

Impacto pronóstico de la respuesta ecocardiográfica en la incidencia de eventos cardiovasculares mayores tras el implante la terapia de resincronización cardiaca

Coro Velasco Gametxogoikoetxea(1), Ángela García Zuazola(1), Inés Suescun Colomo(1), Nerea Mora Ayestarán(1), Pablo Ramos Ardanaz(1), Cristina Villabona Rivas(1), Amaia Loyola Arrieta(1), Marina Virosta Gil(1), Miriam Sánchez Sánchez(1), Amaia Yuan Ibargoyen Aira(1), Carmen Rocío Cano González(1), Antoni Prats Navarta(1), Nuria Basterra Sola(1), Mayte Basurte Elorz(1) y Óscar Alcalde Rodríguez(1) de (1)Cardiología. Hospital Universitario de Navarra, Pamplona (Navarra) - España

Introducción: La terapia de resincronización cardiaca (TRC) se asocia con reducción de morbimortalidad. El objetivo del estudio es analizar la incidencia de eventos cardiovasculares mayores (MACE) tras el implante de TRC en función de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) e identificar predictores de super-respuesta (SR).

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico (2006-2025) de pacientes con TRC. Los MACE eran un compuesto de insuficiencia cardiaca (IC) avanzada, arritmias ventriculares mayores (AVM) y mortalidad. Se consideró respondedor ecocardiográfico (R) si mejoría de la FEVI ? 5% al año del implante y super-respondedor (SR) si mejoría ?15%. Se consideró IC avanzada: trasplante, asistencia ventricular y mortalidad por IC. Se definió arritmia ventricular mayor: terapias apropiadas del desfibrilador automático implantable (DAI) (descarga y estimulación antitaquicardia), arritmias sostenidas, parada cardiorrespiratoria o muerte súbita en no portadores de DAI y muerte de causa arrítmica.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes (mediana de edad 69,31 años, 77,3% varones, 72,3% en ritmo sinusal, FEVI basal 30%, 83% con bloqueo de rama izquierda y 70% miocardiopatía dilatada no isquémica). El 37,3% fue SR, el 32% R y el 30,7% fue no-respondedor (NR). Se apreció una disminución progresiva de ingresos por IC (5,7% vs. 10,6% vs. 17,4%, respectivamente). A mayor mejoría de FEVI se observó una tendencia favorable a disminución de MACE (8,9% vs. 18,8% vs. 26,1%, respectivamente), sin alcanzar significación estadística (p=0,07). Esta disminución fue a expensas de una reducción progresiva en AVM (1,8% vs. 18,8% vs. 19,6%, respectivamente; p=0,008). No hubo diferencias significativas en la mortalidad por cualquier causa, aunque ningún super-respondedor falleció por causa cardiovascular. La ausencia de realce tardío de gadolinio (RTG) fue el principal predictor de ser super-respondedor (OR 3,60, IC95%: 1,37-9,50; p=0,010).

Conclusiones: Globalmente la TRC muestra una tendencia a menor incidencia de MACE, sobre todo a expensas de las AVM, y una reducción progresiva de los ingresos por IC. La ausencia de RTG emerge como predictor independiente de ser super-respondedor, con potencial valor en la selección de candidatos y el tipo de dispositivo.

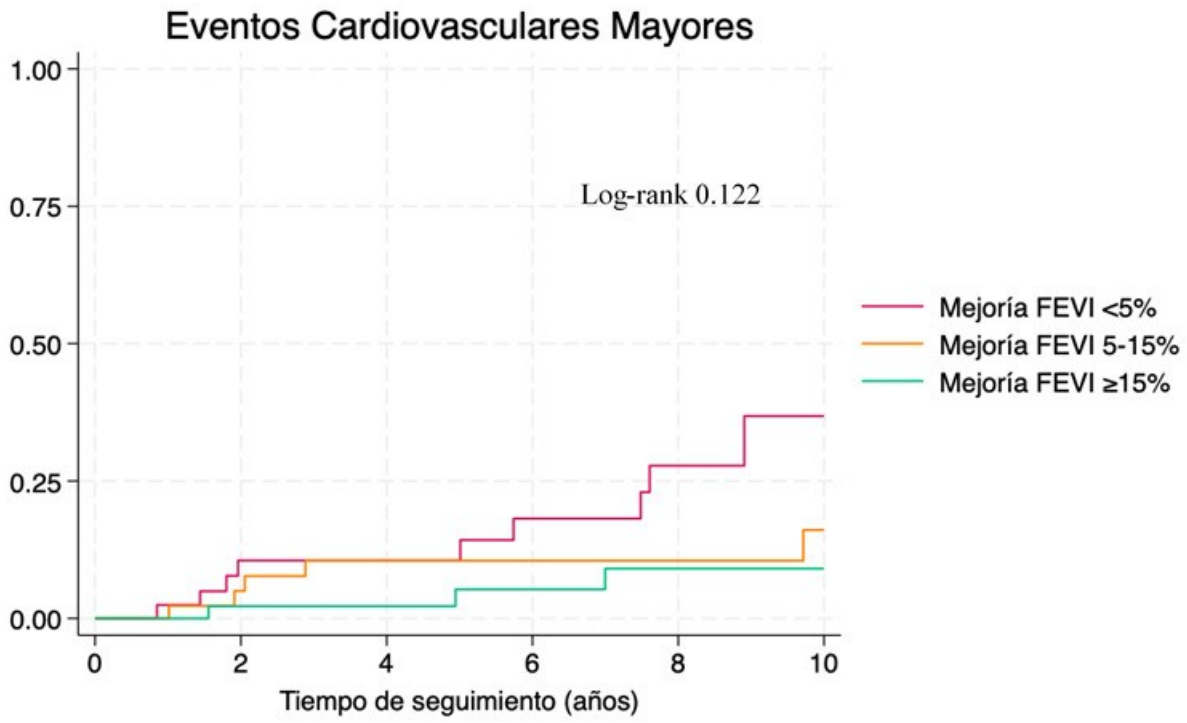


Tabla de eventos en función de la mejoría en la FEVI con la TRC

	Total n=150	**Mejoría ≥15% n=56**	**Mejoría 5-15% n= 48**	**Mejoría <5% n= 46**	**p**
MACE	26 (17,3%)	5 (8,9%)	9 (18,8%)	12 (26,1%)	0,071
IC avanzada	1 (0,67%)	0 (0,00%)	1 (2,08%)	0 (0,00%)	0,343
Arritmias ventriculares mayores	19 (12,7%)	1 (1,8%)	9 (18,8%)	9 (19,6%)	0,008
Mortalidad por cualquier causa	9 (6,1%)	4 (7,4%)	1 (2,1%)	4 (8,7%)	0,357
Ingresos por IC	16 (11%)	3 (5,7%)	5 (10,6%)	8 (17,4%)	0,175

TRC: terapia de resincronización cardiaca. MACE: eventos cardiovasculares mayores. IC: insuficiencia cardiaca. AVM: arritmias ventriculares mayores.