



6110-4. ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS FARMACOLÓGICO CON REGADENOSÓN: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE SU USO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Marta Fernández Galindo¹, Celia Denche Sanz¹, Rocío Abad Romero¹, Sara Nieto Becerro¹, Sofía Capdeville², José Antonio García Robles¹, Cristina Martín-Arriscado Arroba³, Fernando Arribas Ynsaurriaga¹ y Jorge Solís Martín¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ²Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (imas12), Madrid, España y ³Fundación Investigación Biomédica Hospital 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El regadenosón se está expandiendo como vasodilatador coronario selectivo en las pruebas de estrés por su excelente perfil de seguridad, datos de aceptable precisión diagnóstica en isquemia miocárdica (IM) y la necesidad de alternativa a los otros fármacos por sus limitantes efectos adversos. No obstante, la evidencia en la ecocardiografía de estrés (EE) es escasa. Nuestro objetivo: valorar la seguridad y pronóstico a corto-medio plazo de los pacientes sometidos a EE con regadenosón (EER) tras aumentar el tamaño muestral.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Inclusión consecutiva de pacientes que se someten a EER para valoración de IM durante 2017-2023. Se dividieron a los pacientes según resultado en grupo positivo (GP) o negativo (GN) para su comparación. La seguridad se definió según la necesidad de uso del antídoto. Se consideró prueba positiva a la aparición de alteraciones sugestivas de IM ecocardiográficas, eléctricas y/o clínicas. Para valorar el pronóstico, se registraron durante el seguimiento muerte por todas las causas, eventos isquémicos (EI) (angina inestable, infarto de miocardio o muerte cardiovascular [CV]) y otros eventos CV como ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) o ictus. Además, se analizaron los casos sometidos a coronariografía (CNG).

Resultados: 344 pacientes fueron incluidos con una mediana de seguimiento de 29 meses. Los principales resultados se exponen en la tabla. Los eventos adversos fueron pocos, requiriendo administrar el antídoto por bigeminismo ventricular y por episodio de broncoespasmo. La probabilidad pretest de enfermedad coronaria obstructiva (ECO) fue alta en el 93% de los pacientes. El 11% de las EER fueron positivas, presentando mayor tasa de ingresos por IC y EI respecto al GN. La incidencia acumulada de los EI fue de 3,8. El evento de muerte CV en el GN se debió a una arritmia ventricular en un paciente con cardiopatía isquémica previa. En el subgrupo de 56 pacientes con CNG, en el GP se encontró significativamente mayor ECO, necesidad de revascularización y ECO multivaso. Entre las causas de revascularización del GN, 4 fueron por EI.

Características de la población a estudio y resultados principales

Variable	Total (n = 344)	Grupo negativo (n = 307)	Grupo positivo (n = 37)	p
Edad, años	71 ± 10	71 ± 11	74 ± 8	0,17
Sexo, varón	194 (56%)	170 (55%)	24 (65%)	0,27
Hipertensión arterial	271 (79%)	238 (78%)	33 (89%)	0,11
Cardiopatía isquémica crónica	103 (30%)	90 (30%)	13 (36%)	0,41
Alta probabilidad de ECO *	320 (93%)	285 (93%)	35 (95%)	0,69
Petición por síntomas compatibles con isquemia	216 (63%)	192 (63%)	24 (65%)	0,78
Previo cirugía no cardíaca	107 (31%)	96 (31%)	11 (30%)	0,85
Tiempo seguimiento, meses	29 (20-48)	29 (20-50)	28 (20-46)	0,89
Eventos cardiovasculares	43 (13%)	29 (9%)	14 (38%)	0,01
Ictus	6 (2%)	5 (2%)	1 (3%)	0,64
Ingreso por insuficiencia cardíaca	26 (7%)	17 (5%)	9 (24%)	0,01
Eventos isquémicos miocárdicos	13 (4%)	7 (2%)	6 (16%)	0,01
Angina inestable	5 (1%)	3 (1%)	2 (5%)	0,03
Infarto agudo de miocardio	5 (2%)	3 (1%)	2 (5%)	0,03
Muerte por causa CV	3 (1%)	1 (1%)	2 (5%)	0,01
Tiempo al evento, días	210 (99-420)	210 (120-480)	210 (40-390)	0,47
ECO > 70%	28 (8%)	11 (4%)	17 (46%)	0,01
ECO > 70% multivaso	16 (57%)	3 (27%)	13 (76%)	0,01

Revascularización	22 (6%)	8 (3%)	14 (38%)	0,01
ECO: enfermedad coronaria obstructiva; CV: cardiovascular. *Definido como al menos una de los siguientes: > 15% de probabilidad pretest de enfermedad coronaria obstructiva según edad, sexo y síntomas, al menos 2 factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, historia familiar de cardiopatía isquémica), cardiopatía isquémica conocida, sospecha de isquemia en electrocardiograma o ecocardiograma. Los resultados se expresan como media $\pm$ DE, n (%) o mediana (rango intercuartílico).				

Conclusiones: Tras aumentar el tamaño muestral, la probabilidad de un EI se mantiene bajo tras una EER negativa. Sumado a su buen perfil de seguridad, la EER apunta ser una alternativa segura y útil para la valoración pronóstica de IM en pacientes de alto riesgo CV e imposibilidad de realizar ejercicio.