



6001-99. ESTIMULACIÓN VENTRICULAR Y RETARDO AURICULOVENTRICULAR: ¿NOS AYUDAN A PREDECIR FIBRILACIÓN AURICULAR EN PORTADORES DE MARCAPASOS POR ENFERMEDAD DEL NODO SINUSAL?

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

Resumen

Introducción: La enfermedad del nodo sinusal (ENS) es una de las principales indicaciones de implante de marcapasos. Los beneficios de la programación DDDR frente a VVIR en cuanto a la reducción de fibrilación auricular (FA) han sido ampliamente demostrados y se atribuyen a la sincronía aurículo ventricular (AV). La práctica habitual es el implante de marcapasos bicamerales en ENS, pero la incidencia de FA en el seguimiento sigue siendo elevada. El objetivo de este estudio es analizar el porcentaje de estimulación ventricular y el retardo AV como predictores de aparición de FA en pacientes con ENS, portadores de marcapasos bicamerales.

Métodos: Se incluyeron 36 pacientes (58,3% mujeres, 41,7% varones) portadores de marcapasos bicamerales por ENS seguidos mediante monitorización remota. Se analizó de forma retrospectiva la aparición de FA posterior al implante.

Resultados: El 33,3% de los pacientes tenía FA paroxística previa al implante y el 38,9% contaba con algoritmos de prevención de estimulación ventricular (DDDR-AAIR, DDI-AAI). Tras un seguimiento medio de $15,24 \pm 10,08$ meses, el 27,8% presentó FA (80% con FA previa, 20% sin FA previa). El 33,3% de los pacientes con FA previa no la presentó durante el seguimiento. El grupo de pacientes con FA previa y recurrencia en el seguimiento presentó mayor porcentaje de estimulación ventricular (EV) que el grupo con FA previa sin recurrencia (tabla y fig.). Ambos grupos presentaron 33,3% de pacientes con programación DDDR-AAIR o DDI-AAI. El área bajo la curva (ABC) ROC de la EV para predecir el desarrollo de FA fue de 0,84, con el punto de corte óptimo en 21,5% de EV (Sensibilidad (S): 87,5% Especificidad (E): 75%, IC95%: 0,63-1) Entre los pacientes sin FA previa (66,6%) el intervalo AV programado fue mayor entre los que desarrollaron la arritmia. El ABC ROC es de 0,83, seleccionando el punto de corte de 240 ms (S: 100% E: 73%, IC95%: 0,59-1) para predecir el desarrollo de FA (tabla y fig.).

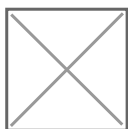


Figura. Curvas ROC. Estimulación ventricular como predictor de FA en pacientes con FA previa y retardo AV a 60 lpm como predictor de FA en pacientes sin FA previa.

Comparación entre pacientes con/sin FA en el seguimiento

	No FA en seguimiento	FA en seguimiento	p
Edad (años)	78,12 ± 5,1	81,7 ± 8,9	NS
FEVI (%)	57,1 ± 8,9	58,1 ± 3,2	NS
% Varones	46,2	30	NS

FA paroxística previa (33,3%)

Estimulación ventricular (%)	17 ± 25,5	60 ± 25	0,0047
Retardo AV a 60 lpm (ms)	202,5 ± 20,61	215 ± 33,8	0,5
Retardo AV a 140 lpm (ms)	150 ± 20	186 ± 49,8	0,1

No FA paroxística previa (66,6%)

Estimulación ventricular (%)	48,85 ± 41	68,54 ± 25	NS
Retardo AV a 60 lpm (ms)	218 ± 47,5	275 ± 35,4	0,1
Retardo AV a 140 lpm (ms)	162,3 ± 49	220 ± 113	0,1

AV: Auriculoventricular, FA: Fibrilación auricular, ms: milisegundos.

Conclusiones: El porcentaje de estimulación ventricular es un buen predictor de desarrollo de FA en pacientes portadores de marcapasos por ENS y FA paroxística previa. Por otro lado, en pacientes sin FA previa, el intervalo AV se perfila como un mejor predictor de eventos. Ambos pueden ser utilizados en el futuro para tratar de evitar FA en el seguimiento de estos pacientes.