



7004-12. CARGA DE FIBRILACIÓN AURICULAR DETECTADA POR DESFIBRILADORES IMPLANTABLES. LA IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS DE LOS ELECTROGRAMAS ALMACENADOS EN LOS EPISODIOS ARRÍTMICOS

Estíbaliz Zamarreño Golvano¹, María Fe Arcocha Torres¹, Luisa Pérez Álvarez², Anibal Rodríguez González³, Francisco Javier Alzueta Rodríguez⁴, Ignacio Fernández Lozano⁵, Ignasi Anguera Camos⁶ y Jesús Daniel Martínez Alday¹ del ¹Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Vizcaya), ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, ³Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, ⁴Hospital Clínico Unversitario Virgen de la Victoria, Málaga, ⁵Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) y ⁶Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: Los portadores de un dispositivo eléctrico implantable son una población única en la que es posible detectar precozmente fibrilación auricular (FA), incluso asintomática, e iniciar tratamiento anticoagulante en función de su duración y si coexiste con factores de riesgo para tromboembolia. Sin embargo, diversos estudios (ASSERT, TRENDS) postulan que se deberían revisar los electrogramas almacenados para confirmar el tipo de arritmia supraventricular detectada bajo el epígrafe TA/FA, sin olvidar los episodios de FA que el dispositivo clasifica erróneamente como ventricular.

Métodos: Análisis de los episodios almacenados en 176 pacientes con un dispositivo con electrodo auricular del registro UMBRELLA, que es un multicéntrico español que incluye desfibriladores con seguimiento remoto. Se trata de 210 episodios de arritmia supra o ventricular con respuesta ventricular rápida que fueron evaluados por un comité de experto y reclasificados a fibrilación auricular según sus conclusiones.

Resultados: Estos 210 episodios de FA fueron clasificados por los dispositivos como: FA = 123 (58,57%), taquicardia supraventricular por criterios de inicio brusco y estabilidad = 15 (7,14%), taquicardia ventricular (TV) con terapia = 33 (15,71%), TV sin terapia = 23 (10,95%) y fibrilación ventricular 16 (7,61%). La duración de los episodios estaba en un rango entre 3-1.415 seg (media = 103,86 ± 150,90). La longitud media de los episodios fue de 350 mseg (250-520). 11 episodios recibieron choques múltiples para su terminación. 14 paciente fueron tratados con cardioversión eléctrica y 6 con ablación de las venas pulmonares. 2 pacientes con resincronizador precisaron de ablación del nodo aurículo-ventricular por descompensación de su insuficiencia cardiaca. Se inició anticoagulación oral según los criterios de cada centro.

Conclusiones: La monitorización remota permite tomar decisiones terapéuticas de forma precoz sobre las arritmias detectadas por los desfibriladores. A pesar de la presencia de un electrodo auricular que ayuda a la discriminación del tipo de arritmia detectada, es fundamental la revisión de todos los electrogramas almacenados para determinar la carga real de FA, y sus implicaciones terapéuticas. Esto incluye evitar choques inapropiados así como cuadros insuficiencia cardiaca en los resincronizadores por la pérdida de la estimulación biventricular.