shock* cardiogénico) al ingreso.

Resultados: La Sp30d fue de 54 pacientes (73%). Se realizó ABI en 36 pacientes (49%), con una mediana de retraso desde el ingreso de 48 horas (RI: 18-120). El abordaje fue endocárdico en 28 pacientes y endoepi en 8 pacientes; en 9 pacientes se realizó bajo soporte de ECMO. Tras la Abl quedaron no inducibles 27 pacientes (75%). Sp30d fue mayor en los pacientes sometidos a ABI: 83 frente a 60% ($p = 0,028$; *log rank test*). Encontramos una correlación positiva entre la demora en realizar la ABI y la Sp30d (área bajo la curva ROC = 0,73) con un punto de corte óptimo en > 24 horas (sensibilidad y especificidad de 76 y 50%, respectivamente). La frecuencia de no inducibilidad fue similar: 67% [Abl 24h] frente a 81% [ABI > 24 h]; $p = 0,5$. La Sp30d fue: 60% (no ABI) frente a 73% (ABI 24 h, $n = 15$) frente a 90% (ABI > 24 h, $n = 21$) (figura). En un análisis multivariante (regresión de Cox) encontramos 2 predictores independientes de Sp30d: ICC grave al ingreso (OR = 0,16; $p = 0,001$) y ABI > 24 h (OR = 5; $p = 0,045$).



Supervivencia a 30 días.

Conclusiones: En pacientes con TorA la ABl se asocia a un incremento en la Sp30d. Puesto que el beneficio clínico de la ABl se concentra en los casos realizados tras las primeras 24 h, el tratamiento inicial de la TorA ha de ir encaminado a la estabilización del paciente, incluyendo medidas de soporte cardiocirculatorio.