**TÍTULO DE LA FICHA:** “The relationship between daily atrial tachyarrhythmia burden from Implantable device diagnostics and stroke Risk, The TRENDS Study.

Revisada 29/07/2019

**Integrantes de Grupo de Ficha 6:**

* Irvin Terán (R3)
* Joel Juárez (R2) Expositor
* María Caon (R2) Relator

**Pregunta que motivo la sesión de Cardiología Basada en Evidencia:**

¿Existe alguna relación entre alta carga de extrasistolia auricular y/o taquicardia auricular con un incremento del riesgo de presentar Enfermedad Vascular Cerebral?

Resumen: Se desconoce si los episodios breves de fibrilación auricular (FA) o taquiarritmias auriculares (TA) detectadas por el dispositivos implantables aumentan el riesgo de eventos tromboembólicos (ETE).

Este estudio fue prospectivo y observacional, que incluyó a pacientes con 1 factor de riesgo de accidente cerebrovascular (insuficiencia cardíaca, hipertensión, 65 años de edad, diabetes o TE previa) que recibieron marcapasos o desfibriladores que monitorean la taquiarritmias auriculares (TA) y la carga de FA (definido como la mayor duración total de TA / FA en cualquier día durante el período anterior de 30 días del evento). Esta vez, la exposición variable se actualizó diariamente durante el seguimiento y se relacionó con el riesgo de ETE. Las tasas de ETE anualizadas se determinaron de acuerdo con los subconjuntos de carga TA / FA: cero, bajo (menor a 5.5 horas de duración media de subconjuntos con carga distinta de cero) y alto (mayor a 5.5 horas). Un modelo multivariado de Cox proporcionó cocientes de riesgo, incluidos los términos para los factores de riesgo de accidente cerebrovascular y la carga de TA / FA y terapia antitrombótica que varían en el tiempo.

Los pacientes (n° 2486) tenían al menos 30 días de datos del dispositivo para el análisis. Durante un seguimiento medio de 1,4 años, el riesgo de ETE anualizado (incluidos los ataques isquémicos transitorios) fue del 1,1% para carga cero y de 1,1% para el subconjunto de alta carga de ventanas de 30 días. En comparación con la carga cero, las razones de riesgo ajustadas (IC 95%) en los subconjuntos de carga baja y alta fueron 0.98 (IC 95% 0.34 a 2.82, P: 0.97) y 2.20 (IC 95% 0.96 a 5.05, P: 0.06), respectivamente.

Los autores concluyen que la tasa de ETE fue baja en comparación con los pacientes con FA tradicional con perfiles de riesgo similares. Los datos sugieren que el riesgo de ETE es una función cuantitativa de la carga de TA / FA. TA / FA con carga mayor a 5.5 horas en cualquiera de los 30 días anteriores parecía duplicar el riesgo de ETE. Se necesitan estudios adicionales para investigar con mayor precisión la relación entre el riesgo de accidente cerebrovascular y la carga de TA / FA.

**Aportes del grupo:**

* **Este artículo no responde la pregunta de interés ya que incluye pacientes con FA.**
* **Se puede concluir que los pacientes con episodios cortos de FA/TA poseen una tasa de eventos baja, a pesar de ser pacientes de alto riesgo para eventos tromboembolicos. Por lo que se debe individualizar la indicación de anticoagulación con antivitamina K por la carga que representa en los pacientes.**
* **Establecer un protocolo de estudio similar en nuestro medio es factible y podría aportar información valiosa para emitir las conclusiones.**

**Discusión Generada durante la presentación del artículo:**

* Uno de los hallazgos que llama la atención del estudio es como dentro de la programación de los dispositivos se pudo realizar el registro de episodios tan largos de taquiarritmias auriculares, ya que según lo mencionado por los fellow de electrofisiología, los equipos al detectar los episodios de taquiarritmias auriculares se inhiben.
* Se planteó que el 20% de los pacientes del estudio estaba siendo tratado con warfarina y otro porcentaje importante estaba siendo tratado con antiagregantes y antiarritmicos, lo que pudo haber interferido en la tasa anualizada de eventos.
* A pesar del esfuerzo de los autores por modificar la metodología del estudio para tratar de emitir conclusiones del mismo, la baja tasa de eventos no permite concluir resultados del mismo.
* La carga de 5,5 horas como punto de corte para establecer riesgo de eventos tromboembolicos, basado en el modelo de la ventana móvil utilizada por los autores, fue arbitraria y no se considera la adecuada para establecer un riesgo. Adicionalmente se refiere a duración de episodios de taquiarritmias más que una carga real.
* Estudios importantes de eventos tromboembolicos como el CHADS, hacen seguimientos más largos de los pacientes, por lo que se pudiera considerar que el seguimiento de un año por paciente representa un seguimiento muy corto para que se presenten los eventos.
* El artículo no permite concluir causalidad entre episodios de extrasistolia auricular y/o taquicardia auricular con riesgo de eventos cerebrovasculares, debido a que no hace distición entre otras arritmias auriculares (Fibrilación auricular/Flutter).