Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 271

Revista Española de Cardiología

6013-8. INSTANTÁNEA DE LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN FIBRILACIÓN Y FLÚTER AURICULAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: RESULTADOS DEL REGISTRO RECAVE

Daniel Águila Gordo[1], Javier Jiménez Díaz[2], Jesús Piqueras Flores[1], Jorge Martínez del Río[1], Cristina Mateo Gómez[1], Martín Negreira Caamaño[1], María Maeve Soto Pérez[3], Andrez Felipe Cubides Novoa[1], Pablo Soto Martín[1], Emilio Blanco López[1], Manuel Muñoz García[1], Alfonso Morón Alguacil[1], José María Arizón Muñoz[1] y Daniel Salas Bravo[1]

[1]Servicio de Cardiología, [2]Servicio de Cardiología, Unidad de Arritmias y [3]Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Resumen

Introducción y objetivos: La cardioversión eléctrica (CVE) constituye una terapia eficaz para la restauración del ritmo sinusal en pacientes con fibrilación auricular (FA) y flúter auricular (FlA). El objetivo del presente registro es describir las principales características clínicas y ecocardiográficas de los pacientes sometidos a este procedimiento, así como las características del mismo, su eficacia y seguridad.

Métodos: Registro ambispectivo, observacional y unicéntrico que incluyó de forma consecutiva 271 pacientes programados a CVE electiva en planta de hospitalización por FA o FlA > 48 horas de aparición durante los años 2018-2021.

Resultados: Las características clínicas y ecocardiográficas aparecen en la tabla. El 82,7% de las cardioversiones fueron indicadas por FA y el 17,3% por pacientes por FlA. El 19,9% de los pacientes se habían sometido previamente a una CVE. Se realizó ecocardiograma transtorácico al 98% de los pacientes y ecocardiograma transesofágico al 84%. La mediana desde el diagnóstico hasta valoración por cardiología fue de 20 días y desde el diagnóstico hasta la CVE de 60 días. El 9,6% de las CVE programadas se suspendieron (7,7% por reinstauración espontánea de ritmo sinusal, 3,3% por trombo auricular izquierdo, 1,5% por otros motivos). El 66,8% de los pacientes estaban anticoagulados con anticoagulantes de acción directa frente al 33,2% con antagonistas de la vitamina k (fig.). El 33,6% por de las CVE estuvieron facilitadas por fármacos antiarrítmicos (siendo el más habitual la amiodarona 85%). El midazolam (84,2%) y el etomidato (79,1%) fueron los fármacos más utilizados en la sedación. Un 6,9% de los pacientes precisó de administración de atropina post-CVE por bradicardia grave. La tasa de complicaciones fue del 7,2% la mayoría menores, con solo 3 casos (1,1%) de complicaciones mayores. La tasa de éxito tras el 1º choque fue de 75,8%, siendo la tasa global de éxito del 94,5%. La tasa de recurrencia inmediata fue del 4,9%. Al alta se pautó fármacos antiarrítmicos al 80,1% de los pacientes, siendo la amiodarona el más empleado (70%).

Características clínicas de los pacientes sometidos a CVE electiva

Características clínicas	Características ecocardiográficas

			Conservada	32,8%
			Ligeramente reducida	45,3%
Varones	71,2%	Función sistólica	Moderadamente reducida	10,4%
			Gravemente reducida	10,4%
			Ligera	32,7%
Edad (media ± DE)	64,9 ± 10,5	Hipertrofia ventricular	Modera	12,1%
			Grave	3,9%
Hipertensión arterial	66,1%	Dilatación ventricular moderada-grave		1,3%
Diabetes mellitus	21%	Dilatación auricular moderada-grave		26,2%
Dislipemia	41,3%	Insuficiencia moderada moderada-grave		18,3%
Insuficiencia cardiaca	20,7%	Estenosis mitral moderada-grave		1,8%
Cardiopatía isquémica	10,3%	Insuficiencia aórtica moderada-grave		4,2%
Escala $CHAD_2S_2$-VASc (media ± DE)	2,2 ± 1,5	Estenosis aórtica moderada-grave		4,4%
Escala HAS-BLED (media ± DE)	1 ± 0,9	Hipertensión pulmonar moderada-grave		12,8%

Gráfico de sectores. Distribución de fármacos anticoagulantes empleados.

Conclusiones: El presente estudio refleja el rendimiento actual de la CVE y sus resultados en la práctica clínica habitual de un hospital de tercer nivel, siendo este un procedimiento altamente efectivo y seguro en la

restauración del ritmo sinusal.