



6003-75. PROGRESIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA A PERSISTENTE EN PACIENTES CON DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

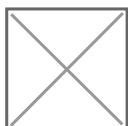
José María Lillo Castellano¹, Juan José González-Ferrer², Javier Jiménez-Díaz³, Luisa Pérez-Álvarez⁴, José Bautista Martínez-Ferrer⁵, Aníbal Rodríguez⁶, Xavier Viñolas⁷ y David Filgueiras-Rama¹, del ¹Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Madrid, ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ³Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, ⁴Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, ⁵Hospital Universitario Araba, Álava, ⁶Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife (Tenerife) y ⁷Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La progresión de fibrilación auricular (FA) paroxística a persistente se asocia a un desarrollo del remodelado eléctrico del tejido auricular tras sufrir episodios paroxísticos repetidos. En la actualidad, las nuevas herramientas de monitorización remota ofrecen una nueva posibilidad para describir esta progresión de forma personalizada. Este estudio tiene como objetivo obtener los registros personalizados de pacientes para monitorizar su progresión individual hacia FA persistente. Para ello, se estudia la frecuencia de activación auricular (FAA) en episodios de FA paroxística y persistente y su tasa de aceleración para cuantificar la progresión a FA persistente.

Métodos: Datos obtenidos de un registro multicéntrico (51 hospitales) y observacional en el que incluyeron 4.600 pacientes portadores de desfibrilador automático implantable (DAI). Se analizaron 120.000 registros (transmisiones remotas y episodios arrítmicos) mediante una herramienta de *software* para filtrar e identificar los pacientes con episodios de FA. Dos expertos independientes cuantificaron la FAA mediante el valor de frecuencia dominante (FD) computado en el electrograma auricular registrado por los DAIs. La tasa de aceleración en el valor de FD desde episodios de FA paroxística a persistente fue utilizada como marcador de progresión del remodelado eléctrico, ajustándola a una función logística generalizada. Solo los pacientes con progresión de FA paroxística a persistente fueron incluidos en el análisis.

Resultados: En 791 pacientes se identificaron episodios de FA. Sin embargo, solo 225 pacientes con 13.235 registros fueron útiles para el análisis (seguimiento mediano de 42 meses, rango intercuartil [26; 56] meses). El valor de FD en FA persistente fue un 31,1 [24,3; 41,0]% superior al de los episodios paroxísticos de FA antes del remodelado eléctrico (6,5 [5,8; 7,1] Hz frente a 4,3 [3,7; 4,9] Hz, respectivamente). El periodo de transición de FA paroxística a persistente fue de 6,8 [3,8; 12,6] meses. La tasa de aceleración mediana del remodelado fue de 0,25 Hz/mes, con rangos de progresión variable paciente-específicos de 0,15 y 0,51 Hz/mes (figura).



Tasa de aceleración de FD desde FA paroxística a persistente.

Conclusiones: La tasa de aceleración de la FAA permite monitorizar de forma individualizada la progresión de FA paroxística a persistente.