



Revista Española de Cardiología



6048-8. ABLACIÓN DEL NÓDULO AURÍCULOVENTRICULAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FIBRILACIÓN AURICULAR PERMANENTE: ¿CUÁNTO DEBEMOS ESPERAR?

Macarena Otero Escudero¹, María Guisasola Cienfuegos¹, Aníbal Ruiz Curiel¹, Carmen Romero Ferreiro², Javier Ramos Jiménez¹, Álvaro Marco del Castillo¹, Adolfo Fontenla Cerezuela¹, Luis Borrego Bernabé¹, María López Gil¹, Rafael Salguero Bodes¹, Fernando Arribas Ynsaurriaga¹ y Daniel Rodríguez Muñoz¹

¹Servicio de Cardiología; ²Servicio de Estadística, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente en adultos, y se asocia a un aumento de morbilidad y mortalidad. En concreto, los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y FA permanente presentan un riesgo aumentado de muerte y hospitalización por causas cardiovasculares. Las guías de práctica clínica recomiendan una frecuencia cardiaca (FC) en reposo ≤ 110 lpm, ya que un control más estricto de FC (40%) sometidos a estrategia de *ablate-and-pace* en nuestro centro.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva aquellos pacientes que se sometieron a ablación del NAV e implante de marcapasos permanente desde agosto de 2020 hasta mayo de 2021. Se excluyeron aquellos pacientes que presentasen una indicación diferente para la estimulación ventricular. Se recogieron sus características demográficas y clínicas, incluyendo el tipo de arritmia y FC basal (fig.). Se analizó la incidencia de hospitalizaciones por todas las causas, hospitalizaciones por IC, tratamiento diurético y visitas al Servicio de Urgencias (SU) debidas a causas cardiovasculares en el año previo e inmediatamente posterior al procedimiento (tabla).

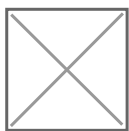
Resultados: Entre los 79 pacientes incluidos, 53 tenían IC con FEVI conservada. Se observó una reducción significativa en las hospitalizaciones por todas las causas, hospitalizaciones por IC y visitas al SU por causas cardiovasculares en el año posterior al procedimiento, comparadas con el año previo. No se observaron cambios significativos en el uso de diuréticos.

Objetivos primarios (n = 53)

	Preprocedimiento	Posprocedimiento	p
Hospitalizaciones por todas las causas	$1,53 \pm 1,64$	$0,40 \pm 1,00$	.0001
Hospitalizaciones por IC	$0,83 \pm 0,99$	$0,15 \pm 0,36$	.0001

Uso de diuréticos	0,90 ± 0,78	0,89 ± 0,72	0,8335
Visitas a Urgencias por causas cardiovasculares	2,72 ± 2,22	0,45 ± 0,83	.0001

Datos mostrados como media ± desviación estándar. IC: insuficiencia cardiaca.



Datos clínicos y demográficos de los pacientes con FEVI ? 40% (n = 53).

Conclusiones: La ablación del NAV con estimulación ventricular puede mejorar los resultados clínicos en pacientes con IC y FA permanente independientemente de la FEVI. Cabe preguntarse si retrasar esta estrategia puede tener efectos deletéreos en esta población.