



6078-578. EXPERIENCIA EN RESINCRONIZACIÓN CARDIACA MEDIANTE ESTIMULACIÓN ENDOCÁRDICA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO A TRAVÉS DE ACCESO TRANSEPTAL

Javier Pérez Cervera¹, Juan José García Guerrero¹, Joaquín Fernández de la Concha¹, M^a Eugenia Fuentes Cañamero¹, Dante Paul Agip Fustamante¹, Inmaculada Gómez Sánchez², José Carlos Fernández Camacho¹, Eladio Galindo Fernández¹, Estrella Suárez Corchuelo¹, José María Gimeno Montes¹, Miguel Sánchez Sánchez¹, Rosa Navarro Romero¹, Javier Corral Macías¹ y Antonio Merchán Herrera¹

¹Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ²Servicio de Cardiología, Hospital de Mérida (Badajoz).

Resumen

Introducción y objetivos: El implante de electrocatéter de estimulación de ventrículo izquierdo (VI) para resincronización cardiaca a través del seno coronario fracasa en un 5-10% de las ocasiones, siendo el abordaje transeptal una alternativa eficaz al mismo. El objetivo de este estudio fue describir las características del procedimiento, la evolución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y de la duración del QRS, así como los parámetros eléctricos en una muestra de pacientes sometidos a este procedimiento.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 47 pacientes sometidos a implante de electrodo endocárdico de estimulación de VI mediante acceso transeptal entre 2011 y 2020. Se analizó la evolución de la FEVI, la duración del QRS y los parámetros eléctricos en aquellos pacientes que completaron un tiempo mínimo de seguimiento (n = 44).

Resultados: Las características basales de los pacientes, así como los datos del procedimiento se encuentran recogidos en la tabla. El procedimiento fue exitoso en el 100% de los casos (n = 47). El acceso se realizó a través del septo interauricular en 13 sujetos (27,7%) y a través del septo interventricular en los 34 restantes (72,3%). La duración media del procedimiento fue $99,7 \pm 45,7$ minutos y el tiempo medio de escopia empleado fue de $18,7 \pm 11,2$ minutos. La impedancia media del electrodo del VI al momento del implante fue de $666,3 \pm 200,8 \, \Omega$ y el umbral medio del electrodo del VI en dicho momento fue de $0,84 \pm 0,40$ V, manteniéndose ambos estables dentro de los márgenes de seguridad y funcionamiento óptimo durante el seguimiento ($434,7 \pm 106,3 \, \Omega$ y $1,1 \pm 0,5$ V, respectivamente). La FEVI presentó una mejoría media durante el seguimiento del 13,55% (p 0,001), siendo más marcada en el grupo de pacientes no isquémicos (15,42 vs 7,91%; p = 0,046). La duración del QRS se redujo 46,55 ms de media durante el seguimiento (p 0,001). No se demostró correlación estadísticamente significativa, pero sí tendencia a ella, entre el estrechamiento del QRS y la mejoría de la FEVI, probablemente debido a la pequeña muestra de pacientes (p = 0,081). El seguimiento medio de los pacientes fue de $43,1 \pm 28,3$ meses.

Características basales de los pacientes, del procedimiento y parámetros evaluados en el seguimiento

Muestra (n)	47
Sexo	
Varón	34 (72,3%)
Edad (años)	69,4 ± 8,1
Localización de la punción	
SIA	13 (27,7%)
SIV	34 (72,3%)
Origen de la disfunción VI	
Isquémico	14 (29,8%)
Duración media del procedimiento (minutos)	99,7 ± 45,7
Tiempo de escopia (minutos)	18,7 ± 11,2
Impedancia media en el implante (?)	666,3 ± 200,8
Impedancia media en el seguimiento (?)	434,7 ± 106,3
Umbral medio en el implante (V)	0,84 ± 0,40
Umbral medio en el seguimiento (V)	1,1 ± 0,5
FEVI media previa al implante (%)	28,8 ± 6,8
FEVI media en el seguimiento (%)	42,34 ± 12,08
Duración QRS previo al implante (ms)	159,52 ± 28,02

Duración QRS en el seguimiento (ms)	112,97 ± 12,88
-------------------------------------	----------------

Tiempo medio de seguimiento (meses)	43,1 ± 28,3
-------------------------------------	-------------

SIA: septo interauricular; SIV: septo interventricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; V: voltio; ms: milisegundos.

Conclusiones: El implante de electrocatéter de estimulación de VI mediante acceso transeptal puede considerarse una alternativa eficaz, factible y segura en aquellos pacientes en los que el acceso a través del seno coronario no es posible.