



5012-7. LA ESTIMULACIÓN VENTRICULAR PODRÍA SER UN NUEVO PREDICTOR DE RESPUESTAS AURICULARES RÁPIDAS EN PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS

Camila Sofía García Talavera, Ana Devesa Arbiol, Juan Benezet-Mazuecos, José Antonio Iglesias, Juan José de la Vieja Alarcón, Elena Serrano, Pepa Sánchez-Borque, Ángel Miracle y José Manuel Rubio-Campal, del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los episodios de frecuencia rápida auricular (EFRA) se detectan con frecuencia en pacientes con marcapasos sin antecedentes de arritmias auriculares. Muchos de estos EFRA corresponden a la fibrilación auricular (FA) subclínica, que se ha demostrado que se asocia con un mayor riesgo de ictus cardioembólico. El objetivo de nuestro estudio fue determinar si el porcentaje de estimulación ventricular (VP) en pacientes con marcapasos bicameral y sin antecedentes de FA está relacionado con el desarrollo de FA subclínica (expresada como EFRA) y FA clínica (ECG documentado).

Métodos: Los pacientes se incluyeron de forma prospectiva entre febrero de 2012 y septiembre de 2015 después de los controles de marcapasos rutinarios y seguidos luego. Se excluyeron los pacientes con FA documentada en un ECG previo. El seguimiento se realizó 3 meses después de la inclusión y luego cada año. AHRE (FA subclínica) se definió como un episodio de frecuencia auricular ≥ 225 lpm con una duración mínima de 5 min. La FA clínica se definió como FA documentada por ECG. El porcentaje de VP se determinó como VP promedio durante las primeras 3 visitas. También se registraron la mortalidad y los eventos cardiovasculares (incluyendo fibrilación auricular, y hospitalización por insuficiencia cardiaca).

Resultados: Se incluyeron 249 pacientes (edad media 75 años, 57% varones). El tiempo promedio desde el implante del marcapasos fue de 9,2 meses. Después de un seguimiento medio de $33,2 \pm 11,2$ meses, el 38,5% de los pacientes desarrollaron EFRA y el 10,4% de FA clínica. Los pacientes con VP $\geq 50\%$ presentaron un riesgo significativamente mayor de desarrollar EFRA (46,4 frente a 31,6%, $p = 0,03$) y FA (25,9 frente a 9,7%, $p = 0,051$). Los pacientes con VP $\geq 50\%$ tenían casi 2 veces más riesgo de desarrollar EFRA (OR 1,87, IC95% [1,10-3,24] $p = 0,02$) y casi 3 veces más riesgo de desarrollar FA clínica (OR 2,7; IC95% [1,13-7,72] $p = 0,03$). Como era de esperar, el bloqueo AV fue la razón principal para el implante de marcapasos en pacientes con VP $\geq 50\%$. No se encontraron diferencias significativas en eventos cardiovasculares o mortalidad.

Odds ratio con VP (50%)

Variables	OR	IC95%	p
-----------	----	-------	---

EFRA	1,87	1,10-3,24	0,02
Eventos CV	1,33	0,75-2,40	0,32
FA	2,74	1,13-7,72	0,03
Mortalidad	1,11	0,57-2,22	0,74

CV: cardiovascular; EFRA: episodios de frecuencia rápida auricular; FA: fibrilación auricular.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que la estimulación ventricular ? 50% es un marcador de riesgo para el desarrollo de FA subclínica (EFRA) y FA clínica en pacientes con marcapasos bicamerales y sin antecedentes de taquiarritmias auriculares.