



## 7007-7. EL TRATAMIENTO CON BLOQUEADORES BETA REDUCE LA INCIDENCIA DE SÍNCOPE ASOCIADO A TV RÁPIDA EN PACIENTES PORTADORES DE DAI. RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Javier Jiménez-Candil<sup>1</sup>, Ignasi Anguera<sup>2</sup>, Javier Fernández Portales<sup>3</sup>, Olga Durán Bobín<sup>1</sup>, José Luis Morínigo<sup>1</sup>, Jesús Hernández Hernández<sup>1</sup>, Loreto Bravo Calero<sup>1</sup> y Pedro Luis Sánchez Fernández<sup>1</sup> del <sup>1</sup>IBSAL-Hospital Universitario de Salamanca, <sup>2</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y <sup>3</sup>Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Modelos experimentales han demostrado que tras la inducción de una taquicardia ventricular rápida (TVR) la normalización de la presión arterial se asocia a una reducción de la activación del sistema nervioso autónomo simpático (SNAS) periférico. Nuestra hipótesis es que el tratamiento con bloqueadores beta (T-BB) podría mejorar la tolerancia clínica a las TVR por atenuar tanto el efecto vasodilatador periférico del SNAS como las respuestas barorreflejas mediadas por él. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el T-BB y la incidencia de síncope en TVR (LC = 250-320 ms) ocurridas espontáneamente en pacientes con DAI y disfunción ventricular izquierda (DVI).

**Métodos:** En este estudio multicéntrico, analizamos a 226 pacientes con DVI (FEVI:  $31 \pm 10\%$ ) sometidos consecutivamente al implante de un DAI monocameral. La programación de TVR fue estandarizada, incluyendo una ráfaga de estimulación antitaquicardia (EAT) como tratamiento inicial. Tras el implante, los pacientes fueron seguidos cada 3-6 meses. Se correlacionaron los síntomas del paciente con los electrogramas almacenados y se determinó el T-BB asociado a cada TVR.

**Resultados:** Analizamos 289 TVR (LC:  $291 \pm 21$  ms; 77% bajo T-BB; mediana de la duración: 8 s) ocurridas consecutivamente en 52 pacientes. La incidencia de síncope fue 22 (7,6%). Aunque la duración de los episodios no sincopales fue menor ( $11 \pm 7$  frente a  $23 \pm 9$  s;  $p = 0,001$ ), encontramos un solapamiento significativo entre la duración de los episodios sincopales (rango: 8-45 s) frente a no sincopales (6-56 s). El T-BB se asoció a una menor frecuencia cardiaca pre-TVR ( $85 \pm 22$  frente a  $94 \pm 23$  lpm;  $p = 0,009$ ), una menor efectividad de la EAT (86% frente a 57%;  $p = 0,001$ ), una menor duración del evento ( $11 \pm 6$  frente a  $16 \pm 10$  s;  $p = 0,001$ ) y una menor incidencia de síncope (4,5 frente a 18%;  $p = 0,001$ ). En un modelo de regresión logística encontramos como predictores independientes de TVR sincopal: una duración  $> 8$  s (OR = 21;  $p = 0,003$ ) y el T-BB (OR = 0,3;  $p = 0,012$ ). Tras clasificar las TVT por su duración ( $< 8$  s frente a  $> 8$  s), el T-BB redujo la incidencia de síncope solo en TVR de  $> 8$  s: 9,5% frente a 27% ( $p = 0,008$ ). Los pacientes bajo T-BB presentaron una menor incidencia ajustada de síncope por TVR, media (IC95%): 4% (0-10) frente a 18% (4-31);  $p = 0,003$  (Generalized Estimated Equations Method).

**Conclusiones:** En pacientes portadores de DAI y DVI, el T-BB se asocia a una reducción significativa de los síncope por TVR.