



6046-11. IMPACTO DE LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA SOBRE LA TITULACIÓN DE LA MEDICACIÓN NEUROHORMONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA VIDA REAL

Cristina García Sebastián, Miguel Amores Luque, Sonia Antoñana Ugalde, Eduardo Franco Díez, Cristina Lozano Granero, Marta Jiménez-Blanco Bravo, Susana del Prado Díaz, David Cordero Pereda, Javier Moreno Planas, Jesús Álvarez García y José Luis Zamorano Gómez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La terapia de resincronización cardiaca (TRC) está ampliamente extendida entre los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección reducida y bloqueo de rama izquierda (BRI). Estudios previos han sugerido que su efecto beneficioso sobre la mecánica cardiaca puede favorecer la titulación de la medicación neurohormonal. Nuestro objetivo principal fue evaluar la tolerancia y titulación de estos fármacos tras la TRC.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyeron consecutivamente todos los pacientes candidatos a TRC en seguimiento por la Unidad de IC de un hospital terciario desde noviembre de 2006 hasta mayo de 2020. Se evaluó el uso de fármacos antirremodelado y su titulación antes del implante y al año de seguimiento. De forma secundaria, se analizaron las tasas de hospitalización y de mortalidad por cualquier causa.

Resultados: Se incluyeron un total de 65 pacientes, con una mediana de edad de 74 (63-81) años y un 69% (47) de varones. Tras una mediana de seguimiento de 383 días (326-432), observamos un mayor uso de bloqueadores beta (BB) (84,6 vs 100%, $p = 0,002$), inhibidores del receptor de angiotensina y neprilisina (ARNI) (30,8 vs 52,3%, $p = 0,001$) y antagonistas del receptor de mineralocorticoides (ARM) (60,9 vs 79,4%, $p = 0,001$). No encontramos diferencias en la titulación de dosis (tabla). Tampoco hubo diferencias significativas en el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de angiotensina II (ARAII) (50,8 vs 43,1%, $p = 0,25$) ni en la necesidad de furosemida (65,7 vs 70,8%, $p = 0,56$). Combinando IECA, ARAII y ARNI como un grupo terapéutico, observamos igualmente un incremento significativo al año del implante de la TRC (81,6 vs 95,4%, $p = 0,007$). 13 (20%) pacientes precisaron ingreso hospitalario durante el año de seguimiento. No se produjo ningún fallecimiento en el tiempo de seguimiento.

Titulación de medicación basal y al año de seguimiento

Familia y dosis

Número

p

Bloqueador beta	55 (84,6%) vs 65 (100%)	0,002
Dosis baja	23 (42,6%) vs 24 (36,9%)	0,173
Dosis media	23 (42,6%) vs 25 (38,5%)	
Dosis alta	8 (14,8%) vs 16 (24,6%)	
IECA o ARAII	33 (50,8%) vs 28 (43,1%)	0,251
Dosis baja	13 (39,4%) vs 15 (53,6%)	0,003
Dosis media	14 (42,4%) vs 5 (15,9%)	
Dosis alta	6 (18,2%) vs 8 (28,6%)	
ARNI	20 (30,8%) vs 34 (52,3%)	0,001
Dosis baja	8 (40%) vs 9 (26,5%)	0,437
Dosis media	3 (15%) vs 10 (29,4%)	
Dosis alta	9 (45%) vs 15 (44,1%)	
IECA, ARAII o ARNI	53 (81,6%) vs 62 (95,4%)	0,007
ARM	39 (60,9%) vs 50 (79,4%)	0,001
Furosemida	44 (65,7%) vs 46 (70,8%)	0,564
Dosis	40 (40;80) vs 40 (40;80)	0,575

IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ARAII: antagonistas del receptor de angiotensina II; ARNI: inhibidores del receptor de angiotensina y neprilisina; ARM: antagonistas del receptor de mineralocorticoides



Titulación de bloqueador beta e IECA/ARAI/ARNI basal y al año de seguimiento.

Conclusiones: En los pacientes con IC con fracción de eyección reducida y BRI de nuestro medio se observa una mejor tasa de implementación de BB, ARNI y ARM tras el implante de la TRC. Se necesitan estudios más amplios con mayor tiempo de seguimiento para confirmar estos hallazgos.