



6013-40. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A RESINCRONIZACIÓN CARDIACA SEGÚN EL NIVEL DE EVIDENCIA DE LA INDICACIÓN INICIAL

Sergio Castrejón Castrejón, Pablo Díez Villanueva, Aitor Urbarri, Antonio Rojas, Tomás Datino, Ángel Arenal, Esteban González Torrecilla y Francisco Fernández-Avilés de la Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada del Hospital La Paz, Madrid y Servicio de Cardiología del Hospital General Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: Los pacientes que reciben terapia de resincronización cardiaca (TRC) tienen indicaciones con diversos niveles de evidencia, habiendo aparecido recientemente nuevas recomendaciones clase I. Nuestro objetivo es valorar si la evolución clínica de los pacientes sometidos a TRC puede ser diferente si se acomodan a una indicación de clase I o no.

Métodos: Se clasificó a los pacientes que recibieron TRC entre 2001 y 2010 en tres grupos: A (indicación clase I ESC 2007: NYHA ? III/IV, FEVI ? 35%, QRS ? 120 ms, sinusal), B (nuevas indicaciones clase I ESC 2010: NYHA II/IV, FEVI ? 35%, QRS ? 150 ms, sinusal, o bien NYHA ? III/IV y QRS > 120 ms si además requieren estimulación cardiaca; este grupo recibió TRC cuando esta indicación no era clase I) y C (indicación no clase I). Los datos proceden del seguimiento clínico prospectivo en la Consulta de Insuficiencia Cardiaca de un centro terciario.

Resultados: Incluimos 118 pacientes consecutivos, 69% varones, edad media 67 ± 9 años, 51,3% con cardiopatía isquémica, 44,5% miocardiopatía dilatada no isquémica y 3,2% otras. El grupo A incluía 47 (40%) pacientes, el B 29 (25%) y el C 41 (35%). Los grupos no diferían en sexo ($p = 0,054$), edad ($p = 0,72$), % de indicación de DAI en prevención secundaria ($p = 0,834$), tratamiento con IECA o BB ($p = 0,41$), indicación de upgrade ($p = 0,88$), o momento del implante (ingreso por IC descompensada vs IC crónica estable) ($p = 0,66$). Del grupo C, 20 pacientes (49%) no tenían indicación clase I por presentar FA, 12 (29%) por QRS < 120 ms con asincronía ecocardiográfica, 9 (22%) por NYHA ? II/IV. El seguimiento medio (37 ± 22 meses) mostró mejoría de al menos un grado de la NYHA en el 79% de A, 54% de B y 27% de C ($p < 0,001$). La mortalidad total fue del 27,4%; 17 pacientes -14%- por causa cardiaca, 12 -10%- por causa no cardiaca y 4 -3,4%- por muerte súbita; 7 pacientes (6%) requirieron trasplante cardiaco. No hay diferencias en la probabilidad de supervivencia a 50 meses en los grupos (A: 0,62 IC95% 0,45-0,8; B: 0,57 IC95% 0,3-0,9; C: 0,62 IC95% 0,45-0,8), $p_{\text{Mantel-Cox}} = 0,874$.



Conclusiones: No encontramos diferencias en la supervivencia de pacientes que reciben TRC con indicación clase I (Guías 2007), con las nuevas clase I de 2010, o con recomendaciones clase II. No obstante, los pacientes con indicación clase I (2007) son los que mayor beneficio clínico obtienen en cuanto a la mejoría

de síntomas.