



5003-11. GESTIÓN REMOTA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA MEDIANTE UN ALGORITMO MULTIPARAMÉTRICO: REGISTRO RE-HEART

Javier de Juan Bagudá¹, Juan José Gavira Gómez², Marta Pachón Iglesias³, Rocío Cózar León⁴, Ángel Manuel Iniesta Manjavacas⁵, Virgilio Martínez Mateo⁶, José Manuel Rubín López⁷, M^a Fe Arcocha Torres⁸, Josebe Goirigolzarri Artaza⁹, Carlos de Diego Rus¹⁰, M. Olga Medina Moreno¹¹, Juan Gabriel Martínez Martínez¹², Gonzalo Luis Alonso Salinas¹³, Carlos Briz de Felipe¹⁴ y Rafael Salguero Bodes¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra). ³Complejo Hospitalario de Toledo. ⁴Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁵Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁶Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real). ⁷Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias). ⁸Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Vizcaya). ⁹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ¹⁰Hospital de Torrevieja (Alicante). ¹¹Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). ¹²Hospital General Universitario de Alicante. ¹³Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ¹⁴Boston Scientific, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El algoritmo HeartLogic combina múltiples sensores del desfibrilador automático implantable (DAI), con o sin terapia de resincronización (TRC-D), en un índice para la predicción de la descompensación inminente de la insuficiencia cardiaca (IC). La experiencia reportada en vida real es escasa.

Métodos: Se analizó la asociación entre eventos clínicos y las alertas HeartLogic en los pacientes de 13 centros. Se estudiaron dos fases: ciega (desde la implantación del DAI/TRC-D hasta la activación de las alertas, durante la cual no se pudieron realizar actuaciones clínicas en respuesta a las alertas) y abierta (tras la activación de las alertas, cuando los investigadores podían actuar tras una alerta).

Resultados: Analizamos 215 pacientes (67 ± 13 años, 77% varones, 53% con cardiopatía isquémica) con DAI (19%) o TRC-D (81%). La mediana de la duración de la fase ciega fue de 8 [3-12] meses. En esta fase hubo 34 alertas en 20 pacientes, que se asociaron con 6 hospitalizaciones y 5 visitas no planificadas por IC. Cinco alertas no se relacionaron con IC, pero asociaron otros eventos clínicos o con cambios de tratamiento. La tasa de alertas inexplicables fue 0,25 paciente/año. La mediana de tiempo en alerta fue mayor en el caso de las hospitalizaciones por IC que en las visitas en consultas (75 [min-máx: 30-155] días frente a 39 [min-máx: 5-105] días). El valor máximo del índice HeartLogic fue de 38 ± 15 en las hospitalizaciones y de 24 ± 7 en los eventos menores de IC. La mediana de la duración de la fase abierta fue de 5 [2-10] meses. En la fase abierta se notificaron 40 alertas en 26 pacientes. Veintisiete (68%) alertas se asociaron con diversos problemas clínicos (IC u otros) o con cambios en tratamiento de IC. Estas alertas provocaron: hospitalización por IC (4), visitas no programadas (8), aumento de diuréticos (8), cambios en otros medicamentos (5), reprogramación de dispositivos (2), ablación de fibrilación auricular (1), educación del paciente en IC (2). La tasa de alertas inexplicables fue de 0,13 paciente/año. Las alertas se gestionaron de forma remota, excepto una que generó una visita no programada.

Conclusiones: El índice HeartLogic se asoció frecuentemente con descompensaciones de IC, identificándolas en fases iniciales y de forma remota. Esto permite implementar acciones para resolverlas, asumiendo una tasa de alertas inexplicables baja.