



9. PREDICTORES DE MORTALIDAD PRECOZ TRAS PRIMER EPISODIO DE TORMENTA ARRÍTMICA

Pablo Martín Marín¹, Ernesto Ruiz Pereira¹, Manuel Frutos López², Juan Antonio Sánchez Brotóns², Carmen González de la Portilla-Concha², Eduardo Arana Rueda², Ana María Campos Pareja², Lorena García Riesco², Juan Acosta Martínez² y Alonso Pedrote Martínez²

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España y ²Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La tormenta arritmogénica (TA) se define como la presencia de 3 o más episodios de arritmias ventriculares o terapias efectivas de DAI en un intervalo menor de 24 h. A pesar de su gran impacto en cuanto a reingresos y mortalidad, no existe evidencia clara al respecto de que grupo de pacientes podría beneficiarse de una intervención precoz. **Objetivos:** describir las características de una cohorte de pacientes atendidos por un primer evento de TA. Identificar eventos, y factores predictores de mortalidad en el primer año.

Métodos: Estudio observacional analítico retrospectivo sobre una cohorte de pacientes ingresados en nuestro centro desde el año 2006-2022 con diagnóstico de primer episodio de TA. Se realizó un seguimiento a largo plazo de estos pacientes (mediana de 3 años). Se estudió la incidencia de mortalidad en el primer año analizando su relación con variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas.

Resultados: Se incluyeron a un total de 97 pacientes (85,6% varones, $62,8 \pm 15,1$ años, 47% isquémicos). 11 pacientes fueron sometidos a ablación de sustrato como estrategia de manejo inicial. Durante el seguimiento en el primer año, 49 (50,5%) pacientes reingresaron y 19 (19,6%) pacientes presentaron recurrencia de TA. Un total de 20 (21%) pacientes fallecieron, con una distribución regular a lo largo del seguimiento; 13 (65%) fallecieron por causa cardiovascular (6 por recurrencia arrítmica). De los pacientes fallecidos, 7 (35%) presentaron recurrencia de tormenta arrítmica, y 8 (40%) recurrencia de terapias de desfibrilador, con un total de 4 pacientes realizándose ablación en el año de su fallecimiento (20%). La mediana de tiempo hasta el fallecimiento fue de 11,2 (10,5-12) meses. Fueron predictores independientes de mortalidad la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) ($p = 0,012$; 0,92 (0,86-0,98)) y el filtrado glomerular (FG) al ingreso ($p = 0,043$; 0,97 (0,95-0,99)). La estrategia de ablación, la recurrencia de tormenta arrítmica, o el tipo de arritmia no se relacionaron con la mortalidad al año.

Relación de variables con mortalidad en el primer año

Variables asociadas a mortalidad	OR (IC95%)	Significación (p)	Multivariado OR	Multivariado p
----------------------------------	------------	-------------------	-----------------	----------------

Edad	1,04 (1,004-1,08)	0,03	1,04 (0,9-1,1)	0,8
Sexo	0,28 (0,3-2)	0,21		NS
HTA	1,5 (0,62-3,6)	0,36		NS
Indicación DAI (prevención 1ª/2ª)	0,56 (0,2-1,3)	0,212		NS
DM	0,86 (0,3-2,1)	0,75		NS
Dislipemia	1,4 (0,5-3,4)	0,43		NS
Vasculopatía periférica	2,88 (0,96-8,6)-	0,059		NS
FG al ingreso	0,97 (0,95-0,99)	0,05	0,97 (0,95-0,99)	0,043
K+	0,86 (0,37-1,9)	0,72		NS
Hemoglobina al ingreso	0,7 (0,55-0,92)	0,011		NS
Cardiopatía Isquémica	2,2 (0,9- 5,7)	0,76		NS
FEVI	0,92 (0,88-0,97)	0,004	0,92 (0,86-0,98)	0,012
NYHA ? II	1,7 (0,67-4,5)-	0,249		NS
Disfunción ventrículo derecho	1,8 (0,6-4,8)	0,24		NS
Recurrencia terapia DAI	1,6 (0,6-2)	0,26		NS
Recurrencia Tormenta	2,2 (0,88-5,5)	0,089		NS
Tormenta por TVMS vs TVP/FV	0,61 (0,22-1,7)	0,35		NS
Ablación	2,35 (0,96-6,7)	0,25		NS

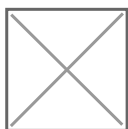
Reingreso

2 (0,5-7,2)

0,25

NS

HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; DAI: desfibrilador automático implantable; FG: filtrado glomerular renal; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; NYHA: Clasificación funcional de la New York Health Association; TVMS: taquicardia ventricular monomorfa sostenida; TVP: taquicardia ventricular polimorfa; FV: fibrilación ventricular.



Curva de supervivencia al año en función de filtrado glomerular al ingreso.

Conclusiones: En nuestro centro, la mortalidad precoz en el primer año de seguimiento se relacionó con una función renal deteriorada y con una FEVI baja. Una estrategia de ablación temprana no supuso un beneficio pronóstico. Es preciso asentar un modelo predictivo en pacientes con tormenta arrítmica para distinguir a aquel grupo en el que la terapia de ablación pueda resultar útil.