



6046-10. INFLUENCIA DEL SEXO EN LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA EN VIDA REAL

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

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El sexo femenino parece ser un factor predictor de buena respuesta a la terapia de resincronización cardiaca (TRC). Nuestro objetivo es evaluar la influencia del sexo en vida real y dilucidar los posibles mecanismos de esta diferencia.

Métodos: Se recogieron datos de 85 pacientes portadores de TRC seguidos en nuestro centro. Se evaluaron variables de respuesta clínica y ecocardiográfica, tanto de forma general como estratificadas por sexo.

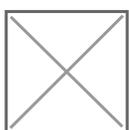
Resultados: La mediana de edad fue de 73,9 (63,2-80,4) años, sin diferencias por sexo ($p = 0,29$). Se objetivó una mejoría significativa de los parámetros ecocardiográficos estudiados, siendo especialmente relevante la FEVI, en general (29,4 vs 38,4%, $p 0,001$), varones (28,7 vs 37,4%, $p 0,001$) y mujeres (31,4 vs 41,5%, $p 0,001$). Lo mismo se observó con volúmenes telediastólico (VTDVI) y telesistólico (VTSVI). Se objetivó una tendencia a mayor mejoría en mujeres, con aumento de FEVI de 9,7; 8 frente a 8,3;10 en varones ($p = 0,62$). También se observó mayor disminución de VTDVI y VTSVI, aunque de forma no significativa. No observamos diferencias en la clase funcional (NYHA) entre ambos grupos (tabla). Las características basales podrían explicar estas diferencias: las mujeres presentaron menor etiología isquémica, más bloqueo de rama izquierda, menor presencia de marcapasos previo y menor dilatación ventricular previa (tabla).

	Varones	Mujeres	p
Edad	73,5 (62,8-80)	77,2 (65,2-82,3)	0,29
Etiología isquémica	34 (60%)	1 (5%)	0,001
Fibrilación auricular o <i>flutter</i>	31 (54,4%)	11 (55%)	0,99
Bloqueo de rama izquierda	30 (56,6%)	12 (63,2%)	0,79

Trastorno de conducción intraventricular	7 (13,5%)	3 (15%)	0,99
Marcapasos previo	22 (40,7%)	4 (20%)	0,11
NYHA previa			
I	3 (6,2%)	3 (15,8%)	
II	26 (54,2%)	6 (31,6%)	0,23
III	18 (37,5%)	9 (47,4%)	
IV	1 (2,1%)	1 (5,3%)	
FEVI (%)			
Basal	28,7;6,9	31,4;9,0	0,17
Seguimiento	37,4;10,3 (p 0,001)	41,5;10,8 (p 0,001)	0,17
VTD4C (ml/m ²)			
Basal	189,9;87,3	144,3;54,9	0,06
Seguimiento	171,1;85,3 (p = 0,02)	111,6;45,2 (p = 0,01)	0,01
VTS4C (ml/m ²)			
Basal	133,9;74,9	102,3;42,9	0,12
Seguimiento	111,2;70 (p = 0,009)	64,5;31,5 (p 0,001)	0,01
DTD4C (cm)			
Basal	6,4;1,0	5,8;0,7	0,03

Seguimiento	6,2;1,1 (p = 0,02)	5,2;0,6 (p = 0,048)	0,005
DTS4C (cm)			
Basal	5,5;1,1	4,7;0,7	0,04
Seguimiento	4,8;1,1 (p = 0,01)	4,1;0,6 (p = 0,07)	0,03

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; VTD: volumen telediastólico; VTS: volumen telesistólico; 4C: 4 cámaras; DTD: diámetro telediastólico; DTS: diámetro telesistólico.



Fracción de eyección del ventrículo izquierdo antes y después del implante de TRC según sexo.

Conclusiones: Nuestro estudio confirma en vida real los hallazgos de ensayos previos, las mujeres responden mejor al TRC. Esta diferencia podría explicarse por las diferencias basales con los varones, especialmente menor número de pacientes isquémicos y un volumen ventricular menor.