



6036-4. IMPORTANCIA DEL DEPORTE EN LA RECURRENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA POSCRIOABLACIÓN DE VENAS PULMONARES EN UNA MUESTRA DE PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO, Y DERIVADOS DEL REGISTRO ESPAÑOL DE CRIOABLACIÓN CON BALÓN (RECABA)

Jesús Daniel Martínez-Alday¹, Estíbaliz Zamarreño Golvano², Alberto Barrera Cordero³, Jorge Toquero Ramos⁴, Arcadio García-Alberola⁵, José M^a Segura Saint-Gerons⁶, Alicia Ibáñez Criado⁷, Ángel Ferrero de Loma-Orsio⁸, Carlos Grande Morales⁹, Rocío Cózar León¹⁰, Cristina Martín¹¹, José Manuel Rubio Campal¹², Aníbal Rodríguez González¹³, Roger Villuendas Sabaté¹⁴ y Larraitz Gaztañaga Arantzamendi²

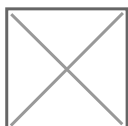
¹Clínica IMQ Zorrotzaurre, Bilbao, Bizkaia. ²Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, Bizkaia ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁴Hospital Puerta de Hierro, Madrid. ⁵Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁶Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁷Hospital General Universitario de Alicante. ⁸Hospital Clínico Universitario de Valencia. ⁹Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, Illes Balears. ¹⁰Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ¹¹Hospital Virgen de la Salud, Toledo. ¹²Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ¹³Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ¹⁴Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El deporte es reconocido como un factor modulador en el desarrollo de fibrilación auricular (FA): protector si leve pero con riesgo incremental si intenso. Existen pocos datos de su influencia en la recurrencia posablación y menos aún poscríoablación.

Métodos: Subestudio del registro español de críoablación con balón (RECABA) en el cual se estudiaron 1.628 pacientes (1.162 paroxísticas) con al menos seguimiento de un año que mostró una recurrencia global de 19,4%. Se definió recurrencia como cualquier FA de más de 30 segundos. El grupo de estudio comprende 201 pacientes con FA paroxística (50 ± 9 años, 81% varones) sin cardiopatía, sin factores de riesgo (CHA₂DS₂-VASc = 0 en varones, = 1 en mujeres) con aurícula izquierda normal o dilatación leve, sin obesidad (IMC 300 min/semana (n = 37); B: moderado, 150-300 min, (n = 70); C: leve, 150 mn (n = 94). Se compararon los datos de recurrencia con un grupo *propensity-score* de 108 pacientes (mismos criterios de inclusión pero sin actividad deportiva alguna)

Resultados: La recurrencia al año del grupo de estudio (pacientes sanos con actividad deportiva) fue del 19,9%. La recurrencia de cada uno de los grupos según intensidad de deporte fue incremental: A (leve) = 16%; B (moderado) = 21,4%; C (intenso) = 27% pero sin diferencia estadística entre ellos en la curvas de Kaplan-Meier. Cuando se comparó el grupo completo (n = 201) con su *propensity score* no se encontró significación estadística en la recurrencia (19,9 vs 20,4%, p = ns). Solo se encontró una tendencia a menor recurrencia para el subgrupo de deporte leve (16 vs 20,4%, p = 0,2, fig.). Aunque el subgrupo de deporte intenso tenía mayor recurrencia su escaso número impidió una significación estadística. La recurrencia en el *blanking* (3 meses) fue el único predictor de recurrencia al año.



Kaplan-Meier deportistas intensidad leve vs “propensity score.

Conclusiones: Con las limitaciones de todo registro este subestudio sugiere: 1) el deporte globalmente en una muestra seleccionada sana no mejora las recurrencias poscateterización 2) existe una tendencia a empeorar los resultados según la intensidad del deporte va aumentando. En este subestudio se desconoce la influencia de la práctica deportiva poscateterización y se precisan estudios controlados para verificar estos resultados.