



5025-5. ABLACIÓN TEMPRANA DEL NODO AV COMPARADA CON EL CONTROL FARMACOLÓGICO DE LA FRECUENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON TRC Y FA. RESULTADOS DEL SPARE III, UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO ALEATORIZADO

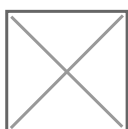
María Emilce Trucco¹, José María Tolosana¹, Antonio Hernández Madrid², José Toquero³, José Luis Merino⁴, Joaquín Osca⁵, Aurelio Quesada⁶, José Martínez Ferrer⁷, Roger Villuendas⁸, Jordi Pérez⁹ y Lluís Mont Gibrau¹ del ¹Hospital Clínic de Barcelona, ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ³Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid, ⁵Hospital Universitario La Fe, Valencia, ⁶Hospital Universitario General de Valencia, ⁷Hospital Universitario Txagorritxu, Vitoria, ⁸Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona y ⁹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Para obtener una buena respuesta a la terapia de resincronización cardiaca (TRC) es necesaria la máxima de estimulación ventricular (EV). En los pacientes con TRC y fibrilación auricular (FA) se recomienda la ablación del nodo auriculoventricular. El objetivo del estudio fue analizar si la ablación temprana del nodo AV (AbNAV) en pacientes con FA e insuficiencia cardiaca (ICC) mejora la respuesta a la TRC.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, aleatorizado y multicéntrico; en el cual se analizó una cohorte de pacientes en FA tratados con TRC. Los criterios de inclusión fueron: FA permanente, clase funcional NYHA III-IV, QRS > 120 ms y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) > 35%. Se excluyeron los pacientes con FA rápida con frecuencia cardiaca (FC) no controlada o pacientes con FA y FC lenta que requiriesen estimulación ventricular. Tras el implante de la TRC, los pacientes fueron asignados al azar a AbNAV o control farmacológico (CF) para reducir la FC. Todos los pacientes fueron evaluados clínica y ecocardiográficamente antes del implante y a los 6 y 12 meses de seguimiento. Fueron definidos como respondedores los supervivientes a los 12 meses que no requirieron trasplante cardiaco y que presentaron reducción del volumen telesistólico del ventrículo izquierdo (VTSVI) > 10%.

Resultados: Se analizó una cohorte de 60 pacientes consecutivos que se asignaron al azar a AbNAV (30) o CF (30). El porcentaje de EV a los 6 y 12 meses fue del 99 y 99%, respectivamente, en el grupo AbNAV y 96 y 95% en el grupo de CF (p: NS). Durante el seguimiento, el 20% de los pacientes del grupo de CF requirió AbNAV. A los 12 meses de seguimiento, no hubo diferencias entre los grupos en el porcentaje de respondedores: 12/30 (40%) en el grupo AbNAV y 10/30 (33%) en el grupo de CF (RR 1,2, IC95% [0,6-2,3], p = 0,79). La mejoría de la FEVI fue similar entre los grupos (fig.). En cada grupo 2/30 pacientes fallecieron (6,6% de mortalidad); 1 paciente de AbNAV requirió trasplante cardiaco. Los ingresos hospitalarios también fueron similares entre los grupos de estudio: 8/30 (26,6%) en el grupo AbNAV y 8/30 (26,6%) en el de CF.



Evolución de la FEVI en pacientes con FA y TRC.

Conclusiones: En comparación con una estrategia de CF, la AbNAV en pacientes con FA y TRC no mejoró la respuesta a la TRC.