



6000-79. RECONEXIÓN AGUDA DE LAS VENAS PULMONARES TRAS SU AISLAMIENTO MEDIANTE CATÉTER Y RADIOFRECUENCIA. IMPACTO DEL USO DE VAINA DEFLECTABLE

Javier Fosch Mur¹, Eduardo Castellanos¹, Mercedes Ortiz¹, Rafael Peinado², Jefferson Salas¹ y Jesús Almendral¹ de la ¹Unidad de Arritmias, Hospital Universitario de Madrid Montepríncipe, Madrid y ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: La reconexión de las venas pulmonares (VP) tras su aislamiento eléctrico es una de las mayores causas de recurrencia tras procedimientos de ablación por catéter de fibrilación auricular (FA) y puede ocurrir incluso minutos después del aislamiento de una VP (reconexión aguda). Un estudio aleatorizado ha demostrado que el uso de vaina deflectable como soporte de un catéter de ablación con radiofrecuencia, aunque no mejoró la tasa de aislamiento agudo, sí disminuye las recurrencias de FA a largo plazo. **Objetivos:** Analizar si el uso de vaina deflectable influye en la tasa de reconexión aguda tras aislamiento de VP.

Métodos: A partir de julio de 2011 usamos sistemáticamente vaina deflectable para la ablación de VP. En nuestra serie de 366 pacientes consecutivos a los que se realizó ablación de FA, se evaluó la posible reconexión aguda en 822 VP. La evaluación se realizó después de completar el aislamiento de todas las VP estudiando la conducción tanto atrio-venosa como veno-atrial utilizando catéter circular. Para este análisis retrospectivo, dividimos las VP en 2 grupos: 418 VP aisladas eléctricamente en pacientes en quienes se usó vaina deflectable frente a 404 VP aisladas eléctricamente en pacientes en quienes no se usó vaina deflectable. En todos los casos se usó catéter irrigado y navegador. Se analizó la reconexión aguda también según que la ablación se realizara durante ritmo sinusal (RS) o durante FA.

Resultados: De los 366 pacientes, 267 (72,9%) permanecían en ritmo sinusal basal versus 101 (27,6%) en fibrilación auricular en el momento del procedimiento ablativo. En ambos grupos con y sin uso de vaina dirigida el promedio de edad fue similar (57,5 a. vs 55,5 a.), al igual que la prevalencia de FA paroxística (73,1% vs 71,1%) y dilatación de aurícula izquierda (27,9% vs 32,2%).

Conclusiones: La reconexión aguda de venas pulmonares, en menos de 1 hora desde su aislamiento, es un fenómeno frecuente, tras ablación con radiofrecuencia. El uso de vaina deflectable disminuye de forma significativa las reconexiones agudas, lo que contribuye a explicar la menor tasa observada de recurrencias de FA tras ablación empleando esta tecnología. Esta disminución ocurre tanto si la ablación se ha realizado durante RS como si se ha realizado durante FA.

Reconexión venosa y vaina dirigida. Resultados

		Con vaina deflectable	Sin vaina deflectable
Todos los pacientes (n = 366)	Número de VP aisladas	418	404
	Reconexión aguda	15,3%*	23,7%*
Pacientes en RS	Número de VP aisladas	232	186
	Reconexión aguda	12% †	21% †
Pacientes en FA	Número de VP aisladas	186	164
	Reconexión aguda	19%**	34%**
**p = 0,002	*p = 0,003	†p = 0,0198	

6000-80 <T>Predictores de mortalidad cardiaca asociada a las descargas en pacientes con DAI y disfunción sistólica <A>Javier Jiménez Candil, Ana Martín García, Claudio Ledesma García, Juan Carlos Rama Merchán, José Ángel Pérez Rivera, José Luis Moríñigo Muñoz y Cándido Martín-Luengo del IBSAL-Hospital Universitario, Salamanca.

Introducción: Las descargas (DES) se asocian a un incremento en la mortalidad cardiaca (MC) por insuficiencia cardiaca (ICC) en pacientes (P) portadores de un DAI y disfunción ventricular sistólica (DVS). Se ha postulado que este efecto negativo puede ser en parte debido a la activación simpática que sigue a la DES, que ocasiona taquicardia, disfunción endotelial e isquemia. Así, el tratamiento betabloqueante (T-BB) ejercería un efecto protector.

Métodos: En este estudio prospectivo analizamos 416 ICD P con DAI monocameral y FEVI < 45% (edad: 65 ± 12; FEVI: 30 ± 8; clase funcional: 63%; prevención primaria: 63%; infarto previo: 62%; T-BB: 79%) que no sufrieron cambios en el T-BB desde el implante. La programación del DAI fue estandarizada, incluyendo terapias de estimulación antitaquicardia para TV rápidas y lentas. Determinamos el T-BB en cada intervención del DAI. Los P se clasificaron en tres grupos: no DES (64%, grupo A), DES bajo T-BB (25%, grupo B) y al menos una DES sin T-BB (11%, grupo C).

Resultados: Durante el seguimiento se documentaron 1.597 intervenciones del DAI, 1511 (89%) de las cuales fueron terapias apropiadas. Un total de 473 (30%) eventos se sustanciaron en al menos una DES (18% fueron inapropiadas). La MC acumulada fue 73/416 (18%), la supervivencia media desde el implante fue de 85 ± 3 meses. ICC fue la causa de muerte en el 90%. MC fue mayor en los P con DES: 28% vs 12% (p < 0,001, log-rank test), pero tras ajustar por el T-BB, MC fue: 12% (grupo A) vs 17% (grupo B) vs 55% (grupo C); p < 0,001 para C vs A-B; p = ns para A vs B. Entre los P con DES, la supervivencia tras la primera DES fue mayor en los pacientes bajo T-BB, media (95% intervalo de confianza): 80 meses (70-91) vs 40 meses (29-51); p < 0,001 (log-rank test). En un análisis multivariante (regresión de Cox), que incluyó la FEVI, indicación, etiología, CF (I vs II-III), tratamiento médico, número de DES y arritmia causante de la DES, la CF II-III (OR = 2,9; p = 0,001) y el T-BB (OR = 0,3; p < 0,001) aparecieron como predictores independientes de CM tras la primera DES.

Conclusiones: Las DES aumentan la MC en P en mala situación funcional y en aquéllos sin T-BB. Por tanto, el estado de activación simpática podría jugar un papel central en el daño miocárdico mediado por las DES.