



6025-6. ¿DEBEMOS SEGUIR UTILIZANDO LA CVE EN LA ESTRATEGIA DE CONTROL DE RITMO DE NUESTROS PACIENTES? VALOREMOS LOS RIESGOS ASOCIADOS

Rosa Maria Jiménez Hernández, Carmen Cristóbal Varela, Iria Andrea González García, Elena Magallanes-Ribeiro Catalán, Adriana de la Rosa Riestra, Javier Alonso Bello, Silvia del Castillo Arrojo, José María Serrano Antolín, Pedro Luis Talavera Calle, Catherine Graupner Abad y Alejandro Curcio Ruigómez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La estrategia de mantener el ritmo sinusal (RS) en los pacientes (ptes) sintomáticos con FA persistente es habitual. La cardioversión eléctrica (CVE) se utiliza como primer paso pesar a del bajo rendimiento que describen los estudios previos, incluso con fármacos antiarrítmicos (FAA), por lo que el uso de procedimientos de ablación debería considerarse en estos ptes.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de 286 ptes derivados a realización de CVE ambulatoria en el HUF desde enero-2014 hasta enero-2022. Entre los objetivos esta valorar en la actualidad el rendimiento clínico de la CVE, factores clínicos asociados a mantener el RS, complicaciones derivadas de la CVE y el uso de FAA y procedimientos de ablación realizados tras la CVE.

Resultados: La edad media fue 62 ± 17 años, con predominio de varones (70%) y alta carga de riesgo cardiovascular (57% HTA, 16% DM tipo 2, 49% dislipemia, 30% obesidad y 28% apnea del sueño). Un 48% presentaban cardiopatía previa y la AI dilatada fue observada en el 69% con un tamaño medio de 43 ± 3 mm. La CVE es efectiva en el 93%, manteniendo el RS al 1, 6, 12 meses, el 60%, 49%, 36,7%. Se realiza una nueva CVE en el 25% y un procedimiento de ablación en el 14%. Las variables asociadas al mantenimiento del RS se observan en tabla. El uso de FAA, la AI no dilatada, la ausencia de cardiopatía estructural y el menor tiempo desde el diagnóstico hasta la CVE son las variables asociadas a mantener el RS. El 70% de los ptes son tratados con FAA (40% flecainida y 8% amiodarona) que no están exentos de complicaciones como el desarrollo de *flutter* IC (24%) e hipertiroidismo (8%) En el seguimiento a 34 ± 29 meses, los pacientes en FA (74%) tienen más riesgo de mortalidad (5 vs 0%, $p = 0,05$), insuficiencia cardiaca (11 vs 2,7%, $p = 0,019$), y disfunción sinusal periprocedimiento (12 vs 3,7%, $p = 0,035$) con respecto al grupo en RS. No se observaron ictus periprocedimiento pero si en el seguimiento (8%).

Características clínicas asociadas al mantenimiento del ritmo sinusal

Características

Ritmo sinusal

Fibrilación auricular p

Edad	62 ± 8	63 ± 9	0,349
Varones	81 (73,6)	61 (66,3)	0,163
Hipertensión	91 (63,6)	52 (36,4)	0,146
DM tipo 2	20 (13,3)	20 (20,4)	0,097
Dislipemia	76 (50,7)	48 (49)	0,448
FA previa	21 (19)	30 (33)	0,008
Obesidad (IMC> 30)	37 (34)	28 (30)	0,337
Neumopatía	133 (9)	244 (28,2)	0,001
Sin cardiopatía	82 (74,5)	51 (55,4)	0,003
ACOD	64 (58,2)	42 (45)	0,051
AI no dilatada (< 40 mm)	41 (38)	20 (22)	0,021
CVE (número)? 1	19 (15,4)	29 (30,5)	0,001
FAA (antiarrítmico)	105 (70,5)	48 (49%)	0,001
Tiempo de diagnóstico a CVE (semanas)	9 ± 13	20 ± 52	0,04

Conclusiones: La CVE es un procedimiento de bajo rendimiento para mantener el RS a pesar del alto de uso de antiarrítmicos. El uso de FAA no está exento de complicaciones como el *flutter* IC que se observa hasta en un tercio de los ptes. Para el mantenimiento del ritmo sinusal en las recaídas de FA se precisa posiblemente de más procedimientos de ablación. Seguimos realizando la CVE en paciente con características clínicas no favorables para el mantenimiento del RS.