



## 7004-10. PROGRAMACIÓN DEL ACELERÓMETRO EN RELACIÓN CON LA LOCALIZACIÓN DEL IMPLANTE EN MARCAPASOS SIN CABLES

José Luis Martínez Sande<sup>1</sup>, Francisco Javier García Seara<sup>1</sup>, Laila González Melchor<sup>1</sup>, Leyre Álvarez Rodríguez<sup>1</sup>, Laura Romero Roche<sup>2</sup>, Fernando Montenegro Sá<sup>3</sup>, José Nicolás López Canoa<sup>1</sup>, Moisés Rodríguez Mañero<sup>1</sup>, Xesús Alberte Fernández López<sup>1</sup>, Rafael Carlos Vidal Pérez<sup>1</sup> y José Ramón González Juanatey<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña), <sup>2</sup>Complejo Asistencial Universitario de León, León y <sup>3</sup>Centro Hospitalar Leiria, Leiria (Portugal).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los datos de los registros de implante de marcapasos sin cables (MSC) Micra en el mundo real han confirmado los buenos resultados de esta técnica. El MSC posee características especiales en relación con la programación del acelerómetro. El motivo del estudio fue describir la experiencia con MSC en diferentes localizaciones en relación con la programación del vector del acelerómetro.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional y unicéntrico que incluye todos los pacientes a los que se ha implantado un MSC en los últimos 3 años (desde junio de 2015 hasta abril de 2019). La localización del implante se clasificó en: apicoseptal, medioseptal y tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD). La programación del vector de actividad se realizó en la segunda visita en pacientes con adecuada movilidad y frecuencias cardiacas basales inferiores a 80 lpm, con el protocolo abreviado recomendado por el fabricante. La evaluación clínica según el vector programado se realizó de 3 a 6 meses más tarde (figura).

**Resultados:** El estudio incluye un total de 160 pacientes, y el test de actividad se realizó en 103 pacientes (64,4%), con predominio de varones 93 (58,1%) y una media de edad de  $79,2 \pm 6,8$  años (entre 54 y 93). La distribución de la localización del implante fue: apicoseptal 47 pacientes (29,4%), medioseptal en 91 pacientes (56,9%) y TSVD 22 pacientes (13,8%). Los parámetros de estimulación y sensado fueron excelentes tanto en el implante como en el seguimiento a medio plazo, sin diferir según las diferentes localizaciones. Los resultados del mejor vector de actividad obtenido en el test de actividad, según las localizaciones del implante, se muestran en la tabla. Existe una tendencia no significativa en la programación del vector 3 de actividad y la localización en TSVD.

#### Relación entre la localización del implante y el mejor vector de actividad

	Apicoseptal	Medioseptal	TSVD	p
Test Vector	40 (85,1%)	53 (58,2%)	10 (45,5%)	0,29
Vector 1	23 (57,5%)	34 (64,2%)	44 (40,0%)	0,35

Vector 2	8 (20,0%)	5 (9,4%)	1 (10,0%)	0,32
Vector 3	9 (22,5%)	14 (26,4%)	5 (50%)	0,09



*Acelerómetro del marcapasos Micra y ejemplo de test de actividad.*

**Conclusiones:** En nuestra serie el vector de actividad predominante es el vector 1, especialmente en la localización septoapical, y el vector 3 cuando la localización del implante es en TSVD.