



5013-5. IMPACTO DE UN PROTOCOLO PREDEFINIDO DE *PACEMAPPING* PARA LA ABLACIÓN DE EXTRASISTOLIA VENTRICULAR INFRECLENTE: ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

Beatriz Jáuregui Garrido¹, Diego Penela Maceda¹, Juan Fernández-Armenta Pastor², Juan Acosta Martínez³, Cheryl Terés Castillo¹, Augusto Ordóñez España¹, David Soto Iglesias¹, Etelvino Silva García², Alfredo Chauca Tapia¹, José Miguel Carreño Lineros¹, Claudia Scherer¹, Giulio Falasconi¹, Alonso Pedrote Martínez³ y Antonio Berrueto Sánchez¹

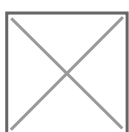
¹Centro Médico Teknon, Barcelona. ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: La herramienta *pacemapping* (PM) resulta de ayuda durante la ablación de extrasistolia ventricular (EV), pero su valor clínico independiente cuando no se puede realizar un mapeo convencional de activación aún no se ha definido.

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico que incluyó a 185 pacientes consecutivos remitidos a ablación de EV. Se realizó un protocolo de PM siempre que se encontrara una carga 94% para identificar el SO. Después de identificar el SO, se realizó un mapa de PM de alta densidad (*fill threshold* = 6) del mismo, y se realizó la ablación en el área objetivo, delimitada por los 3 mejores puntos de PM, con una correlación mínima del 94%. Se aplicaron sistemáticamente 3 aplicaciones de radiofrecuencia en el área objetivo con parámetros apropiados: 40W para TSVD y raíz aórtica, 50W para TSVI subvalvular, 20-30W en seno coronario distal, a discreción del operador en otras ubicaciones. El éxito clínico se definió como una reducción de la carga de EV $\geq$ 80% en Holter de 24 h a 6 meses.

Resultados: En 105/185 pacientes (57%) se pudo obtener un mapa de activación, mientras que 60/185 (32%) requirieron PM. 20 procedimientos (11%) tuvieron que ser anulados por ausencia total de EV. La carga de EV y el origen en tractos de salida fueron predictores independientes de la necesidad de PM. Los SO más frecuentes fueron: TSVD (44%), VI (23%) y TSVI (16%), con más TSVD en el grupo PM (52% frente a 40%, $p = 0,03$). El área objetivo media fue de $0,6 \pm 0,9$ cm², con una correlación mínima media de $95 \pm 4\%$. El área media de isocrona-10 ms en los procedimientos guiados por activación fue significativamente mayor que el área objetivo de PM ($1,7 \pm 2,3$ cm²; $p = 0,001$). El nº medio de puntos de PM adquiridos fue 39 ± 21 (rango 6-98). Los tiempos medios de mapeo (29 ± 22 min) y RF (135 ± 124 s) fueron similares, con procedimientos más cortos en el grupo de PM (53 ± 24 frente a 61 ± 26 min; $p = 0,04$). El éxito clínico fue similar en ambos grupos (87% PM vs 90% activación; $p = 0,58$).



Ejemplo de ablación de EV guiada por el protocolo descrito de PM.

Conclusiones: En los procedimientos de ablación de EV, cuando el mapeo de activación se ve impedido por una carga muy baja de EV en sala, un protocolo predefinido de PM dirigido a un área objetivo con una correlación $> 94\%$ es una alternativa factible, alcanzando resultados clínicos comparables.