



5005-7. EFICACIA DE LA ESTIMULACIÓN EN EL ÁREA DE LA RAMA IZQUIERDA EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Ginés Elvira Ruiz¹, Pablo Peñafiel Verdú¹, Carmen Muñoz Esparza¹, Juan Martínez Sánchez¹, Juan José Sánchez Muñoz¹, Francisco José García Almagro², María Eladia Salar Alcaraz¹, Francisco José Pastor Pérez¹, Noelia Fernández Villa¹, Miguel Martínez Herrera¹, Manuel Veas Porlán¹, David José Vázquez Andrés¹, Antonio Jiménez Aceituna³, Domingo Andrés Pascual Figal¹ y Arcadio García Alberola¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia. ³Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: La estimulación en el área de la rama izquierda (EARI) genera complejos QRS relativamente estrechos y una rápida activación del ventrículo izquierdo (VI) por lo que es una alternativa a la terapia de resincronización cardíaca (TRC) convencional. El objetivo fue evaluar la factibilidad y resultados de la EARI en pacientes con indicación de TRC.

Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos con indicación de TRC. La EARI se realizó mediante penetración del electrodo en el septo interventricular, con el objetivo de conseguir un QRS estimulado con morfología de bloqueo de rama derecha, un tiempo de activación de VI 100 ms o una anchura de QRS $\leq$ 130 ms. Se recogieron los parámetros eléctricos y ecocardiográficos basales y en el seguimiento.

Resultados: La EARI se consiguió en 19 de 21 pacientes (90,5%). La indicación fue insuficiencia cardíaca con bloqueo de rama izquierda (BRI) y fracción de eyección (FEVI) $\leq$ 35% en 8 pacientes (42%), ablación del nódulo AV o bloqueo AV con FEVI 50% en 9 (47%), 1 miocardiopatía inducida por estimulación y 1 disfunción de electrodo de VI. El seguimiento medio fue de 5 ± 2 meses y el porcentaje de estimulación ventricular del $93 \pm 14\%$. El umbral de captura fue de $0,6 \pm 0,3$ V a 0,4 ms, que se mantuvo estable ($0,7 \pm 0,1$ V, $p = 0,17$). La impedancia y amplitud de la onda R al implante fueron 636 ± 106 ohm y 13 ± 7 mV, y 541 ± 88 ohm y 13 ± 5 mV en el seguimiento ($p = 0,001$ y $p = 0,27$, respectivamente). El tiempo medio de activación de VI fue de 86 ± 14 ms, y la duración media del QRS de 122 ± 9 ms, que se mantuvo estable (122 vs 124 ms, $p = 0,21$). En pacientes con BRI se consiguió una reducción significativa de la anchura del complejo QRS (161 ± 17 vs 124 ± 10 ms, $p = 0,001$). La FEVI mejoró un 16%, desde un $35 \pm 9\%$ basal a un $51 \pm 10\%$ en el seguimiento ($p = 0,001$) en la población general, y un 15% (de $33 \pm 5\%$ a $47 \pm 11\%$, $p = 0,001$) en pacientes con BRI. Al mes, el tiempo estimado para recambio fue de $11,9 \pm 0,4$ años.

Conclusiones: La EARI fue factible en un 90,5% de los pacientes con indicación de TRC, con parámetros eléctricos buenos y estables, y complejos QRS relativamente estrechos, y se asoció a una mejoría de la función cardíaca. La EARI podría considerarse como primera opción en pacientes con indicación de TRC.