



Revista Española de Cardiología



6024-3. MARCAPASOS SIN CABLES VDD: PREDICTORES DE SINCRONÍA AV

Álvaro Estévez Paniagua, Sem Briongos Figuero, Ana M^a Sánchez Hernández, David Vaqueriza Cubillo, Eloy Gómez Mariscal, Silvia Jiménez Loeches, Alejandro Cortés Beringola, María Ángeles Naranjo Sánchez, Blanca Miriam Jiménez Candil, María Teresa Bombin, Alina Cenán, Celia Hijosa y Roberto Muñoz Aguilera

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los marcapasos (MCP) sin cables (Micra) pueden reducir las complicaciones de los MCP convencionales. El desarrollo del modo VDD (Micra AV) ha permitido extender el uso de los MCP sin cables a pacientes con bloqueo auriculoventricular (BAV). Mantener la sincronía AV (SAV) en la estimulación mejora el gasto cardiaco y la calidad de vida, y reduce el riesgo de fibrilación auricular (FA) y de síndrome de MCP. En análisis previos se observó que la baja amplitud de la señal de A4 (A4) se asociaba con baja SAV.

Métodos: Nuestro propósito es hallar posibles predictores de la amplitud de la señal de A4 y de SAV en el primer mes de seguimiento en los MCP Micra AV. Analizamos los datos de 18 pacientes a los que se implantó un MCP Micra AV del 1/6/20 al 1/5/21, y que se mantuvieron en modo VDD. Se testó la asociación univariada con la señal de A4 y SAV de datos ecocardiográficos, variables médicas, parámetros del implante y de funcionamiento del MCP.

Resultados: No observamos asociación de las ondas E, A, E' y A' con A4 ni con el porcentaje de SAV. Solo la relación E/A mostró tendencia de asociación con el porcentaje de SAV, aunque no alcanzó la significación estadística ($p = 0,09$), con una relación inversa (coeficiente de correlación de Pearson R de $-0,396$). Ninguna de las variables médicas mostró asociación con A4 ni con el porcentaje de SAV. La señal de A4 sí se asocia positivamente con el porcentaje de SAV ($p = 0,02$), con una R de $0,524$. La media de A4 cuando la SAV era 85% ($p = 0,03$). Respecto al implante, la SAV tiende a ser menor a mayor número de liberaciones ($p = 0,06$, R de $-0,460$), así como al implantar en posiciones más alejadas de la aurícula (SIV medio vs SIV alto/TSVD proximal; $p = 0,06$, R de $-0,463$).

Análisis univariado de la asociación con la señal de A4 y con el porcentaje de sincronía AV

	ANOVA A4 (F)	ANOVA A4 (p)	ANOVA SAV (F)	ANOVA SAV (p)	SAV (R)
Onda E	1,72	0,21	2,69	0,12	--
Onda A	2,42	0,148	1,82	0,20	--

E/A	2,76	0,12	3,34	0,09	-0,396
Señal A4	--	--	6,04	0,02	0,524
Nº liberaciones	--	--	4,19	0,06	-0,460
Posición	--	--	4,10	0,06	-0,463

ANOVA: análisis univariado de la varianza; SAV: sincronía aurículoventricular; p: significación estadística; R: coeficiente de correlación.

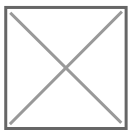


Diagrama de cajas: señal de A4 según porcentaje de sincronía AV.

Conclusiones: Aunque se trata de una serie de casos aún corta, nuestros resultados van en la línea de los datos del subestudio de predictores de SAV del MARVEL2. Parece que el principal predictor de mayor SAV es la señal de A4. La posición del dispositivo y el número de liberaciones también podrían influir. No obstante, es necesario continuar el análisis con los datos de futuros pacientes para corroborar estos hallazgos preliminares.