



5019-3. RESINCRONIZACIÓN TEMPRANA, CUANDO EL TIEMPO IMPORTA

Paloma Remior Pérez, Paula Vela Martín, Daniel García Rodríguez, Melodie Segura Domínguez, Diego Jiménez Sánchez, Eusebio García-Izquierdo Jaén, Cristina Aguilera Agudo, Jorge Toquero Ramos, Ignacio Fernández Lozano, Ramón Garrido González, Sergio García Gómez, Susana Mingo Santos, Vanessa Moñivas Palomero y Víctor Castro Urda

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La terapia de resincronización cardiaca (TRC) está indicada en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) sintomáticos con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida (FEVI \leq 35%) y características electrocardiográficas favorables, a pesar de tratamiento médico óptimo (TMO) durante al menos 3 meses. El objetivo del estudio fue comprobar si una latencia mayor a 3 meses desde el diagnóstico de IC al implante de TRC se relaciona con peores resultados clínicos y ecográficos.

Métodos: Registro retrospectivo de 423 pacientes con implante TRC entre 2009-2019. Se registraron las características basales, electrocardiográficas y ecográficas previas al implante, el tratamiento recibido y el tiempo desde la indicación hasta implante. Como eventos clínicos se incluyeron: hospitalización por IC, necesidad de trasplante o asistencia ventricular o muerte por cualquier causa hasta fecha de fin de seguimiento (diciembre 2021). El evento clínico combinado incluyó los anteriores. Se definieron 2 grupos de comparación: implante precoz (\leq 3 meses). Se definieron respondedores (RE) como aumento de FEVI \geq 5% y superrespondedores (SRE) como aumento \geq 20% o FEVI \geq 45% durante el seguimiento. Se consideró TMO de acuerdo a guías.

Resultados: Las características basales se recogen en la tabla. No hubo diferencias significativas en factores de riesgo entre ambos grupos, salvo tabaquismo, que fue menor en el de implante precoz. En el grupo de implante tardío el porcentaje de pacientes con TMO fue mayor. En ambos grupos se observó un aumento de FEVI al año y durante el seguimiento desde el implante, siendo significativamente mayor en el de implante precoz. El porcentaje de pacientes RE y SRE fue mayor en el grupo de implante precoz al año (RE: 72,2 vs 60,4%; SRE: 50 vs 29%) y en el seguimiento (RE: 77,2 vs 63%; SRE: 63,2 vs 34,9%). Todas estas comparaciones alcanzaron significación estadística excepto la tasa de RE a 1 año. El grupo de implante precoz presentó una tendencia no significativa a mejores resultados en el evento clínico combinado y en el evento IC/muerte (fig.).

Características basales, electrocardiográficas, ecográficas y clínicas de ambos grupos

Implante precoz (n = 62)	Implante tardío (n = 361)	Total (n = 423) p
--------------------------	---------------------------	-------------------

Sexo (varón, %)	49 (79)	290 (80,3)	339 (80,1)	0,813
Hipertensión arterial (%)	36 (58,1)	239 (66,2)	275 (65)	0,214
Diabetes mellitus (%)	21 (33,9)	135 (37,4)	156 (36,9)	0,595
Dislipemia (%)	30 (48,4)	192 (53,2)	222 (52,5)	0,485
No fumador (%)	30 (52,6)	158 (47,3)	188 (48,1)	
Fumador (%)	11 (19,3)	24 (7,2)	35 (9,0)	0,003
Exfumador (%)	16 (28,1)	152 (45,5)	168 (43,0)	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (%)	12 (19,4)	45 (12,5)	57 (13,5)	0,142
Enfermedad renal crónica (%)	16 (25,8)	96 (26,6)	112 (26,5)	0,897
Etiología (%)				
Isquémica	23 (37,1)	150 (41,6)	173 (40,9)	
Idiopática	14 (22,6)	107 (29,6)	121 (28,6)	
Valvular	11 (17,7)	32 (8,9)	43 (10,2)	0,25
Enólica	0	9 (2,5)	9 (2,1)	
Otros	14 (22,6)	63 (17,5)	77 (18,2)	
Fibrilación auricular (%)	28 (45,2)	146 (40,4)	174 (41,1)	0,486
QRS ms (Me, RIC)	153 (140-160)	160 (150-1172)	160 (147-176)	0,789
Bloqueo de rama derecha (%)	5 (8,1)	20 (5,5)	25 (5,9)	0,080

Bloqueo de rama izquierda (%)	35 (56,5)	257 (71,2)	292 (69)	
TCIV (%)	0	6 (1,7)	6 (1,4)	
Ritmo de marcapasos (%)	19 (30,6)	62 (17,2)	81 (19,1)	
Bloqueo rama derecha + hemibloqueo anterior (%)	3 (4,8)	16 (4,4)	19 (4,5)	
Tratamiento médico óptimo (%)	20 (32,3)	195 (54)	215 (50,8)	0,002
IECA/ARA II (%)	47 (75,8)	308 (85,3)	355 (83,9)	0,060
Bloqueadores beta (%)	45 (72,6)	319 (88,4)	364 (86,1)	0,001
ARM (%)	26 (41,9)	231 (64,0)	257 (60,8)	0,001
ARNI (%)	3 (4,8)	24 (6,6)	27 (6,4)	0,781
ISGLT2 (%)	0	1 (0,9)	1 (0,1)	1,000
FEVI implante% (Me, RIC)	28 (20-34)	28 (24-32)	28 (23-33)	0,423
FEVI al año% (Me, RIC)	42 (33-50)	37 (29-45)	38 (30-45)	0,003
FEVI seguimiento% (Me, RIC)	46 (32-52)	39 (29-49)	49 (30-49)	0,001
Respondedor al año (%)	39 (72,2)	191 (60,4)	230 (62,2)	0,099
Respondedor > 1 año (%)	44 (77,2)	206 (63,0)	250 (65,1)	0,038
Superrespondedor al año (%)	27 (50,0)	90 (28,5)	117 (31,6)	0,002
Superrespondedor > 1 año (%)	36 (63,2)	114 (34,9)	150 (39,1)	0,0001

ARAI: antagonista receptor angiotensina II. ARM: antagonista receptor mineralocorticoides. ARNI: antagonista receptor neprelisina. FEVI: Fracción eyección ventrículo izquierdo. ISGLT2: inhibidor cotransportador Na-glucosa tipo 2.



Kaplan-Meier del evento combinado (izquierda, log rank $p = 0,609$) y compuesto de muerte e insuficiencia cardiaca (derecha, log rank $p = 0,363$).

Conclusiones: La TRC ha demostrado mejorar la supervivencia y reducir las hospitalizaciones en pacientes con IC. Sin embargo, la optimización del TMO retrasa habitualmente el implante. Los resultados de este estudio sugieren que un implante precoz se relaciona con mejores resultados ecográficos y clínicos.