



Revista Española de Cardiología



6078-576. RESPUESTA A LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA: ¿IMPORTA LA ETIOLOGÍA?

María Vigil-Escalera Díaz, Antonio Adebá García, Rut Álvarez Velasco, Noemi Barja González, Miguel Soroa Ortuño, Alejandro Junco Vicente, José Manuel Rubín López, Diego Pérez Díez y César Morís de la Tassa

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Resumen

Introducción y objetivos: La terapia de resincronización cardiaca (TRC) ha demostrado mejorar la sintomatología y el pronóstico en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y BRIHH. Sin embargo, algunos estudios han sugerido una peor respuesta en pacientes con miocardiopatía dilatada de origen isquémico (MCDI) en comparación con aquellos con miocardiopatía dilatada de origen no isquémico (MCDNI). El objetivo de este trabajo es analizar, en nuestra población de pacientes tratados con TRC, si existen diferencias en la respuesta clínica y ecocardiográfica en función del tipo de cardiopatía subyacente.

Métodos: Cohorte ambispectiva de 107 pacientes afectados de MCDI y MCDNI tratados con TRC desde enero 2017 a julio 2018. Se analizaron la clase funcional NYHA, FEVI, anchura del QRS y la severidad de insuficiencia mitral al implante y a los 12 meses de seguimiento, así como los ingresos hospitalarios y la mortalidad de causa cardiovascular, comparando los datos obtenidos entre ambas poblaciones.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes (edad media 69,7 años; 63,6% varones). 21 pacientes (19,8%) se encontraban en fibrilación auricular (FA) en el momento del implante. Según la etiología, diferenciamos 41 pacientes (35%) con MCDI y 66 (57%) con MCDNI. La FEVI, el porcentaje de insuficiencia mitral (IM) significativa, la clase funcional NYHA y la anchura QRS basal, fue similar en ambos grupos (tabla). A los 12 meses de seguimiento, los pacientes con MCDNI presentaron una mayor mejoría de la FEVI, así como menos ingresos hospitalarios y una menor mortalidad cardiovascular, todo ello, estadísticamente significativo en comparación con los pacientes del grupo de MCDI.

Comparación de datos clínicos y ecocardiográficos de pacientes con miocardiopatía dilatada isquémica (MCDI) y no isquémica (MCDNI): variables basales y tras un año del implante de TRC

	MCDI	MCDNI	p
N (%)	41 (35,3%)	66 (56,9%)	0,0298
Edad implante	71,5 (6,6)	68,5 (10,0)	0,0657

Sexo masculino	32 (78,1%)	36 (54,6%)	0,0141
DAI	32 (78,1%)	49 (74,2%)	0,6551
FEVI basal	27,3 (8,0)	29,2 (6,8%)	0,2053
IM grado 3-4 basal	10 (24,4%)	20 (31,2)	0,4478
NYHA basal 3-4	20 (48,8%)	28 (45,2%)	0,7185
QRSd basal	167 (22,9)	166,9 (21,9)	0,9828
FA en implante	8 (19,5%)	13 (20%)	0,9508
FEVI año	32,5 (1,8)	43,0 (1,9)	0,0005
Mejoría FEVI	6,7 (8,4)	14 (12,6)	0,0260
IM grado 3-4 al año	3 (7,3%)	1 (1,5%)	0,1240
QRSd año	141,4 (22,5%)	138,1 (14,9%)	0,5145
NYHA año 3-4	1 (3,45%)	3 (5,88%)	0,0366
Ingresos IC al año	14 (34,2%)	5 (7,6%)	0,0000
Mortalidad al año	9 (22,0%)	3 (4,6%)	0,0139

Variables cualitativas: valor absoluto (%). Variables cuantitativas: media (DE). Valor de p con nivel de confianza del 95% para comparación de medias o proporciones. QRSd; anchura de QRS. IM grado 3-4; insuficiencia mitral significativa.

Conclusiones: Los datos obtenidos en nuestro registro apoyan la hipótesis de la existencia de una mejor respuesta a TRC en los casos de MCDNI que en MCDI. Los pacientes con MCDNI presentaron mejores valores de FE, menor mortalidad y menor número de ingresos por IC.