Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 100

Revista Española de Cardiología

4012-4. ABLACIÓN CON CATÉTER EN PACIENTES CON TORMENTA ARRÍTMICA POR TV MONOMÓRFICA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR: CUANTO ANTES, ¿MEJOR?

Javier Jiménez Candil[1], Juan Carlos Castro Garay[1], Jesús Manuel Hernández Hernández[1], Francisco Javier Fernández Portales[2], Juan Manuel Durán Guerrero[3], Olga Durán Bobín[4], Juliana Elices Teja[4], José Luis Moríñigo Muñoz[1], Jendri Manuel Pérez Perozo[1], Francisco Martín Herrero[1], Manuel Sánchez García[1], Carlos González Juanatey[4] y Pedro Luis Sánchez Fernández[1]

[1]IBSAL-Hospital Universitario de Salamanca. [2]Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. [3]Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz. [4]Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación con catéter (ABl) está indicada en la tormenta eléctrica (TE) refractaria a fármacos antiarrítmicos. Sin embargo, no está establecido el momento más adecuado para su realización. Nuestro objetivo es describir el impacto clínico del momento de la ABl (T-ABl) en la mortalidad a 30 días (M-30d) en pacientes (P) con TE y disfunción sistólica del VI (FEVI 45%) previa y secundaria a cicatriz.

Métodos: En este estudio multicéntrico analizamos 104 P (edad: 72 ± 10, FEVI: 30 ± 6%) atendidos consecutivamente en 4 Hospitales Universitarios por TE debida a TV monomórfica entre el 1-1-2014 y el 31-12-2019. Del total, 66 P fueron sometidos a ABl (T-ABl desde el ingreso al procedimiento = 83 ± 67 horas; n = 13 ABl endoepicárdica). Al ingreso 25 (24%) sujetos estaban en insuficiencia cardiaca grave (edema de pulmón o shock). Se empleó soporte con ECMO en 15 P (14%).

Resultados: M-30d fue de 24 P (23%): 14 por insuficiencia cardiaca, 6 por arritmia refractaria y 4 por sepsis. ABl se asoció a una menor M-30d (HR = 0,2; p = 0,008, regresión de Cox), pues se redujo un 66% la mortalidad arrítmica. Tras demostrarse una correlación positiva entre el T-ABl (en horas) y la M-30d (C = 0,77; p 0,001), encontramos que solo los P con T-ABl > 48h presentaron una menor M-30d que los tratados de forma conservadora: 38% (no ABl, n = 40) vs 30% (ABl ? 48h, n = 20) vs 7% (ABl > 48h, n = 44) (HR ajustado para ABl > 48h = 0,2; p = 0,007, regresión de Cox). En los P tratados con ABl, la M-30d fue menor en los no inducibles: 8 vs 29% (p = 0,03, log-rank test). El soporte con ECMO se asoció a una mayor frecuencia de no inducibilidad en sujetos sometidos a ABl > 48h (100 vs 76%; p = 0,03), pero no en los casos de ABl precoz (60 vs 60%; p = 1). Hubo 5 complicaciones no fatales asociadas a la ABl (7,8%): 2/20 (10%) en ABl ? 48h vs 3/44 (6,8%) in RFCA > 48h (p = 0,2).

Predictores de Mortalidad a 30 días. Regresión de Cox

Variable	Hazard Ratio	Intervalo de confianza del 95%

Inferior	Superior	p		
Edad, años	1,03	0,9	1,07	0,1
Sexo femenino	2,5	0,9	7,4	0,09
Diabetes mellitus	0,8	0,3	2,1	0,7
Clase funcional >1 (NYHA)	1,2	0,4	3,4	0,7
FEVI, %	1	0,9	1,07	0,7
Insuficiencia cardíaca grave al ingreso (edema de pulmón o shock)	3,9	1,4	11,2	0,009
Aclaramiento de creatinina 60 mL/min/1,73 m^2 al ingreso	1,9	0,7	2,1	0,2
Cardiopatía isquémica	0,2	0,03	0,8	0,2
Revascularización coronaria	0,5	0,2	1,3	0,1
ECMO	0,7	0,2	2,7	0,6
ABl >48 horas desde el ingreso	0,33	0,03	0,6	0,007

Conclusiones: 1. En sujetos de alto riesgo con TE, la ABl realizada > 48 horas tras el ingreso se asocia de forma independiente a una reducción de la M-30d. 2. En tales sujetos la probabilidad de ABl exitosa se incrementa cuando se realiza bajo soporte con ECMO. 3. La ABl en las primeras 48 horas no parece asociarse a ningún beneficio pronóstico, por lo que su indicación ha de ser cuidadosamente individualizada.