



5001-7. MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA SOMETIDOS A RESINCRONIZACIÓN MEDIANTE UN ALGORITMO DE OPTIMIZACIÓN DINÁMICA: RESULTADOS A UN AÑO

Sem Briongos Figueroa¹, Álvaro Estévez Paniagua¹, Luisa Pérez Álvarez², J. Bautista Martínez Ferrer³, Luis Álvarez Acosta⁴, Ignasi Anguera Camós⁵, Enrique García Campo⁶, Fernando Pérez Lorente⁷, José Manuel Porres⁸, Julián Pérez Villacastín⁹ y Roberto Muñoz Aguilera¹, del ¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, ²Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, ³Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava), ⁴Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife (Tenerife), ⁵Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet del Llobregat (Barcelona), ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Xeral-Cíes, Vigo (Pontevedra), ⁷Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia, ⁸Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa) y ⁹Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Adaptiv-CRT (aCRT) es un algoritmo disponible en determinados dispositivos de resincronización cardiaca (RSC) que proporciona estimulación sincronizada (ES) en el ventrículo izquierdo (VI) en lugar de biventricular (BIV), además de ajustar ambulatoriamente los intervalos auriculoventricular e interventricular de un modo dinámico. Nuestro objetivo fue comparar la morbilidad y mortalidad a un año de pacientes con tratamiento de RSC convencional frente a aquellos con ESVI.

Métodos: Seleccionamos a pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) sintomática en ritmo sinusal sometidos al primer implante de un RSC, de un registro nacional y multicéntrico (2012-2017). El objetivo primario fue el compuesto de muerte por todas las causas u hospitalización por IC.

Resultados: Analizamos 206 pacientes (edad media 66,1 años [$\pm$ 8,7]; 73,3% varones). Basalmente, un 93% de pacientes presentaban un bloqueo completo de rama izquierda, el QRS medio fue de 160,9 ms ($\pm$ 19,1), la fracción de eyección media del VI fue del 26,5% ($\pm$ 5,6) y un 69,6% estaban en clase III o IV de la NYHA. La etiología de la IC fue no isquémica en la mayoría de casos (63,1%) y encontramos altos porcentajes de tratamiento médico (bloqueadores beta 92%, IECA o ARA II 89% y antagonistas aldosterona 72,2%). Se implantó un dispositivo con el algoritmo aCRT en 87 pacientes pero únicamente en 59 casos fue activado y permaneció habilitado a un año de seguimiento (grupo aCRT). Los otros 147 pacientes formaron el grupo de estimulación BIV (no-aCRT). En el grupo aCRT, la ESVI fue del 53,3% ($\pm$ 37,6) y en ambos grupos el porcentaje de estimulación ventricular fue elevado (97,5% [$\pm$ 2,7] en grupo aCRT frente a 96,1% [$\pm$ 9,4] en grupo no-aCRT; $p = 0,261$). Tras un año de seguimiento, 25 pacientes (12,1%) cumplieron criterios del objetivo primario. El riesgo de muerte u hospitalización por IC fue ligeramente inferior en el grupo aCRT frente al no-aCRT, pero sin diferencias significativas (10,2 frente a 12,9% respectivamente; OR = 0,76, IC: 0,29-2,01, $p = 0,585$).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con IC sometidos a tratamiento de RSC, el algoritmo aCRT presentó un funcionamiento adecuado, consiguiendo altos porcentajes de ESVI. Los pacientes con aCRT mostraron un riesgo de muerte u hospitalización por IC bajo y similar al de pacientes con estimulación BIV. Estudios aleatorizados aclararán el papel de este algoritmo en portadores de tratamiento de RSC.