



5020-16. RESINCRONIZACIÓN CARDIACA MEDIADA POR UN ALGORITMO DE OPTIMIZACIÓN DINÁMICA LATIDO A LATIDO EN COMPARACIÓN CON ESTIMULACIÓN CONVENCIONAL, EN PACIENTES DE VIDA REAL

Sem Briongos Figueroa¹, Álvaro Estévez¹, María Luisa Pérez², J. Bautista Martínez Ferrer³, Luis Álvarez Acosta⁴, Ignasi Anguera Camos⁵, Enrique García Campo⁶, Julián Pérez Villacastín⁷ y Roberto Muñoz Aguilera¹

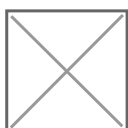
¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ³Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava). ⁴Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Xeral-Cies, Vigo (Pontevedra). ⁷Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La terapia de resincronización cardiaca (TRC) mediada por el algoritmo adaptiv-CRT (aCRT) adapta el intervalo aurículoventricular e interventricular y proporciona estimulación única en el ventrículo izquierdo sincronizada con la conducción nativa por la rama derecha, en lugar de estimulación biventricular. El objetivo de nuestro estudio es comparar ambos tipos de estimulación en pacientes de vida real.

Métodos: Seleccionamos pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) en ritmo sinusal tras primoimplante de TRC, del registro nacional y multicéntrico UMBRELLA (2012-2017). Los eventos estudiados fueron: a) mejoría en la clase funcional (CF) NYHA, definida como reducción de ≥ 1 grado en la CF; y b) mejoría en la FEVI, definida como cambio absoluto en la FEVI ($\geq 10\%$). Ambos eventos se analizaron a 1 año de seguimiento.

Resultados: Estudiamos 206 pacientes ($66,1 \pm 8,7$ años; 26,7% mujeres), 59 con un dispositivo con aCRT, el cual permaneció habilitado durante el año de estudio (grupo aCRT). Los restantes 147 pacientes formaron el grupo de estimulación biventricular. En el implante, el 69,6% de la población estaba en CF NYHA III o IV, la FEVI media era de $26,1 \pm 5,5\%$ y la etiología más frecuente de la IC fue la no isquémica (63,1%). La mayoría de la muestra estaba bajo tratamiento médico óptimo (92% beta-bloqueantes, 89% inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona y 72,2% antagonistas de la aldosterona). No hubo diferencias basales entre los grupos de estudio. Tras un año de seguimiento, 151 pacientes mejoraron ≥ 1 grado su CF (73,3%) (fig.). Dicho porcentaje fue mayor en el grupo aCRT (78,6%) que en grupo de estimulación convencional (71,1%) pero la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,290$). En la población global, FEVI media al año de seguimiento mejoró hasta $37,1 \pm 10,6\%$ ($p < 0,001$). El incremento de la FEVI fue mayor en el grupo aCRT (de $25,9 \pm 5,7\%$ a $38,1 \pm 8,1\%$) que en el grupo de estimulación biventricular (de $26,2 \pm 5,4\%$ a $36,6 \pm 11,4\%$) pero sin diferencias estadísticamente significativas ($\geq 10\%$ FEVI: $12,1 \pm 9,2$ vs $10,5 \pm 11,9\%$, respectivamente; $p = 0,382$).



Conclusiones: en nuestra población de pacientes con IC, la optimización dinámica de la TRC ofreció una mejoría clínica y de la FEVI, similar a la estimulación cardíaca biventricular a un año de seguimiento. Son necesarios estudios más amplios para demostrar la eficacia real del algoritmo aCRT.