Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 202

Revista Española de Cardiología

5011-7. ESTIMULACIÓN AURICULAR Y VENTRICULAR: UN NUEVO PREDICTOR DE EPISODIOS DE FRECUENCIA RÁPIDA AURICULAR EN PACIENTES CON MARCAPASOS BICAMERAL Y SIN HISTORIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Ana Devesa Arbiol, Camila Sofía García Talavera, Juan Benezet Mazuecos, José Antonio Iglesias Bravo, Esmeralda Serrano, José Manuel Rubio Campal, Pepa Sánchez Borque y Ángel Luis Miracle Blanco, del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Tanto la estimulación auricular como la ventricular (AP/VP) se han relacionado con un mayor riesgo de fibrilación auricular (FA). Los marcapasos bicamerales permiten la detección de episodios de frecuencia rápida auricular (EFRA) o FA subclínica, los cuales se han relacionado con un mayor riesgo de ictus. El objetivo de este estudio fue determinar si el porcentaje de AP o VP en pacientes portadores de marcapasos sin historia de FA se relaciona con el desarrollo de FA subclínica (EFRA) o FA clínica.

Métodos: De febrero de 2012 a septiembre de 2015 se seleccionaron pacientes portadores de marcapasos bicameral y sin historia de FA. Se hizo un seguimiento a los 3 meses y después anualmente. La FA subclínica o EFRA se definieron como episodios de frecuencia auricular ? 225 lpm con una duración mínima de 5 minutos. La FA clínica se definió como FA documentada en ECG. Los porcentajes de AP/VP se definieron como la media de AP/VP en las 3 primeras visitas. Se registraron los eventos cardiovasculares (hospitalización por insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular y accidentes cerebrovasculares) y la mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 249 pacientes (57% varones; 75 ± 9 años). El tiempo medio desde el implante de marcapasos fueron 9 meses y la principal indicación el bloqueo AV (53%). La puntuación CHA_2DS_2-VASc media fue de 3,5 - 1,5. Tras un seguimiento medio de 33 ± 11 meses, el 38,5% de los pacientes desarrolló FA subclínica y el 10,4% FA clínica. Los pacientes con AP ? 50% presentaron un mayor riesgo de EFRA (62,5 frente a 32,3%, OR 3,48; IC95% [1,93-6,4] p 0,01) y FA clínica (18,7 frente a 8,6%, OR 2,4; IC95% [1,05-5,52] p 0,05). Los pacientes con VP ? 50% presentaron un mayor riesgo de EFRA (46,4 frente a 31,6%, OR 1,87; IC95% [1,10-3,24] p 0,05) y FA clínica (25,9 frente a 9,7%, OR 2,7; IC95% [1,13-7,72] p 0,05). No se encontró relación entre los porcentajes de AP/VP y la mortalidad o eventos cardiovasculares. El análisis multivariado mostró que el AP ? 50% es un predictor independiente para EFRA (OR 2,4; IC95% [1,19-4,97] p = 0,014).

Características basales (n = 249)	
Edad(años, DE)	75,47 [9,7]

CHA_2DS_2-VASc (puntuación, DE)	3,54 [1,5]
Tiempo medio desde implante de marcapasos (meses, DE)	9,29 [28,7]
Sexo (varones, %)	138 (55,4)
Hipertensión [n (%)]	192 (77,1)
Diabetes [n (%)]	74 (29,7)
Tabaco (fumadores y exfumadores) [n (%)]	104 (41,7)
Cardiopatía isquémica previa [n (%)]	41 (16,4)
Disfunción sistólica de ventrículo izquierdo [n (%)]	15(6)
Hospitalización previa por insuficiencia cardiaca [n (%)]	14 (5,6)
Historia de accidente cerebrovascular [n (%)]	23 (9,2)
Enfermedad renal crónica [n (%)]	60 (24,1)

Conclusiones: AP ? 50% y VP ? 50% se relacionan con un mayor riesgo de desarrollo de FA subclínica y FA clínica en pacientes con marcapasos bicamerales y sin historia de FA previa. Nuestros datos sugieren que los pacientes con altos porcentajes de AP y VP deben ser deben ser vigilados cuidadosamente en los chequeos rutinarios de marcapasos, descartando FA subclínica.