Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 354

Revista Española de Cardiología

5015-8. IMPLICACIONES DEL RETRASO DIAGNÓSTICO DE TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES EN PACIENTES SINTOMÁTICOS

Javier Ramos Jiménez[1], Álvaro Marco del Castillo[1], Cristina Lozano Granero[2], Diego Jiménez Sánchez[3], Clara Gunturiz Beltrán[4], Pau Alonso Fernández[5], Paolo Domenico Dallaglio[6], Hebert David Ayala More[7], Ricardo Salgado Aranda[8], Carla Lázaro Rivera[9], Isabel Montilla Padilla[1], María López Gil[1], Luis Borrego Bernabé[1], Fernando Arribas Ynsaurriaga[1] y Daniel Rodríguez Muñoz[1]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. [2]Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. [3]Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. [4]Hospital General de Castellón. [5]Hospital de Manises (Valencia). [6]Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. [7] Hospital Universitario La Fe, Valencia. [8]Hospital Clínico San Carlos, Madrid. [9]Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las taquiarritmias supraventriculares (TSV) se manifiestan frecuentemente como palpitaciones, síntoma que también puede aparecer en ausencia de alteraciones del ritmo. Esta falta de especificidad de la clínica conduce con frecuencia al tratamiento farmacológico empírico con medicación bradicardizante, antiarrítmica e incluso ansiolítica/antidepresiva. El objetivo del presente trabajo es analizar el retraso diagnóstico de las TSV y sus consecuencias en términos de tratamiento pautado.

Métodos: Registro multicéntrico, retrospectivo. Se incluyó a pacientes consecutivos con estudio electrofisiológico (EEF) realizado por palpitaciones sugestivas de TSV sin documentación ECG. Se registró variables clínicas, electrofisiológicas y de seguimiento clínico.

Resultados: Se incluyó a 376 pacientes de 10 centros (47,0 ± 16,0 años y 70,21% mujeres. El EEF consiguió inducir de forma sostenida arritmias en 226 pacientes (60,1%), siendo la taquicardia intranodal común la más frecuente (n = 163; 72,1% de las arritmias sostenidas inducidas). 101 pacientes (26,9%) se encontraban bajo tratamiento bradicardizante (betabloqueantes, calcioantagonistas, ivabradina), 9 (2,4%) tomaban antiarrítmicos (tipo IC y III) y otros 9 (2,4%) una combinación de ambos. 53 (14,1%) se encontraban tratados con medicación ansiolítica o antidepresiva. El retraso desde el inicio de los síntomas hasta el EEF fue de 7,2 ± 9,9 años. No hubo diferencias por sexo en el retraso hasta la realización de EEF (8,4 ± 1,0 años en varones vs 6,7 ± 0,6 años en mujeres; p = 0,14), ni por tratamiento frenador previo (7,3 ± 0,9 años en los tratados vs 7,1 ± 0,7 años en los no tratados; p = 0,9), pero sí fue mayor en pacientes tratados con antiarrítmicos (12,2 ± 2,8 años vs 6,9 ± 0,5 años; p = 0,03). Igualmente se observó una correlación entre una mayor edad del paciente y el retraso en la realización de EEF (F1, 344 = 26,56; p 0,01), de tal forma que por cada año de edad del paciente se añadió un retraso en la realización del EEF de +0,17 años.

Conclusiones: En pacientes con clínica sugestiva sin TSV documentadas la inducción de arritmias sostenidas en EEF es elevada. Pese a ello, el retraso diagnóstico continúa siendo prolongado y el porcentaje de pacientes medicados empíricamente es alto. Este retraso en la indicación de EEF aumenta con la edad y es significativamente mayor en pacientes con toma de antiarrítmicos.