



6004-76. FACTORES PREDICTORES DE ESTABILIDAD EN EL IMPLANTE DE ELECTRODOS DE MARCAPASOS Y DESFIBRILADORES DE FIJACIÓN ACTIVA

Rubén Martínez-Abellán, José Moreno-Arribas, Vicente Bertomeu-González, Jesús Castillo Castillo, Lidia Juan-Suárez, Amin Elamrani-Rami, Clara Gunturiz Beltrán y Vicente Bertomeu-Martínez del Hospital San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante).

Resumen

Introducción y objetivos: Los factores que se relacionan con una dislocación aguda o con un umbral de estimulación excesivamente alto tras la fijación activa de electrodos de marcapasos o desfibriladores han sido pobremente analizados. El objetivo del presente estudio es evaluar la asociación entre los parámetros previos a la extracción de la hélice y la disfunción aguda (DA) del electrodo de fijación activa.

Métodos: Se incluyen de forma prospectiva y consecutiva todos aquellos electrodos de fijación activa (ya sea de estimulación o de desfibrilación) implantados en ventrículo derecho (VD) o aurícula derecha (AD) durante los últimos 18 meses. Se analizaron las siguientes variables en el momento previo a la extracción de la hélice, y en el minuto 0, 3 y 6 tras la misma: deflexión intrínseca, amplitud del electrograma, umbral de estimulación, impedancia de estimulación y morfología del electrograma (presencia de corriente de lesión).

Resultados: Se incluyeron un total 279 electrodos (188 en VD; 91 en AD), en los cuales hubo que realizar 45 recolocaciones por dislocación aguda o umbral de estimulación alto (36 en VD; 9 en AD). La DA del electrodo ventricular se asoció a un mayor umbral de estimulación antes de la extracción de la hélice ($1,03 \pm 0,52$ frente a $1,67 \pm 1,09$; $p < 0,001$) y a ausencia de corriente de lesión (12,8% frente a 33,3%; $p = 0,019$). La probabilidad de recolocación del electrodo fue del 50% en los casos que presentaban un umbral de estimulación $> 1,5$ V/0,5 ms sin corriente de lesión. En contraposición, los casos en los que el umbral de estimulación fue 1,5 V/0,4 ms con corriente de lesión obtuvieron una probabilidad de recolocación del 7,6% ($p < 0,001$). En cambio, no hubo ninguna variable que se asociara de forma significativa a DA del electrodo auricular, aunque se observó una tendencia a mayor DA en los casos en los que no se observó corriente de lesión (12,0% frente a 1,8%; $p = 0,053$).

Conclusiones: Conseguir un umbral de estimulación bajo y una morfología del electrograma intracavitario con corriente de lesión, previos a la extracción de la hélice, puede ahorrar intentos infructuosos y minimizar el riesgo de complicaciones en el implante de electrodos de fijación activa, especialmente de localización ventricular.