



6078-569. ANÁLISIS DE MODELOS MIXTOS SOBRE REMODELADO INVERSO EN PACIENTES PORTADORES DE TRC

Teba González Ferrero, Belén Álvarez Álvarez, Carla Cacho Antonio, Pablo José Antúnez Muiños, Marta Pérez Domínguez, Abel Torrelles Fortuny, Laila González Melchor, Xesús Alberte Fernández López, Moisés Rodríguez Mañero, Francisco Javier García Seara, José Luis Martínez Sande y José Ramón González Juanatey

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: El beneficio de la terapia de resincronización (TRC) en insuficiencia cardiaca con función sistólica ventricular izquierda (FEVI) reducida ha sido bien establecida; así como el incremento de la FEVI y reducción del volumen telesistólico ventricular izquierdo (VTSVI) que proporciona durante el primer año del implante. Sin embargo, hay escasas publicaciones acerca del mantenimiento del remodelado inverso así como el efecto de estos cambios a largo plazo.

Métodos: El objetivo de este estudio fue estudiar el remodelado inverso del ventrículo izquierdo tras el implante de TRC durante un largo período de seguimiento así como el efecto de los cambios en la FEVI y VTSVI sobre la mortalidad en el tiempo en un registro del mundo real. En nuestra cohorte de 328 pacientes consecutivos, se llevó a cabo un análisis de modelos mixtos para describir la relación entre los cambios ecocardiográficos en el seguimiento con varias variables exploratorias.

Resultados: Durante una mediana de seguimiento de $4,2 \pm 2,9$ años, se llevaron a cabo un máximo de 4 medidas de parámetros ecocardiográficos en pacientes portadores de TRC. El estudio incluyó 328 pacientes (253 hombres y 75 mujeres; media de edad $70,2 \pm 9,5$ años) de manera consecutiva en nuestro centro. La tabla muestra la asociación de las variables con los cambios en la FEVI y VTSVI durante el seguimiento en un análisis de modelos mixtos. La mayor reducción de VTSVI, se produjo en pacientes con bloqueo de rama izquierda BRIHH y la menor en pacientes con clase funcional avanzada (NYHA IV). El menor incremento de la FEVI se objetivó en pacientes con etiología isquémica, mayor longitud de QRS y la localización del electrodo del ventrículo izquierdo e una vena no lateral al seno coronario.

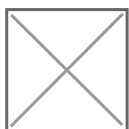
Modelos mixtos: FEVI

Variable	Coeficiente	Error estándar	p
Varón	-2,096	1,640	0,2019
Edad (años)	0,013	0,070	0,8495

Etiología isquémica	-3,090	1,398	0,0275
Clase NYHA			
III	-2,137	1,529	0,1628
IV	- 0,826	3,018	0,7843
FA	-1,095	1,365	0,4228
BRIHH	1,367	1,341	0,3084
Duración del QRS (ms)	-0,068	0,025	0,0069
Seno coronario (vena)			
Lateral	3,458	1,715	0,0443
Posterior	3,514	1,969	0,0648
Punto de corte	22,907	6,328	0,0003
Modelos mixtos VTSVI			
Varón	6,119	4,766	0,1999
Edad (años)	-0,064	0,193	0,7409
Etiología isquémica	7,005	4,053	0,0848
NYHA			
III	6,839	4,016	0,0894
IV	31,880	10,463	0,0025

FA	2,397	3,833	0,5321
Duración QRS (ms)	0,075	0,076	0,3222
Seno coronario (vena)			
Lateral	-6,481	5,549	0,2435
Posterior	-10,419	6,052	0,0860
Punto de corte	-37,678	18,029	0,0373

FA: fibrilación auricular; BRIHH: bloqueo completo de rama izquierda; NYHA: New York Heart Association. p-valor 0,0001 con grados de libertad (gl) 2,42 y VTSVI p-valor 0,0001 con grados de libertad (gl) 2,45.



Evolución del cambio de la FEVI (A) y del VTSVI (B), ajustado por variables de confusión, en el tiempo (FEVI p valor 0,01 con 2,42 grados de libertad; VTSVI: p valor 0,01, con 2,45 grados de libertad).

Conclusiones: El remodelado inverso se mantiene tras el primer año tras el implante del TRC y durante todo el seguimiento en un registro en el mundo real. Los análisis por modelos mixtos muestran los cambios en la FEVI y el VTSVI a través del efecto de varias variables en el tiempo.