

Incidencia y manejo de la tormenta arrítmica en vida real en un hospital terciario

Carmen Martín Domínguez(1), Mario Hernández Cajal(2), Mario Martín Carrero(2), Ignacio Alonso González(2), Alfredo Barrio Rodríguez(1), Daniel Nieto Ibáñez(1), Begoña Aumente Rodríguez(3), Miguel Hernández Hidalgo(1), Marta Alonso Fernández de Gatta(1), Inés Toranzo Nieto(1), David González Calle(1), Eva Dávila Armesto(1) y Francisco Martín Herrero(1) de (1)Unidad de Cuidados Críticos Cardiovasculares. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (2)Universidad de Salamanca, Salamanca - España y (3)Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca - España

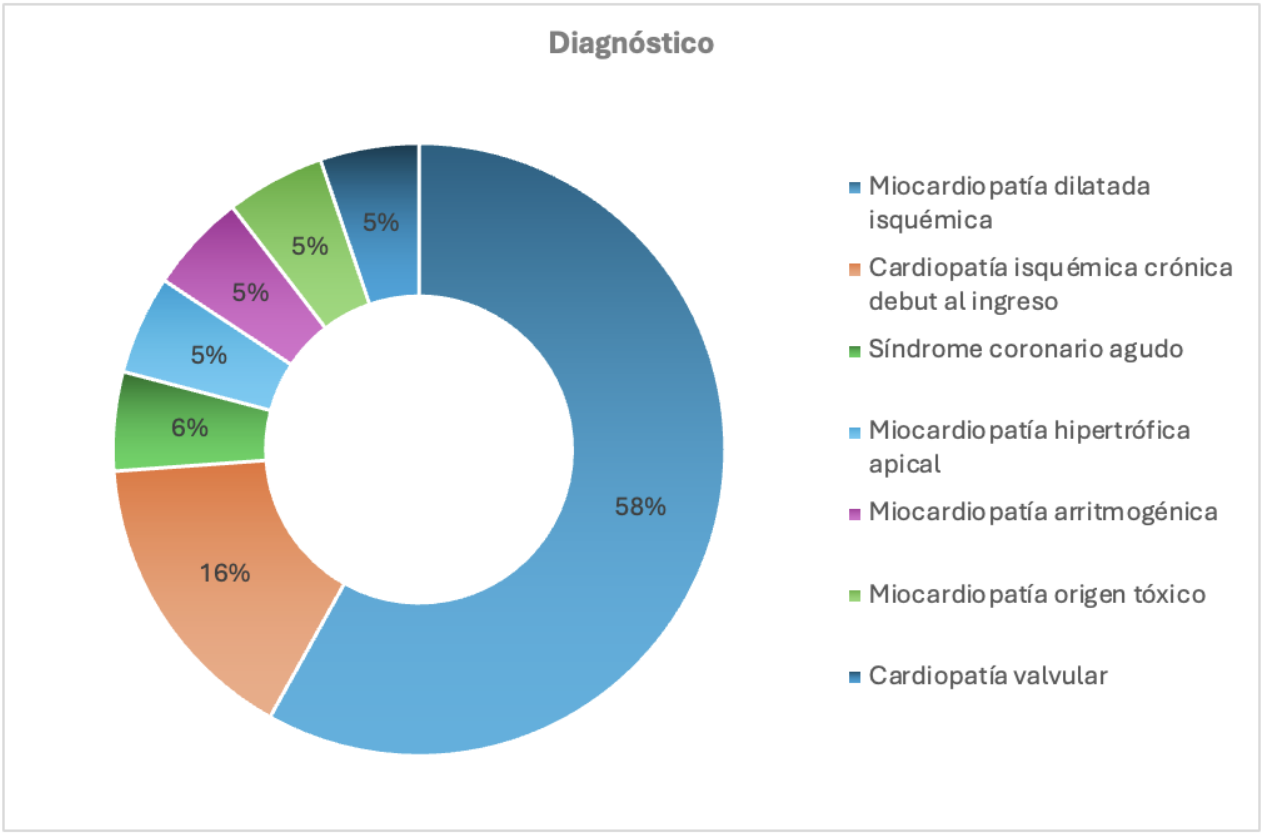
Introducción: La tormenta arrítmica se define como la presencia de más de 3 episodios de taquicardia ventricular/ fibrilación ventricular en 24 horas separados de al menos 5 minutos. Esta entidad lleva asociada una alta morbimortalidad, sin embargo, la presencia de registros en vida real es escasa. Nuestro objetivo fue analizar las características clínicas, evaluar la etiología, tratamiento efectuado, tanto farmacológico como no farmacológico y la supervivencia al alta y en el seguimiento.

Métodos: Se realiza un estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en la unidad de cuidados críticos cardiológicos del Hospital de Salamanca con diagnóstico de tormenta arrítmica durante el año 2025.

Resultados: Se analizan un total de 19 pacientes. La edad media fue de 72 años con un 84% de varones. El 79% tenía HTA, 32% eran diabéticos, el 89% dislipemia y el 79% tabaquismo, el 40% eran fumadores activos.
En la imagen 1 aparece el diagnóstico de los pacientes, el 79% de los casos presentaban cardiopatía isquémica, siendo la etiología no isquémica la menos frecuente.
El 74% presentaron arritmias previas y el 58% portaban DAI. El 74% presentaron taquicardia ventricular monomórfica, el 16% polimórfica y el 11% ambas.
En cuanto al manejo farmacológico, más de la mitad recibieron más de 3 antiarrítmicos diferentes, el 58% sedación consciente, el 32% sedación profunda e intubación, el 21% anestesia del ganglio estrellado y el 16% marcapasos transitorio. Se realizó ablación de sustrato en el 37%, en 1 paciente se realizó endocárdica y epicárdica. El 100% fueron portadores de DAI al alta. El 20% fueron dados de alta con betabloqueantes, 73% con betabloqueantes y amiodarona y 7% betabloqueantes y flecainida.
En cuanto a los eventos en el seguimiento, 4 pacientes (21%) fallecieron durante el ingreso, 1 paciente falleció al año de seguimiento, 6 presentaron recurrencia arrítmica con necesidad de ingreso (31,5%), de los cuales 2 volvieron a tener tormenta arrítmica.

Conclusiones: El ingreso por tormenta arrítmica conlleva una alta mortalidad con una incidencia de eventos no despreciable en seguimiento. La etiología isquémica fue la más frecuente. La mayoría recibieron manejo

combinado tal y como recomiendan las guías actuales de práctica clínica. Resulta necesario desarrollar registros multicéntricos que permitan mejorar, unificar y protocolizar el manejo de estos pacientes



Características y tratamiento efectuado al ingreso

Características basales	
Edad (años)	72 años
Sexo masculino	84% (17)
Arritmias previas •Taquicardia ventricular •Fibrilación auricular •Portador de marcapasos permanente	74%(14) 47% (9) 32% (6) 11%(2)
DAI previo •Prevención primaria •Prevención secundaria	58% (11) 36% (4) 64%(7)
Antiarrítmicos previos •Beta-bloqueante •Beta-bloqueante y amiodarona	84% (16) 100% (16) 20% (3)
Tratamiento médico optimizado (pacientes con MCD, n=13) •Sí (ARNI+ARM+BB+iSGLT2)	 77%(10)
FEVI al ingreso (media) ≤35% 36-50% ≥50%	37% 42%(8) 42%(8) 16%(3)
Tipo de taquicardia ventricular •Taquicardia monomorfa •Taquicardia polimórfica/FV •Ambas	 74% (14) 16%(3) 11% (2)
Descargas de DAI •Antes del ingreso •Post implante de DAI (durante ingreso) •Inapropiadas	 47%(9) 16%(3) 5%(1)
Estancia media hospitalaria (días)	14 (3-45)
Manejo durante ingreso (n=19)	%(n)
Fármacos antiarrítmicos •Amiodarona •Beta-bloqueantes •Procainamida •Flecainida	 95%(18) 100%(19) 58%(11) 11%(2)
Sedación consciente	58%(11)
Sobre-estimulación con marcapasos transitorio	16%(3)
Intubación y sedación profunda	32%(6)
Anestesia ganglio estrellado	21%(4)
Ablación •Endocárdica •Epicárdica	37%(7) 100% (7) 14%(1)
Soporte circulatorio mecánico	5%(1)