

6027-16. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA CONDUCCIÓN AURICULOVENTRICULAR EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PERMANENTE SOMETIDOS A TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Miguel Cayetano Amores Luque¹, Cristina García Sebastián¹, Gonzalo Alonso Salinas², Héctor Manjón Rubio¹, Cristina Lozano Granero¹, Marta Jiménez-Blanco Bravo¹, Jesús Álvarez García¹, David Cordero Pereda¹, Susana del Prado Díaz¹, Eduardo Franco Díez¹, Javier Moreno Planas¹ y José Luis Zamorano Gómez¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña, Navarra.

Resumen

Introducción y objetivos: La terapia de resincronización cardiaca (TRC) ha demostrado reducir morbilidad y disminuir la sintomatología en pacientes seleccionados con disfunción ventricular y QRS ancho. Sin embargo, en el subgrupo de pacientes con fibrilación auricular (FA) los datos son contradictorios, debido entre otros a una peor resincronización a causa de la conducción variable a través del nódulo auriculoventricular (NAV). Pese a ello, la ablación del NAV no está indicada en estos pacientes salvo dificultad para el control de la frecuencia cardiaca.

Métodos: Se incluyeron 41 pacientes consecutivos con antecedente de FA permanente a los que se implantó TRC y que fueron seguidos por la Unidad de Insuficiencia Cardiaca. Las variables clínicas y ecocardiográficas se obtuvieron antes del implante del dispositivo y tras un año de seguimiento junto al porcentaje de estimulación ventricular. El objetivo fue evaluar la influencia de estar en ritmo de FA con conducción preservada frente a aquellos con FA dependiente de estimulación por bloqueo del NAV.

Resultados: La tabla resume las características de la cohorte y los resultados del análisis univariante. No hubo diferencias significativas en cuanto a la edad, sexo u origen de la disfunción ventricular. Los pacientes con FA y conducción preservada presentaron una tendencia, aunque no estadísticamente significativa, a un peor porcentaje de estimulación ventricular que aquellos dependientes de estimulación (92,0 vs 96,7%; $p = 0,21$). Así mismo se objetivó también una tendencia hacia una menor mejoría de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) (7,47 vs 10,01%; $p = 0,55$), una menor reducción del volumen telediastólico del VI (22,3 ml vs 42,3 ml; $p = 0,38$) y una menor reducción del diámetro telediastólico del VI (2,9 vs 5,1 mm; $p = 0,49$). En cuanto a las variables clínicas destacó una mayor mortalidad en el grupo de pacientes con FA y conducción preservada (fig.).

Resultados del análisis

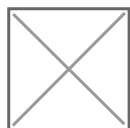
FA con conducción por
NAV

FA dependiente de
estimulación

p

Edad, años (mediana, RIQ)	80 (68-80)	77 (73-84)	0,13
Sexo femenino, n (%)	10 (37%)	2 (14%)	0,16
Porcentaje de estimulación ventricular (%), IC	92,05% (84-99)	96,7% (94-99)	
Mejoría FEVI (%) (media, DE)	7,47; 10,3	10,01; 12,00	0,55
Mejoría VTDVI, ml (media, DE)	22,35; 55	42,37; 49	0,38
Mejoría DTDVI, mm (media, DE)	2,9; 6,1	5,1; 6,3	0,49
Mejoría VTSVI, ml (media, DE)	31,8; 49	31,7; 75	0,99
Muertes, <i>log rank</i>	2	0	0,044

FA: fibrilación auricular; NAV: nódulo auriculoventricular; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; VTDVI: volumen telediastólico de VI; DTDVI: diámetro telediastólico de VI; VTSVI: volumen telesistólico de VI.



Curva de supervivencia.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a TRC y que tienen FA con conducción preservada a través del NAV podrían presentar un menor porcentaje de resincronización y un menor beneficio clínico y ecocardiográfico que aquellos con FA y conducción bloqueada a través del NAV, pudiendo la ablación del NAV aportar beneficio en este grupo de pacientes. Se necesita un estudio con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.