



4018-4. RESULTADOS EN FASE AGUDA DE LA RESINCRONIZACIÓN CARDIACA MEDIANTE ESTIMULACIÓN HISIANA

Manuel Molina Lerma, Pablo J. Sánchez Millán, Rosa Macías Ruíz, Juan Jiménez Jáimez, Luis Tercedor Sánchez, Mercedes Cabrera Ramos, Javier Ramos Maqueda, Lorena González Camacho, Lucía Torres Quintero y Miguel Álvarez López, del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento de resincronización cardiaca (TRC) tiene como objetivo disminuir la duración del complejo QRS para revertir la asincronía y mejorar la función ventricular y la sintomatología asociada. La efectividad de la estimulación hisiana (EH) en este escenario es poco conocida en la actualidad.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico de 70 pacientes con necesidad de estimulación cardiaca según guías de práctica clínica en los que se realizó EH. De ellos analizamos 47 que tenían QRS ancho. Se usó una vaina con preforma específica para His y un electrodo de 4 French conectado al polígrafo para mapeo de la señal. Se consideró éxito cuando se consiguió corrección del bloqueo de rama (o QRS más estrecho) con parámetros aceptables (detección > 0,8 mV y umbral 3,5 V a 1 ms de anchura). Se evaluaron parámetros clínicos, electrocardiográficos y de marcapasos a las 24h tras el implante.

Resultados: Analizamos 47 pacientes (47,5% bloqueo de rama derecha, 37,5% izquierda y 15% dependientes de estimulación) con 69 ± 14 años en los que se consiguió éxito en un 80,9%. La fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) estaba reducida en un 63,8% ($44 \pm 15\%$ global). Un 27% no tenía cardiopatía, 21,3% eran isquémicos y un 17% disfunción ventricular inducida por estimulación y la indicación más frecuente fue el *upgrade* (25%) seguido de rescate de TRC clásica fallida (19,1%) y bloqueo AV paroxístico (8,5%). Se consiguió estrechar de forma significativa el QRS de $184,5 \pm 38$ ms hasta $130,6 \pm 23$ ms ($p = 0,019$) con una detección media de 4 ± 3 mV, umbral de corrección del QRS ancho de $1,8 \pm 1,3V@1$ ms y de captura ventricular de $0,9 \pm 0,4V@1$ ms. El tiempo de fluoroscopia fue de 27 ± 19 minutos. La causa más frecuente de fracaso fue la imposibilidad de estrechar el QRS con umbrales aceptables (66%), seguido de la ausencia de registro de señal hisiana (44%) e inestabilidad en la fijación del electrodo (22%). No hubo asociación estadística entre fracaso y cardiopatía, dilatación auricular, FEVI, tipo de bloqueo de rama o tipo de bloqueo AV. Hubo 2 complicaciones en fase aguda: pérdida de captura que obligó a reintervención precoz y neumotórax en un abordaje derecho que se resolvió con tratamiento conservador.

Conclusiones: La EH para la TRC es eficaz para estrechar el QRS con un elevado porcentaje de éxito, parámetros aceptables y una baja tasa de complicaciones.