



5019-2. ANOTACIÓN MANUAL VS AUTOMÁTICA DEL TIEMPO DE ACTIVACIÓN LOCAL PARA GUIAR LOS PROCEDIMIENTOS DE ABLACIÓN DE EXTRASISTOLIA VENTRICULAR

Beatriz Jáuregui Garrido¹, Juan Fernández-Armenta Pastor², Juan Acosta Martínez³, Diego Penela Maceda⁴, Cheryl Terés Castillo¹, Augusto Ordóñez España¹, David Soto-Iglesias¹, Etevlino Silva García², Alfredo Chauca Tapia¹, Felipe Bisbal Van Bylen⁵, Alonso Pedrote Martínez³ y Antonio Berruezo Sánchez¹

¹Centro Médico Teknon, Barcelona. ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁴Ospedale Guglielmo da Saliceto, Piacenza (Italia). ⁵Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: El uso de un sistema de anotación totalmente automático (wavefront + reconocimiento automático del ECG) (AUT) para el mapeo de activación de extrasístoles ventriculares (EV) podría ser superior en términos clínicos y de procedimiento al mapeo manual (MAN), convencional, realizado por operadores expertos durante procedimientos de ablación.

Métodos: Estudio multicéntrico prospectivo, aleatorizado, controlado e internacional (NCT03340922). 100 pacientes consecutivos sometidos a ablación de EV fueron aleatorizados a anotación AUT (n = 50) o MAN (n = 50) utilizando el sistema de navegación CARTO3. El endpoint primario fue el éxito del mapeo, definido como la abolición completa de las EV tras máx. 2 aplicaciones de RF o hasta 90 s en el SAP identificado, considerado el sitio de origen (SO). La abolición completa de las EV se consideró éxito del procedimiento, mientras que el éxito clínico se definió como la reducción de la carga de EV > 80% en un Holter 24h realizado > 1 mes después del procedimiento.

Resultados: La edad media fue de 69 ± 15 , 58% hombres. La carga basal media de EV fue $26 \pm 13\%$, FEVI $55 \pm 12\%$. Las características basales fueron similares entre grupos. Los SO-EV más frecuentes fueron TSVD (41%), VI (25) y TSVI (16%), sin diferencias MAN-AUT. El tiempo de mapeo, n° y tiempo de aplicaciones de RF, y tiempo de procedimiento fueron similares, con un mayor número de puntos de mapeo en AUT (164 vs 61; $p = 0,002$). El tiempo de activación local en el SAP del brazo AUT fue 23 ± 13 ms más tardío que el MAN, siendo más significativo en las EV del lado izquierdo (30 ± 12 vs 15 ± 9 ms, $p = 0,001$). El área de isocrona de 10 ms MAN fue mayor que AUT ($1,95 \pm 2,7$ vs $1,0 \pm 1,0$; $p = 0,05$). La distancia mediana entre el SAP-AUT y SAP-MAN fue de 4 (0-6,8) mm. El éxito del mapeo fue similar para AUT (65%) y MAN (63%) ($p = 1,0$). El éxito agudo del procedimiento fue mejor para el brazo AUT (100% AUT vs 86% MAN; $p = 0,04$), pero sin diferencias en el éxito clínico durante el seguimiento (87% AUT vs 82% MAN; $p = 0,7$). No hubo complicaciones relacionadas con el procedimiento.



Hallazgos principales del estudio.

Conclusiones: El uso de un protocolo completamente automático de anotación durante el mapeo de activación de EV en los procedimientos de ablación es factible y seguro, lo que permite alcanzar resultados clínicos equivalentes, pero con mayor eficiencia, en comparación con los procedimientos manuales realizados por operadores expertos.