



6002-32. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE RESPUESTA A LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA Y PROPUESTA DE UN MODELO COMBINADO PARA SU DEFINICIÓN

Clara Gunturiz-Beltrán, José Moreno-Arribas, Vicente Bertomeu-González, Jesús Castillo-Castillo, Juan Quiles-Granado, Ricardo Valero-Parra, Alberto Cordero y Vicente Bertomeu-Martínez del Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante).

Resumen

Introducción y objetivos: La terapia de resincronización cardiaca (TRC) tiene su indicación en pacientes electivos con insuficiencia cardiaca (IC), pero en la práctica clínica se han observado respuestas dispares. El objetivo de este estudio es evaluar la respuesta a la TRC, así como analizar la presencia de factores predictores y la asociación con el pronóstico, en la vida real.

Métodos: Estudio unicéntrico observacional de cohortes históricas. Se incluyen todos los pacientes con miocardiopatía dilatada que han precisado implante de TRC desde 2007 hasta 2012. Variables basales y posimplante. Estudio de frecuencia y asociación para la detección de factores predictores, y con variables pronóstico.

Resultados: Incluimos 47 pacientes con implante de TRC. 78,7% eran varones y edad al implante 70 (9,4) años. NYHA basal II/III 48,8%. Con otra prueba de imagen: SPECT 4,3% y RM 2,2% (tabla). Tras seguimiento de 1.748 (1.146-2.007) días hubo un promedio de reingresos 2,49 (2,3), reingresos CV 1,32 (1,9) y por IC 0,62 (1,4). La mortalidad total fue 27,7% y CV 13,3%. Diferencia entre variables pre- y posimplante. Cambios significativos en FEVI: +12,9% (2,3), QRS -25,9 (5), grado NYHA -0,5 (0,1) (las 3 p 0,0001), DDVI -4,6 (1,9) y grado IM -0,3 (0,1). Sin cambios significativos en patrón diastólico, E/é, PSAP. A partir de la diferencia entre las variables pre- y posimplante se crea nueva variable. Se recodifica en binaria (mala/nula o buena respuesta). Destacan buena respuesta en FEVI 79,5%, QRS 94,1%, DDVI 62,9%, E/é 73,5%, PSAP 65,2%. A partir de variables de variación se crea variable sumatoria "Respuesta TRC", con el número de criterios de respuesta individual (figura A). Y ésta se agrupa en 3 subcategorías: escasa respuesta 0-1 (15%), aceptable 2-4 (50%), buena ? 5 (35%) ("respuesta agrupada"). Asincronía septo se asocia como factor predictor ($p = 0,024$). "Respuesta agrupada" asociación con menor mortalidad CV: escasa respuesta 33,3 frente a aceptable 21,1 frente a buena 0% ($p = 0,039$) (figura B). No se asocia con mortalidad total. Tendencia a reducirse las medias en reingresos CV y por IC (figura C).



Modelo combinado de respuesta a TRC.

Características generales población

Edad (años)	70 ± 9,4
Sexo varones (%)	78,7
DAI-TRC (%)	89,4
Origen MCD isquémico (%)	57,4
Cateterismo (%)	85,1
Fibrilación/ <i>flutter</i> auricular (%)	40,4 (36% de estos, ablación nodo)
Hipertensión arterial (%)	70,2
Diabetes mellitus (%)	53,2
BRI (%)	75
BRD (%)	17,5
Bloqueo AV (%)	24,4
Anchura QRS (ms)	165 ± 23,3
FEVI (%)	26 ± 8,4
DDVI (mm)	66 ± 8,5
Asincronía septo (%)	53,5
Insuficiencia mitral (%)	95,2
Patrón diastólico alterado (%)	87,9

Aurícula izquierda dilatada (%)	81,4
Ratio E/é	17 ± 9,5
PSAP (presión sistólica arteria pulmonar) (mmHg)	52 ± 14

Conclusiones: FEVI, DDVI, grado IM, QRS y NYHA presentan un cambio (mejora) significativo en la población a estudio. Se establece un modelo combinado para la definición de buena, aceptable o mala respuesta a TRC en función del número de criterios que se cumplen. La asincronía del septo es su único factor predictor, y a su vez, este modelo predice la mortalidad CV.