



## 2. RESULTADOS A MEDIO PLAZO TRAS OPTIMIZACIÓN A ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA EN ZONA DE RAMA IZQUIERDA EN LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA SECUNDARIA A ESTIMULACIÓN CARDIACA CONVENCIONAL

Jorge Perea Armijo, Guillermo Gutiérrez Ballesteros, Francisco Mazuelos Bellido, Alberto Piserra López-Fernández de Heredia y José María Segura Saint-Geróns

Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La estimulación permanente en ventrículo derecho produce una alteración de la contractilidad que conlleva remodelado y reducción de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Dicha disfunción ventricular izquierda asociada a estimulación cardiaca permanente (DVI-ECP) no es entidad infrecuente, con una prevalencia en esta población que oscila entre el 10-26%, lo que conlleva mayor riesgo de mortalidad y hospitalización por insuficiencia cardiaca (IC). El objetivo del estudio fue evaluar la respuesta, tanto clínica como ecocardiográfica tras optimización a estimulación en zona de rama izquierda (LBBAP) en este grupo de pacientes.

**Métodos:** Estudio prospectivo unicéntrico con inclusión consecutiva de una cohorte de pacientes con DVI-ECP en clase NYHA II-IV desde agosto 2020 a marzo 2023. Se recogieron variables clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas basales y a medio plazo.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio incluimos 25 pacientes con DVI-ECP en los que se realizó *upgrade* con LBBAP en nuestro centro, de estos 25 pacientes 19 completaron un seguimiento de al menos 6 meses y fueron los que finalmente incluimos en el análisis. La mediana de edad fue de 77 [IQR 69-84] años y se observó un predominio del sexo masculino (89,5%) con elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (58% HTA, 42% DM y 47% hipercolesterolemia). El tiempo medio transcurrido entre el implante de marcapasos convencional y la LBBAP fue de 66,3 meses. En los 12 meses previos a LBBAP 6 pacientes (47%) habían tenido un ingreso por IC y la mayoría presentaban una clase funcional NYHA II-III (89,5%) (tabla). La mediana del QRS previo era 180 ms [IQR 166-194] y de 126 ms [IQR 120-136] posterior al procedimiento (p 0,001). Con una mediana de 7 meses de seguimiento observamos un cambio de la FEVI basal del 31% [IQR 30-34] al 41% [IQR 35-52] (p = 0,001). El NT-proBNP basal fue de 2767 pg/ml [938-9.307] y al final del seguimiento de 1.177 pg/ml [375-5.206] (p 0,01). No hubo complicaciones asociadas al procedimiento. Durante el seguimiento 1 paciente (5%) presentó un ingreso por IC en los primeros 6 meses y 1 falleció (5%) por causa no cardiovascular.

DVI-MCP (n = 19)

Edad		77 [69-84]
Sexo masculino		17 (89,5%)
HTA		11 (58%)
DM		8 (42%)
DLP		9 (47%)
	0	13 (68,4%)
Ingreso IC 12 meses	1	5 (26,3%)
	2	1 (5,3%)
	I	1 (5%)
	II	6 (32%)
NYHA	III	11 (58%)
	IV	1 (5%)
IECA/ARAI/ARNI		19 (100%)
Bloqueador beta		17 (89,5%)
ARM		17 (89,5%)
iSGLT-2		11 (58%)
Diuréticos de asa		13 (68%)
FEVI basal (%)		31 [30-34]

% estimulación		98,5 [97-99]
QRS basal		180 [166-194]
QRS final		126 [120-136]
FEVI 6 meses (%)		41 [35-52]
NT-proBNP basal (pg/ml)		2767 [938-9.307]
NT-proBNP 6 meses (pg/ml)		1.177 [375-5.206]
	No	6 (32%)
Respuesta MCP	Si	10 (53%)
	Hiperrespondedor	3 (15%)

ARAI: antagonistas de receptor de angiotensina II; ARM: antagonistas de receptores mineralcorticoides; ARNI: inhibidores de los receptores de angiotensina y neprilisina; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardiaca; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; iSGLT-2: inhibidor del cotransportador de glucosa sódica de tipo 2; NYHA: clase funcional de la *New York Heart Association*; VD: ventrículo derecho.

**Conclusiones:** La optimización a estimulación fisiológica en zona de rama izquierda en pacientes con DVI-ECP es segura y se asocia a una reducción significativa del QRS, reducción de NT-proBNP y a una mejoría de la FEVI a medio plazo.