



6004-69. UTILIDAD DEL SENSOR AURICULAR EN LA DETECCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE VDD

Pablo Bastos Amador¹, Carlos Eduardo González Matos², Rocío Cózar León¹, Pilar Nieto¹, Isabel Borrego¹, Josefa Maldonado¹ y Ernesto Díaz Infante¹ de la ¹Unidad de Arritmias y ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: El desfibrilador automático implantable (DAI) es una terapia de primera línea en los pacientes con riesgo de muerte súbita. La presencia de un sensor auricular en el electrodo de desfibrilación, es de utilidad para mejorar la discriminación en la aplicación de terapias antitaquicardia y la monitorización de taquiarritmias auriculares. **Métodos:** Se registraron prospectivamente una cohorte de pacientes que recibieron implante de DAI con sensor auricular en nuestro centro, entre marzo de 2014 y abril de 2016. Se analizaron las características basales y se realizó seguimiento del desarrollo de arritmias auriculares en la monitorización domiciliaria.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes de forma consecutiva a los que se implantó un DAI Ilesto o Lumax DX de Biotronik, con electrodo monobobina con sensor auricular (Linox Smart DX). El 78,3% de los pacientes eran varones, 61% hipertensos, 57% diabéticos, 74% con cardiopatía isquémica, 72% insuficiencia cardiaca, 13% antecedente de AVC/AIT/evento tromboembólico. La edad media fue 69 ± 9 años y la FEVI media fue $38\% \pm 14$, El 48% de los implantes fue en prevención secundaria. La mediana de CHA₂DS₂-VASc fue 4 puntos (rango 0-8). 12 pacientes (27%) presentaban antecedente de fibrilación auricular (FA) paroxística al momento del implante. En un seguimiento con una mediana de 8,3 meses, se detectó FA no conocida previamente al implante en 7 pacientes (20,6%). En todos ellos la FA fue asintomática. La mediana hasta el diagnóstico fue de 40 días. En 6 de ellos, el hallazgo de paroxismos de FA asintomática, supuso el inicio de anticoagulación oral. El séptimo paciente estaba previamente anticoagulado por ser portador de prótesis valvular mecánica. No se encontraron diferencias significativas en puntuación CHA₂DS₂-VASc entre los pacientes con FA y sin FA durante el seguimiento.

Conclusiones: La presencia del sensor auricular en pacientes con indicación de DAI y que no precisan estimulación auricular, aporta, entre otros, el beneficio de un diagnóstico muy precoz de paroxismos de fibrilación auricular. En nuestra cohorte las crisis fueron asintomáticas y los pacientes tenían un alto riesgo tromboembólico, por lo que la detección precoz de FA puede suponer una optimización clínicamente significativa en la prevención de eventos embólicos.