



6024-2. EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN TRICUSPÍDEA EN ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

Sebastián Giacomán, María Algarra, Ana Delia Ruiz y José Miguel Lozano

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: Tanto el implante de cables endocárdicos de marcapasos convencionales como de desfibriladores automáticos implantables pueden provocar insuficiencia tricuspídea (IT). La incidencia informada de esta complicación varía entre un 10-30% según las series. La expansión de la estimulación fisiológica (EF) en los últimos años ha sido exponencial, relacionado en gran medida al uso de vainas específicas con curva septal preformada, como al implante de cables sin estilete. No existen datos sobre la incidencia de insuficiencia tricuspídea en EF, tanto en estimulación hisiana (EH) como en estimulación de área de rama izquierda (EARI).

Métodos: Estudio observacional prospectivo, en el que se incluyeron 45 pacientes consecutivos en los que se realizó implantes de marcapasos con EF entre marzo y junio del 2021. Todos los implantes se realizaron con una vaina específica deflectable de curva septal preformada y cable sin estilete. Se evaluó la IT por ecocardiografía transtorácica previo y posterior al implante.

Resultados: La ecografía de control tras el implante se realizó en una media de $49,71 \pm 30,725$ días. Basalmente tan solo tres pacientes presentaban un grado significativo de IT (grado 2). Posimplante tan solo 1 paciente correspondiente al implante de un marcapasos bicameral empeoró de forma significativa el grado de IT (empeoramiento en 2 puntos) sin llegar a ser grave. Las características basales de los pacientes y del implante se resumen en la tabla.

Resultados

Edad (años)	$76,78 \pm 9,359$
Sexo	Varones: 57,78%
	Mujeres: 42,22%
FEVI	$53,1 \pm 12,143$

Indicación del Implante	Indicación: 12 BAVc (26,6%)
	DS: 10 (22,2%)
	BAV 2:1:4 (8,8%)
	BAV segundo tipo 2: 2 (4,4%)
	FA lenta: 9 (20,0%)
	Ablación de nodo: 1 (2,2%)
	Transtorno conducción síncope ± EEF: 5 (11,1%)
Tipo de marcapasos	DAI TRC: 2 (4,4)%
	Monocameral: 11,11%
	Bicameral: 82,22%
	DAI TRC: 6,67%
Acceso vascular del implante	Cefálica: 46,66%
	Subclavia: 46,66%
	Axilar: 6,66%
Tipo de estimulación	Septal izquierda: 24,44%
	Rama izquierda: 62,22%
	Hisiana no selectiva: 13,33%
Tiempo del implante total (min)	69,56 ± 24,189

Tiempo de escopia total (s)	453,191 ± 316,69
Dosis de escopia total (mGy/m ²)	1,70 ± 1,321
	Al implante: 0,51 ± 0,28
Umbral de captura (V × 1 ms)	A las 24h: 0,39 ± 0,24
	Al mes: 0,52 ± 0,24
	Al implante: 10,30 ± 5,78
Detección (mV)	A las 24h: 10,40 ± 6,62
	Al mes: 12,16 ± 7,22
	Al implante: 575 ± 141
Impedancias (ohm)	A las 24h: 424 ± 76
	Al mes: 377,8 ± 61
	QRS basal: 130,53 ± 34,466
QRS (ms)	QRS estimulado: 116,22 ± 14,053
	p: 0,002
	Ausencia: 37 (82,22%)
Asincronía posimplante	Ligera: 7 (15,56%)
	Moderada: 1 (2,22%)
FEVI	FEVI basal: 53,1 ± 12,143

FEVI al mes: 53,26 ± 9,939

p: 0,563

	Normal: (0) 25 (55,6%)
IT basal	Ligera: (1) 17 (37,8%)
	Moderada: (2) 3 (6,7%)
	Normal: (0) 24 (53,3%)
IT posimplante	Ligera: (1) 17 (37,8%)
	Moderada: (2) 4 (8,9%)
Complicaciones	No

Conclusiones: En nuestra serie con respecto a la incidencia de insuficiencia tricuspídea post implante, la estimulación fisiológica con cable sin estilete es segura, sin tener una repercusión significativa en la función tricuspídea.