



## 6027-16. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA CONDUCCIÓN AURICULOVENTRICULAR EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PERMANENTE SOMETIDOS A TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Miguel Cayetano Amores Luque<sup>1</sup>, Cristina García Sebastián<sup>1</sup>, Gonzalo Alonso Salinas<sup>2</sup>, Héctor Manjón Rubio<sup>1</sup>, Cristina Lozano Granero<sup>1</sup>, Marta Jiménez-Blanco Bravo<sup>1</sup>, Jesús Álvarez García<sup>1</sup>, David Cordero Pereda<sup>1</sup>, Susana del Prado Díaz<sup>1</sup>, Eduardo Franco Díez<sup>1</sup>, Javier Moreno Planas<sup>1</sup> y José Luis Zamorano Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña, Navarra.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La terapia de resincronización cardiaca (TRC) ha demostrado reducir morbimortalidad y disminuir la sintomatología en pacientes seleccionados con disfunción ventricular y QRS ancho. Sin embargo, en el subgrupo de pacientes con fibrilación auricular (FA) los datos son contradictorios, debido entre otros a una peor resincronización a causa de la conducción variable a través del nódulo auriculoventricular (NAV). Pese a ello, la ablación del NAV no está indicada en estos pacientes salvo dificultad para el control de la frecuencia cardiaca.

**Métodos:** Se incluyeron 41 pacientes consecutivos con antecedente de FA permanente a los que se implantó TRC y que fueron seguidos por la Unidad de Insuficiencia Cardiaca. Las variables clínicas y ecocardiográficas se obtuvieron antes del implante del dispositivo y tras un año de seguimiento junto al porcentaje de estimulación ventricular. El objetivo fue evaluar la influencia de estar en ritmo de FA con conducción preservada frente a aquellos con FA dependiente de estimulación por bloqueo del NAV.

**Resultados:** La tabla resume las características de la cohorte y los resultados del análisis univariante. No hubo diferencias significativas en cuanto a la edad, sexo u origen de la disfunción ventricular. Los pacientes con FA y conducción preservada presentaron una tendencia, aunque no estadísticamente significativa, a un peor porcentaje de estimulación ventricular que aquellos dependientes de estimulación (92,0 vs 96,7%;  $p = 0,21$ ). Así mismo se objetivó también una tendencia hacia una menor mejoría de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) (7,47 vs 10,01%;  $p = 0,55$ ), una menor reducción del volumen telediastólico del VI (22,3 ml vs 42,3 ml;  $p = 0,38$ ) y una menor reducción del diámetro telediastólico del VI (2,9 vs 5,1 mm;  $p = 0,49$ ). En cuanto a las variables clínicas destacó una mayor mortalidad en el grupo de pacientes con FA y conducción preservada (fig.).

### Resultados del análisis

FA con conducción por NAV

FA dependiente de estimulación

p

Edad, años (mediana, RIQ)	80 (68-80)	77 (73-84)	0,13
Sexo femenino, n (%)	10 (37%)	2 (14%)	0,16
Porcentaje de estimulación ventricular (%), IC	92,05% (84-99)	96,7% (94-99)	
Mejoría FEVI (%) (media, DE)	7,47; 10,3	10,01; 12,00	0,55
Mejoría VTDVI, ml (media, DE)	22,35; 55	42,37; 49	0,38
Mejoría DTDVI, mm (media, DE)	2,9; 6,1	5,1; 6,3	0,49
Mejoría VTSVI, ml (media, DE)	31,8; 49	31,7; 75	0,99
Muertes, <i>log rank</i>	2	0	0,044

FA: fibrilación auricular; NAV: nódulo auriculoventricular; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; VTDVI: volumen telediastólico de VI; DTDVI: diámetro telediastólico de VI; VTSVI: volumen telesistólico de VI.



*Curva de supervivencia.*

**Conclusiones:** Los pacientes sometidos a TRC y que tienen FA con conducción preservada a través del NAV podrían presentar un menor porcentaje de resincronización y un menor beneficio clínico y ecocardiográfico que aquellos con FA y conducción bloqueada a través del NAV, pudiendo la ablación del NAV aportar beneficio en este grupo de pacientes. Se necesita un estudio con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.