



6001-100. AUMENTO DEL INTERVALO AURICULOVENTRICULAR EN PORTADORES DE MARCAPASOS POR ENFERMEDAD DEL NODO SINUSAL: CONSECUENCIAS CLÍNICAS

Fernando Domínguez Rodríguez, Víctor Castro Urda, Montserrat Labarta Echegoyen, Sofía Cuenca Parra, Hugo Emilio Delgado, Jorge Toquero Ramos, Isabel Zegri Reiriz e Ignacio Fernández Lozano del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción: En la enfermedad del nodo sinusal (ENS), la práctica habitual es el implante de marcapasos bicamerales, por el beneficio clínico que aportan frente a la estimulación ventricular única. Asimismo, debido a los efectos hemodinámicos adversos del exceso de estimulación ventricular (EV), existe una tendencia a prolongar el intervalo auriculoventricular (AV). Estudios recientes sugieren que el PR largo podría incrementar los ingresos por insuficiencia cardiaca (IC), por lo que objetivo del presente estudio es analizar el efecto del intervalo AV sobre la IC en portadores de marcapasos por ENS.

Métodos: Incluimos 36 pacientes (58.3% mujeres, 41,7% varones) portadores de marcapasos bicamerales por ENS seguidos mediante monitorización remota y en consultas externas de cardiología. Analizamos de forma retrospectiva los ingresos por insuficiencia cardiaca posteriores al implante y los parámetros de programación del marcapasos.

Resultados: La edad media fue de $79,1 \pm 6,8$ años y la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) media estaba conservada ($57,7 \pm 7,4$). El 69,4% se encontraba en clase funcional I de la NYHA y el 33% tenía fibrilación auricular (FA) paroxística previa al implante. El 38,9% contaba con algoritmos de prevención de estimulación ventricular (DDDR-AAIR, DDI-AAI). Tras un seguimiento medio posterior al implante de $15,24 \pm 10,08$ meses el 13,9% ingresó por IC. La mayoría de los pacientes que ingresaron (80%) tuvieron FA en el seguimiento y el intervalo AV programado fue significativamente más largo. (Ver tabla adjunta). El área bajo la curva (ABC) ROC del intervalo AV a 140 lpm para predecir el ingreso por IC fue de 0,8, con el punto de corte óptimo en 200 ms (sensibilidad: 80%, especificidad: 86%, IC95%: 0,57-1) (fig.). No se observaron diferencias significativas entre el porcentaje de estimulación ventricular en ambos grupos, en el porcentaje de pacientes con algoritmos de supresión de estimulación ventricular (DDDR-AAIR, DDI-AAI) ni en la FEVI media.



Figura. Curvas ROC: Intervalo AV a 60 lpm y 140 lpm como predictor de ingresos por insuficiencia cardiaca.

Comparación de pacientes ingresados y no ingresados por IC posimplante de marcapasos

	Ingreso por IC	No ingreso por IC	p
Edad (años)	80,8 ± 8,56	78,84 ± 6,6	NS
FEVI (%)	54,4 ± 8,17	58,04 ± 7,65	NS
% varones	20%	45,2%	NS
Pacientes con cambio de modo DDD/AAI	20%	41,9%	0,35
Pacientes con FA en el seguimiento (%)	80%	25,8%	0,005
Estimulación ventricular (%)	37,6 ± 32,38	49,62 ± 42,19	NS
Retardo AV a 60 lpm (ms)	244 ± 36,47	214 ± 43,38	0,15
Retardo AV a 140 lpm (ms)	226 ± 57,27	160 ± 45,06	0,006

AV: Auriculoventricular, FA: Fibrilación auricular, FEVI: Fracción de eyección de ventrículo izquierdo, NS: No significativo.

Conclusiones: El aumento del intervalo AV en portadores de marcapasos por ENS se lleva a cabo para disminuir los efectos adversos de la estimulación ventricular innecesaria, pero una prolongación excesiva del mismo podría incrementar los ingresos por IC (estableciendo un punto de corte de 227 ms a 60 lpm y 200 ms a 140 lpm).