



6001-118. PÉRDIDA DEL MODO DDD A LARGO PLAZO: INCIDENCIA Y FACTORES RELACIONADOS

Sandra Mayordomo Gómez, Roberto Martín Asenjo, Ricardo Salgado Aranda, Raúl Coma Samartín, José Manuel Montero Cabezas, Belén Díaz Antón, Belén Rubio Alonso y Jesús Rodríguez García del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El modo DDD se considera el paradigma de la estimulación cardiaca (EC) fisiológica. No obstante, el implante de un marcapasos (MP) bicameral se asocia a mayor complejidad, coste superior y riesgo de complicaciones más elevado.

Objetivos: Evaluar la persistencia del modo DDD en un grupo no seleccionado de pacientes e identificar factores relacionados con la pérdida de dicho modo.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con MP DDD implantados en 2005 y 2006 en nuestro centro que continúan en seguimiento actualmente. Se analizaron la presencia de diabetes e hipertensión (HTA), indicación del implante, antecedente de arritmias auriculares (AA) y las características de la estimulación (EC).

Resultados: Se incluyeron 121 pacientes (55% varones, edad 71 ± 12 años). La mediana de seguimiento fue 6 años. Las indicaciones de MP más frecuente fueron trastorno de conducción AV (52%) y disfunción sinusal (38%). El 30,6% tenía antecedentes de AA. Al final del seguimiento, 98 pacientes (81%) persisten en modo DDD. El tiempo medio hasta la pérdida de la EC bicameral fue 31,5 meses. De los pacientes con AA, el 54% conserva el modo DDD al final del seguimiento. La causa de la pérdida definitiva de modo DDD en el 100% de los pacientes (23 casos) fueron las AA (83% fibrilación auricular, 12% *flutter* auricular, 5% taquicardia auricular). 4 pacientes tuvieron pérdida transitoria del modo DDD (2 por desplazamiento del cable auricular, 1 por degradación del cable ventricular y 1 por *flutter* auricular común). La edad, HTA, disfunción sinusal como indicación, antecedentes de AA y el algoritmo de prevención de AA se asocian con mayores tasas de pérdida del modo DDD. Los pacientes con algoritmo de reducción de estimulación ventricular (REV) tienen menor tendencia a la pérdida de la EC bicameral ($p = 0,06$).

	Conservan DDD (n = 98, 81%)	Pierden DDD (n = 23, 19%)	p
Edad media \pm DE (años)	69 ± 8	74 ± 7	0,049
Sexo			
Varones (n = 67)	58 (87%)	9 (13%)	0,082

Mujeres (n = 54)	40 (74,1%)	14 (25,9%)	
HTA			
Sí (n = 82)	62 (75%)	20 (25%)	0,029
No (n = 39)	36 (92,3)	3 (7,7%)	
Diabetes mellitus			
Sí (n = 28)	21 (75%)	7 (25%)	0,593
No (n = 93)	76 (81,7%)	16 (18,3%)	
Indicación			
Disfunción sinusal (n = 46)	30 (65,2%)	16 (34,8%)	< 0,001
Trastorno de conducción AV (n = 57 (90,5% 63)		6 (9,5%)	
Antecedente de AA			
Sí (n = 37)	20 (54%)	20 (54%)	< 0,001
No (n = 84)	78 (92,9%)	78 (92,9%)	
Amplitud de la onda P detectada (mV)	2,6 ± 2,1	2,3 ± 1,7	0,89
Resistencias de cable auricular (ohmios)	532 ± 351	557 ± 223	0,76
Umbral de estimulación auricular (V)	0,7 ± 0,3	0,8 ± 0,4	0,99
Algoritmo de REV			
Sí (n = 21)	20 (95,7%)	1 (4,3%)	0,06

No (n = 100)	78 (78%)	22 (22%)	
Algoritmo de prevención de AA			
Sí (n = 21)	8 (38,1%)	13 (61,9%)	< 0,001
No (n = 100)	90 (90%)	10 (10%)	

Conclusiones: El modo DDD tiene una elevada probabilidad de persistir a largo plazo, incluso en el subgrupo de pacientes con AA. Los algoritmos de prevención de AA son ineficaces para conservar el modo DDD. Por el contrario, parece que los algoritmos de REV pueden ser útiles para evitar la pérdida de la EC bicameral a largo plazo.