



7. COMPARACIÓN DE EVENTOS TRAS TORMENTA ARRÍTMICA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ETIOLOGÍA ISQUÉMICA FRENTE A NO ISQUÉMICA

Fernando Gavilán Domínguez, Ernesto Ruiz Pereira, Pablo Martín Marín, Juan Acosta Martínez, Manuel Frutos López, Alonso Pedrote Martínez, Juan Antonio Sánchez Brotóns, Eduardo Arana Rueda, Carmen González de la Portilla-Concha, Ana María Campos Pareja, Lorena García Riesco, Santiago Fernández-Gordón Sánchez, Miguel Barranco Gutiérrez y Pablo Rojas Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La tormenta arrítmica supone un impacto negativo en el pronóstico de los pacientes, tanto a corto como a medio-largo plazo. Sin embargo, existe poca evidencia que compare diferencias pronósticas entre grupos de etiología isquémica y no isquémica. Por ello, hemos analizado en una cohorte de pacientes con primer episodio de tormenta arrítmica diferencias en la recurrencia de eventos arrítmicos y la mortalidad entre ambos grupos.

Métodos: Obtuvimos una cohorte de pacientes incluidos tras presentar el primer episodio de tormenta arrítmica, con seguimiento prospectivo. Se excluyeron aquellos en contexto de síndrome coronario agudo, y se dividieron en dos grupos según la etiología: isquémica y no isquémica. Una vez obtenida la muestra, se realiza un estudio analítico tipo cohortes mixtas con la intención de observar diferencias de eventos: recurrencia de tormenta arrítmica, recurrencia de terapias por DAI, y mortalidad. Para el análisis, se empleó un test de χ^2 como contraste de hipótesis.

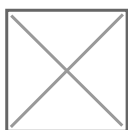
Resultados: Se analizaron a 46 pacientes (edad $69,8 \pm 9,8$) con etiología isquémica y a 51 (edad $56,6 \pm 16,4$) de etiología no isquémica, con una mediana de seguimiento de 34 meses (RIQ 12 - 69). No se observaron diferencias de pacientes sometidos a ablación (30,4 vs 31,4%). Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la recurrencia de tormenta arrítmica: 10 pacientes (21,7%) en isquémicos y 22 (44,9%) en no isquémicos (RR 0,34 [0,14 - 0,84]; IC95%; $p = 0,017$). También se obtuvo la significación en la recurrencia de terapias DAI: 18 pacientes (39,1%) en isquémicos y 30 (61,2%) en no isquémicos (RR 0,41 [0,18 - 0,93]; IC95%; $p = 0,031$). No se alcanzó la significación estadística en la mortalidad: 28 eventos (60,8%) en isquémicos y 25 (49%) en no isquémicos (RR 1,62 [0,72 - 3,63]; IC95%; $p = 0,24$).

Características de los grupos

	No isquémicos (N = 51)	Isquémicos (N = 51)
Edad	$56,6 \pm 16,4$	$69,8 \pm 9,8$

Sexo (M) (%)	11 (21,6)	3 (6,5%)
HTA (%)	27 (52,9)	36 (78,3)
Diabetes (%)	14 (27,5)	23 (50)
Dislipemia (%)	20 (39,2)	31 (67,4)
FEVI	35 ± 13,8	32 ± 11,0
Filtrado glomerular (ml/min/1,73 m ²)	88 ± 26,4	68,7 ± 21,0
IECA/ARA-II (%)	29 (58)	34 (79,1)
INRA (%)	3 (5,9)	8 (17,8)
B-bloqueante (%)	44 (86,3)	39 (84,8)
ARM (%)	17 (33,3)	18 (39,1)
Ablación de sustrato (%)	16 (31,4)	14 (30,4)
Recurrencia de tormenta arrítmica (%)	22 (44,9)	10 (21,7)
	RR 0,34 (0,14-0,84; IC95%) p = 0,017	
Recurrencia de terapias DAI (%)	30 (61,2)	18 (39,1)
	RR 0,41 (0,18-0,93; IC95%) p = 0,031	
Mortalidad (%)	25 (49,0)	28 (60,8)
	RR 1,62 (0,72-3,63; IC95%) p = 0,24	

HTA: hipertensión arterial; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; ARA-II: antagonista del receptor de aldosterona tipo 2; INRA: inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina; ARM: antagonista del receptor mineralcorticoide; DAI: desfibrilador automático implantable; RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza.



Comparación de eventos en no isquémicos frente a isquémicos.

Conclusiones: Nuestro estudio indica que existen diferencias pronósticas entre la tormenta arrítmica de etiología isquémica y no isquémica, con mayor incidencia en la recurrencia de tormenta y terapias DAI en el grupo no isquémico, sin poder probar diferencias en la mortalidad por falta de potencia estadística. Ante estos resultados, sería necesario realizar más estudios que ratifiquen los hallazgos y clarifiquen diferencias en la mortalidad. La hipótesis de una menor tasa de respuesta al tratamiento ablativo en el grupo no isquémico debe analizarse en estudios diseñados para tal propósito.