



4. PAPEL DE LA FRAGMENTACIÓN DEL QRS EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA SOMETIDOS A TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Rodríguez López Carlos¹, Camila Sofía García Talavera², Marcelino Cortés García¹, Lara de Miguel García¹, Jorge Balaguer Germán¹, José Antonio Esteban Chapel¹, José María Romero Otero¹, Ana Venegas Rodríguez¹, Mikel Taibo Urquía¹, Ana María Pello Lázaro¹, José Tuñón Fernández¹, Francisco de Asís Díaz Cortegana¹, María Loreto Bravo Calero¹, Carla Lázaro Rivera¹ y José Manuel Rubio Campal¹

¹Cardiología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España y ²Cardiología. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño (La Rioja), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La terapia de resincronización cardiaca (TRC) ha demostrado reducir la mortalidad y la hospitalización por insuficiencia cardiaca en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER). Sin embargo, hay un importante porcentaje de reingresos por insuficiencia cardiaca (IC) tras el implante. En los últimos años, se han identificado biomarcadores y características electrocardiográficas potencialmente relacionados con el pronóstico en estos pacientes. La fragmentación del complejo QRS (fQRS) es una de estas características y se ha relacionado con un peor pronóstico en diversas cardiopatías. El objetivo es analizar si la fQRS se asocia a ingresos por IC en pacientes sometidos a TRC.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes sometidos a TRC entre octubre de 2009 y diciembre de 2022. Se registraron variables demográficas clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas mediante historia clínica electrónica y entrevistas telefónicas. La fQRS se definió como la presencia de diferentes patrones RSR? incluyendo una onda R adicional (R?), *notch* de la onda R y la onda S o la presencia de más de 1R? en dos derivaciones contiguas en el electrocardiograma.

Resultados: Se incluyeron 244 pacientes. Las características basales se muestran en la tabla. En el 58,6% de los casos se identificó fQRS en el ECG previo al implante. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 27,4 meses. Al final del periodo de seguimiento, la FEVI media fue de 33,2% y 87,0% presentaron NYHA clase I-II. La mortalidad total fue del 28,7%. Además, el 29,1% de los pacientes presentaron al menos una hospitalización por IC (22,5% con fQRS y 6,6% sin fQRS previa al implante). El análisis de supervivencia multivariado con regresión de Cox mostró que la presencia de fQRS en el ECG previo al implante fue un predictor independiente de ingresos por IC (HR 2,24; IC95% 1,20-4,18). Las curvas de Kaplan-Meier para la hospitalización por IC se muestran en la tabla.

Características basales (n = 244)

Edad, años 71,8 (9,8)

Sexo masculino, n (%)	194 (79,5%)
Hipertensión, n (%)	173 (70,9%)
Diabetes, n (%)	98 (40,2%)
Enfermedad renal crónica, n (%)	142 (58,2%)
Bloqueadores beta, n (%)	224 (91,8%)
IECA/ARAII, n (%)	100 (41,0%)
ARM, n (%)	150 (61,5%)
ARNI, n (%)	101 (41,6%)
iSGLT2, n (%)	40 (52,6%)
Furosemida, n (%)	185 (71,6%)
Etiología isquémica, n (%)	120 (49,2%)
Anchura QRS (ms)	157,9 (29,4)
Bloqueo de rama izquierda, n (%)	200 (82,6%)
TRC-D, n (%)	174 (71,3%)
Fracción de eyección del VI al implante, %	24,9 (9,8)
Fragmentación del QRS al implante, n (%)	143 (59,1%)
Clase funcional NYHA I-II al implante, n (%)	131 (58,8%)

Media (desviación estándar); IECA: inhibidores del enzima convertidor de angiotensina; ARAII: antagonista del receptor de angiotensina II; ARNI: antagonistas del receptor de angiotensina/inhibidores de la neprilisina; ARM: antagonistas del receptor de mineralocorticoides; iSGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; TRC-D: Terapia de resincronización cardiaca con desfibrilador.



Hospitalización IC: curvas Kaplan Meier.

Conclusiones: Según nuestros resultados, la fQRS previa al implante de TRC en pacientes con ICFer es un predictor independiente para la hospitalización por IC. Por tanto, estos pacientes podrían beneficiarse de un seguimiento más estrecho ya que presentan un mayor riesgo de descompensación de IC. No obstante, son precisos más estudios que confirmen estos resultados.