



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

Marta Fernández Galindo<sup>1</sup>, Celia Denche Sanz<sup>1</sup>, Rocío Abad Romero<sup>1</sup>, Sara Nieto Becerro<sup>1</sup>, Sofía Capdeville<sup>2</sup>, José Antonio García Robles<sup>1</sup>, Cristina Martín-Arriscado Arroba<sup>3</sup>, Fernando Arribas Ynsaurriaga<sup>1</sup> y Jorge Solís Martín<sup>1</sup>

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