



## 6003-70. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, ELÉCTRICA Y ECOCARDIOGRÁFICA DE LOS PACIENTES CON BLOQUEO INTERAURICULAR AVANZADO

Delicia Inés Gentile Lorente y Teresa Salvado Usach, del Hospital Verge de la Cinta, IISPV, Tortosa (Tarragona).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente y su incidencia y prevalencia futuras aún aumentarán debido al envejecimiento poblacional, al aumento de las entidades que la causan y a una mayor detección de las FA silentes. El haz de Bachmann es la vía de conducción interauricular mayoritaria; el retardo en su conducción da lugar al bloqueo interauricular (BIA) parcial (BIAp) (onda P  $\geq$  120 mseg) y su interrupción al avanzado (BIAa) (P  $\geq$  120 mseg y bifásica +-en II- III-VF). El BIAa se asocia a presentar arritmias supraventriculares, en especial FA (síndrome de Bayés), convirtiéndose así en potente predictor del desarrollo de FA, de accidente cerebrovascular (ACV) cardioembólico e insuficiencia cardíaca.

**Métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que incluyó a 141 pacientes, en ritmo sinusal, visitados por primera vez en cardiología durante 2 años; se detectaron así 45 BIAa, seleccionándose, por ello, una muestra de pacientes consecutivos con BIAp y sin BIA. Se registró la edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de cardiopatía isquémica, FA y ACV, entre otros, y parámetros electrocardiográficos y ecocardiográficos.

**Resultados:** La tabla muestra las variables que, tras análisis bivariado, se asociaron significativamente al BIAa y los siguientes hallazgos: no se detectó asociación con el antecedente de FA/flutter pero la mayoría de los pacientes con FA persistente y todos los flutter pertenecieron a este grupo, al igual que 7 de los 8 pacientes con ACV de la serie (3 con antecedente de FA y 4 no). El análisis multivariado objetivó que las variables asociadas a riesgo de presentar un BIAa fueron la edad  $\geq$  65 años (*odds ratio* [OR] = 7,4; p = 0,015), la dilatación de la aurícula izquierda (OR = 6,1; p = 0,003), la diabetes (OR = 5,2; p = 0,006) y la disfunción diastólica (OR = 3,0; p = 0,039).

	P normal (n = 51)	BIA parcial (n = 45)	BIA avanzado (n = 45)	p
Edad (años) X $\pm$ DE	60,0 $\pm$ 13,3	66,5 $\pm$ 11,3	75,8 $\pm$ 7,0	0,0001 <sup>a</sup>
Edad $\geq$ 65 años n (%)	22 (44,0)	28 (65,1)	41 (93,2)	0,0001 <sup>b</sup>

HTA n (%)	28 (54,9)	29 (64,4)	40 (88,9)	0,001 <sup>b</sup>
Diabetes n (%)	7 (13,7)	5 (18,5)	15 (33,3)	0,014 <sup>b</sup>
FG (ml/min) X ± DE	89,0 ± 24,5	78,3 ± 19,7	73,1 ± 20,7	0,003 <sup>a</sup>
ERC estadio ≥ 2 (FG 90 ml/min) n (%)	20 (43,5)	30 (68,2)	35 (79,5)	0,001 <sup>b</sup>
FA/flutter n (%)	22 (43,1)	13 (28,9)	14 (30,4)	0,266 <sup>b</sup>
FA paroxística n (%)	21 (53,8)	10 (25,6)	8 (20,5)	n.a. <sup>b</sup>
FA persistente n (%)	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50,0)	n.a. <sup>b</sup>
Flutter n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	n.a. <sup>b</sup>
ACV cardioembólico o de causa desconocida n (%)	0 (0,0)	1 (2,2)	7 (15,2)	n.a. <sup>b</sup>
Bloqueo auriculoventricular n (%)	2 (3,9)	3 (6,7)	13 (28,3)	0,001 <sup>b</sup>
Bloqueo de rama del haz de His n (%)	7 (13,7)	15 (33,3)	14 (30,4)	0,055 <sup>b</sup>
Septo IV sigmoideo n (%)	3 (5,9)	5 (11,1)	13 (28,3)	0,006 <sup>b</sup>
FEVI X ± DE	61,9 ± 7,0	57,2 ± 12,6	62,5 ± 9,8	0,024 <sup>a</sup>
Disfunción diastólica n (%)	15 (30,6)	17 (40,5)	28 (73,7)	0,0001 <sup>b</sup>
Volumen biplano AI indexado X ± DE	30,1 ± 8,7	36,9 ± 9,5	38,6 ± 9,4	0,002 <sup>a</sup>
AI dilatada n (%)	16 (31,4)	29 (64,4)	32 (78,0)	0,0001 <sup>b</sup>
Calcificación del anillo mitral n (%)	3 (5,9)	3 (6,7)	10 (21,7)	0,024 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>ANOVA; <sup>b</sup>χ<sup>2</sup>; ACV: accidente cerebrovascular; AI: aurícula izquierda; ERC: enfermedad renal crónica; FA: fibrilación auricular; FG: filtrado glomerular; IV: interventricular; n.a.:no aplicable.

**Conclusiones:** Los factores de riesgo para padecer un BIAa son tener > 65 años, ser diabético, tener la aurícula izquierda dilatada y tener disfunción diastólica ventricular. Los pacientes con BIAa presentan una mayor prevalencia de ACV cardioembólico o de causa desconocida aún sin tener el antecedente de FA documentada, lo que podría deberse a su infradiagnóstico; se pone así de manifiesto la necesidad que existe de clarificar si también han de anticoagularse estos pacientes.