



6078-566. OPTIMIZACIÓN DINÁMICA DE LA RESINCRONIZACIÓN CARDIACA Y CARGA ARRÍTMICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA PORTADORES DE DAI-TRC

Sem Briongos Figueroa¹, Álvaro Estévez¹, Luisa Pérez Álvarez², J. Bautista Martínez Ferrer³, Luis Álvarez Acosta⁴, Enrique García Campo⁵, Fernando Lorente Pérez⁶, José Manuel Porres⁷, Julián Pérez Villacastín⁸ y Roberto Muñoz Aguilera¹

¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ³Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava). ⁴Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ⁵Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Xeral-Cies, Vigo (Pontevedra). ⁶Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia. ⁷Hospital Donostia (Guipúzcoa). ⁸Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: adaptiv-CRT (aCRT) es un algoritmo que optimiza dinámicamente la resincronización cardiaca (RSC) y proporciona estimulación sincronizada en el ventrículo izquierdo (ESVI). Nuestro objetivo fue comparar el riesgo arrítmico entre portadores de DAI-TRC con RSC biventricular vs RSC mediada por aCRT.

Métodos: UMBRELLA es un estudio nacional y multicéntrico de portadores de DAI, seguidos mediante monitorización remota y con un análisis ciego de los episodios arrítmicos. Seleccionamos a pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) sintomática, en ritmo sinusal tras el primoimplante de un DAI-TRC entre 2012 y 2017. El riesgo arrítmico fue estimado como primera terapia apropiada en zona de fibrilación ventricular (FV) a un año de seguimiento.

Resultados: Estudiamos 206 pacientes (edad media 66,1 años ($\pm 8,7$); 26,7% mujeres; 63,1% etiología no isquémica). Se programó el algoritmo aCRT y permaneció habilitado a un año de seguimiento en 59 pacientes (grupo aCRT); el resto ($n = 147$) recibieron estimulación biventricular (grupo no-aCRT). Basalmente, la FEVI media fue 26,5% ($\pm 5,6$), el 69,6% estaban en NYHA III o IV, el QRS medio fue 160,9 ms ($\pm 19,1$) y un 93% de pacientes presentaban un bloqueo de rama izquierda. El tratamiento estaba optimizado en la mayoría de la población (betabloqueantes: 92%; inhibidores del SRAA: 89%; y antagonistas aldosterona: 72,2%). No hubo diferencias en las características basales de los grupos de estudio. La indicación del DAI y el tipo de programación se muestran en la tabla. El porcentaje de estimulación ventricular fue similar a 12 meses ($96,1 \pm 9,4$ vs $97,5 \pm 2,7\%$, respectivamente para grupo aCRT y no-aCRT; $p = 0,261$). En el grupo aCRT, la ESVI fue un 53,3% ($\pm 37,6$) del total de estimulación. Tras un año de seguimiento, 16 pacientes (7,8%) recibieron una terapia apropiada del DAI en zona de FV, la mayoría secundarias a episodios de TVMS ($n = 14$). La incidencia de terapias apropiadas fue menor en el grupo aCRT en comparación con el grupo no-aCRT (3,4 vs 9,5% respectivamente) pero no encontramos diferencias significativas en el riesgo (OR = 0,33 CI 0,07-1,51, $p = 0,155$).

Indicación del DAI y programación antitaquicardia

	Total (n = 206)	aCRT (n = 59)	No-aCRT (n = 147)	p
Prevención primaria	93,2%	94,9%	92,5%	0,761
Punto corte zona FV > 188 lpm	97,1%	96,6%	97,3%	0,796
NID (zona FV) > o igual 30/40	47,1%	71,2%	37,4%	0,001
Zona TV rápida (en zona FV) ON	27,1%	26,4%	28,8%	0,724
Punto corte zona TV rápida (ms)	265,1 ± 21,1	258,2 ± 10,7	267,7 ± 23,5	0,220
Zona TV ON	42,7%	39%	44,2%	0,492
Punto corte zona TV (ms)	356,9 ± 14,2	353,1 ± 11,5	358,5 ± 14,9	0,013

Conclusiones: En pacientes con IC portadores de DAI-TRC, la ESVI proporcionada por aCRT se asoció con un riesgo bajo de arritmias potencialmente mortales, a un año de seguimiento. Estudios más amplios son necesarios para determinar el beneficio arrítmico de este algoritmo de optimización dinámica de la RSC.