



6004-70. ACTIVACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LAS HERRAMIENTAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ARRITMIAS AURICULARES EN LOS DESFIBRILADORES

Adolfo Fontenla Cerezuela¹, María López Gil¹, José Martínez Ferrer², Anibal Rodríguez González³, Francisco Javier Alzueta Rodríguez⁴, Enrique García Campo⁵, Nuria Basterra Sola⁶ y Fernando Arribas Ynsaurriaga¹ del ¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ²Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava), ³Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, ⁴Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, ⁵Complejo Hospitalario Universitario de Vigo y ⁶Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción y objetivos: Las arritmias auriculares (AA) en los pacientes portadores de DAI se asocian a un incremento de descargas, un deterioro de la calidad de vida y un aumento de la mortalidad. Algunos DAI bicamerales y tricamerales están provistos de algoritmos de estimulación preventivos (AEP); así como de terapias antitaquicardia auricular (TAA) que incluyen ráfagas, rampas y descargas.

Objetivos: determinar el grado de implementación y la eficacia de estas herramientas en la práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional de cohortes basado en el Registro Nacional Umbrella. Se incluyó a los pacientes portadores de DAI Medtronic con AEP y TAA disponibles y se excluyó a aquellos con FA persistente. Se compararon las variables cualitativas utilizando la prueba χ^2 o el test exacto de Fisher. Entre los pacientes con AA, se comparó el nº de episodios y la carga de AA (% de tiempo en AA) en función de la activación de TAA utilizando la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyeron 374 pacientes (edad 63 ± 13 años), procedentes de 31 centros. El 20% tenía antecedentes de FA. Se activaron AEP o TAA en 44 pacientes (11%), sin existir correlación entre la activación de estas funciones y el antecedente de FA ($p = 0,31$). No se activó la cardioversión automática de AA en ningún paciente. 171 pacientes (46%) presentaron AA durante un seguimiento de 21 ± 15 meses. La incidencia de AA fue mayor en el grupo con AEP activado (tabla). El antecedente de FA predijo una mayor incidencia de AA (61% vs 32,9%, $p = 0,001$). Entre los pacientes con AA, la activación de TAA redujo significativamente el número de episodios de AA, pero no la carga de AA (tabla).

Papel de los algoritmos de estimulación preventivos y de las terapias antitaquicardia auricular en la incidencia de arritmias auriculares, número de episodios y carga de arritmias auriculares

		Algoritmos de estimulación preventivos	
		Activados (n = 14)	Desactivados (n = 360)

Todos los pacientes (n = 374)	Incidencia de AA	78,6%	37,5%	p = 0,003
		Terapias antitaquicardia auricular		
		Activadas (n = 29)	Desactivadas (n = 142)	
Pacientes con AA (n = 171)	Episodios de AA	203 ± 538	251 ± 859	p = 0,048
	% de tiempo en AA	2,05 ± 4,47	3,59 ± 8,86	p = 0,89
AA: arritmias auriculares.				

Conclusiones: En la práctica clínica los AEP y TAA de los DAI se activan en una proporción baja de pacientes. Los AEP se asocian a una mayor incidencia de AA, lo que puede deberse a que se activen en pacientes con AA más frecuentes o a un posible efecto proarrítmico de los algoritmos en esta población (donde no hay estudios específicos). La administración de TAA (sin descargas) reduce el número de episodios de AA pero no la carga de AA. Sería necesario disponer de más pacientes con estas herramientas activadas para confirmar estos hallazgos.