



## 6046-393. ABLACIÓN DE SUSTRATO EN TORMENTA ARRÍTMICA BAJO SOPORTE CON ASISTENCIA CIRCULATORIA TIPO OXIGENADOR EXTRACORPÓREO DE MEMBRANA

Armando Oterino Manzananas, Juan Carlos Castro Garay, Javier Jiménez Candil, Soraya Merchán Gómez, Francisco Martín Herrero, David González Calle, Alfredo Barrio Rodríguez, Jean Carlos Núñez, Víctor Eduardo Vallejo García, Elisabete Alzola Martínez de Antoñana y Pedro L. Sánchez, del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La asistencia circulatoria con oxigenador extracorpóreo de membrana (ECMO) supone un tratamiento eficaz en el *shock* cardiogénico siendo la tormenta arrítmica incesante que cursa con inestabilidad otro escenario contemplado. La tormenta arrítmica se define como 3 o más episodios de taquicardia ventricular (TV), fibrilación ventricular (FV) o descargas de un desfibrilador automático implantable (DAI) en 24h. La ablación del sustrato es un procedimiento que puede mejorar el pronóstico de estos pacientes.

**Métodos:** Se revisaron los datos demográficos, la evolución clínica y el resultado de ablación de sustrato en pacientes admitidos por tormenta arrítmica que requirieron de soporte mecánico ventricular tipo ECMO entre enero de 2011 y enero de 2017 en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca.

**Resultados:** Durante el periodo estudiado, 7 pacientes fueron admitidos con diagnóstico clínico de tormenta arrítmica con requerimiento de implante de asistencia ventricular. De ellos, un 72% eran varones. La edad media fue de 61 años (IQR 25). Los factores de riesgo cardiovascular y fármacos antiarrítmicos se especifican en la tabla. El debut clínico fue en un 14% como edema agudo de pulmón y un 43% como *shock* cardiogénico. Eran portadores DAI un 71% de los pacientes, presentando un 85% (5) de los pacientes taquicardia ventricular monomórfica sostenida como causante de la tormenta. La FEVI media fue de 40% (IQR 15) y la media de desfibrilaciones/cardioversiones eléctricas durante el ingreso fue de 4 (IQR 3). Se realizó coronariografía en todos los pacientes, con revascularización en un 43% de ellos. Se realizó ablación de sustrato en un 42% (3), con tiempo medio hasta la misma de 18 días. Se realizó en un 57% de los casos por vía endocárdica y el resto por acceso pericárdico, con localización en la cicatriz posterior (33%) y anterolateral (33%). La mortalidad hospitalaria fue de 14%, no encontrándose asociación estadísticamente significativa entre el procedimiento de ablación y muerte intrahospitalaria. No se encontraron diferencias entre los portadores de DAI y el procedimiento, ni entre la presencia de enfermedad coronaria revascularizable y muerte en el seguimiento.

Factores de riesgo/Tratamiento antiarrítmico de los pacientes con tormenta arrítmica

Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

14,3% (1)

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| Hipertensión arterial (HTA)    | 85% (6)    |
| Dislipemia (DL)                | 71% (5)    |
| Tabaquismo                     | 14,3% (1)  |
| Amiodarona                     | 16,68% (1) |
| Procainamida                   | 16,68% (1) |
| Bloqueador beta                | 16,68% (1) |
| Amiodarona + procainamida      | 16,68% (1) |
| Procainamida + bloqueador beta | 33,3% (2)  |

**Conclusiones:** En nuestra muestra se observó una baja tasa de mortalidad en pacientes con tormenta arrítmica y necesidades de implante de ECMO, no encontrándose diferencias extrapolables a la población entre las variables estudiadas.