



5023-3. EL SÍNDROME DE FRAGILIDAD ES UNA VARIABLE A TENER EN CUENTA PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DE UNA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA CON DESFIBRILADOR

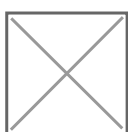
Corabel Méndez Vargas¹, Alberto Domínguez Rodríguez¹, Marta Martín Cabezas¹, Natalia Caballero Estévez¹, Felisa Vanesa Martín Casañas¹, Pedro Abreu González², Anibal Rodríguez¹ e Ignacio Laynez Cerdeña¹ del ¹Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) y ²Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

Resumen

Introducción y objetivos: La terapia de resincronización cardiaca con desfibrilador (TRC-D) aumenta la supervivencia y mejora la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) avanzada. El síndrome de fragilidad a menudo está presente en los pacientes con IC avanzada. El objetivo del presente estudio es determinar si la presencia de fragilidad se asocia a impacto pronóstico tras la implantación de un dispositivo de TRC-D.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes diagnosticados de IC en clase funcional de la New York Heart Association III-IV, con QRS $\geq$ 120 ms y fracción de eyección $\geq$ 35%, ingresados en nuestro centro con indicación para implantar un TRC-D. En todos los pacientes previos a la implantación del TRC-D se realizó una medida estandarizada de fragilidad y se recogieron variables clínicas y analíticas. Después de la implantación del TRC-D se realizó un seguimiento a los pacientes durante 12 meses. Se consideraron eventos cardiovasculares adversos en el seguimiento, tras implantar la TRC-D, tanto la hospitalización por IC como la mortalidad total, incluida la muerte súbita.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 102 pacientes (edad media 73 ± 4 años, 53% varones), de los que 29 (28,4%) cumplían criterios de fragilidad, 13 (12,7%) eran prefrágiles y 60 (58,8%) eran robustos o no frágiles. En cuanto a las variables clínicas y analíticas basales, solo existía diferencia estadísticamente significativa con la hipertensión siendo más prevalente en los pacientes robustos (55,4%) frente a los frágiles (36,5%) y prefrágiles (8,1%) ($p = 0,004$). Con un seguimiento de 12 meses, 44 pacientes presentaron eventos cardiovasculares adversos: 29 pacientes en el grupo de los frágiles, 13 en los prefrágiles y 2 en los robustos ($p = 0,0001$). En un análisis de regresión de Cox la velocidad de aparición de los eventos cardiovasculares adversos se relacionó con la fragilidad (tabla). Se construyó una curva de supervivencia de Kaplan-Meier dividiendo la muestra en 3 grupos en función de los criterios de fragilidad y la probabilidad del evento. (fig.).



Curva de supervivencia de Kaplan-Meier.

Modelos parciales de regresión de Cox

	<i>Hazard ratio</i>	IC95%	Valor p
Modelo 1 (no ajustado)			
Fragilidad (categoría de referencia robusto)			
Prefrágil	56,8	12,71-253,98	0,001
Frágil	73,3	17,07-314,25	0,001
Modelo 2 (ajustado por: edad, sexo, DM e HTA)			
Fragilidad (categoría de referencia robusto)			
Prefrágil	61,9	13,34-286,83	0,001
Frágil	106,9	22,91-498,93	0,001
Modelo 3 (Ajustado por: edad, DM, índice de Charlson e HTA)			
Fragilidad (categoría de referencia robusto)			
Prefrágil	68,9	14,63-324,46	0,001
Frágil	114,1	24,4-532,42	0,001

DM: diabetes mellitus. HTA: hipertensión arterial.

Conclusiones: Los resultados sugieren que en pacientes con IC avanzada e indicación para implantar TRC-D, debe medirse la presencia de fragilidad previa a la implantación del TRC-D, para estratificar el pronóstico y probablemente seleccionar el tratamiento.