Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 859

Revista Española de Cardiología

6044-5. EFECTO PRONÓSTICO DE LA MORFOLOGÍA DEL QRS TRAS TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA A 2 AÑOS

Juan Asensio Nogueira[1], Ricardo Salgado Aranda[2], Francisco Javier García Fernández[1], Francisco Javier Martín González[1], Lola Villagraz Tecedor[1], Ester Sánchez Corral[1], Beatriz Fernández González[1], Marta Gómez Llorente[1], Marcos Álvarez Calderón[1], David Abella Vallina[1], Lara Aguilar Iglesias[1], Rubén Hernando González[1], Álvaro Margalejo Franco[1] y José Ángel Pérez Rivera[1]

[1]Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos y [2]Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe poca evidencia sobre si el patrón electrocardiográfico tras la terapia de resincronización cardiaca (TRC) tiene impacto sobre la morbimortalidad. En un estudio previo, un patrón específico en 3 derivaciones del electrocardiograma (Rs en V1, Qr en aVL o rS en DI) se asoció con menor incidencia del objetivo combinado de muerte por cualquier causa y hospitalización por insuficiencia cardiaca (IC) al año. En este estudio de cohortes histórico analizamos si el patrón específico antes descrito se asoció con el pronóstico a los 2 años de seguimiento.

Métodos: Se incluyeron pacientes con dispositivos de TRC de manera consecutiva desde enero de 2012 hasta abril de 2019. El objetivo principal fue un combinado de muerte por cualquier causa y hospitalización por IC a los 2 años. Los objetivos secundarios incluyeron los componentes individuales del objetivo principal a los 2 años. El análisis de supervivencia se realizó usando el test de Kaplan-Meier, comparando las gráficas de supervivencia mediante el test de *log rank*. Para el análisis multivariante se realizó una regresión de Cox.

Resultados: Incluimos 111 pacientes. Las características basales están reflejadas en la tabla. La presencia de cualquier de los tres patrones no se asoció de manera significativa con el objetivo principal (p = 0,182). Los pacientes que presentaron cualquiera de los patrones no tuvieron menor incidencia de muerte por cualquier causa (p = 0,303), pero si presentaron menor incidencia de hospitalización por IC de manera significativa (4,7 vs 17,6%, hazard ratio 0,207, intervalo de confianza al 95% 0,046-0,93, p = 0,04). La fibrilación auricular previa se asoció de manera independiente con una mayor incidencia de los objetivos primario y secundarios. La duración del QRS tras el implante se asoció de manera independiente con la incidencia del objetivo principal.

Características basales

	Grupo patrón RsV1/QraVL/rSDI (n = 43)	Grupo no patrón (n = 68)	Significación estadística (p)
Edad (años)	69 ± 17	67 ± 21	0,257

Sexo femenino	8 (18,6)	17 (25)	0,432
Hipertensión arterial	23 (53,5)	37 (54,4	0,924
Diabetes mellitus	22 (51,2)	26 (38,2)	0,18
Obesidad	3 (7)	16 (23,5)	0,024
Tabaquismo/Extabaquismo	18 (41,9)	33 (48,5)	0,492
Fibrilación auricular	18 (41,9)	22 (32,4)	0,309
Miocardiopatía isquémica	18 (41,9)	26 (38,8)	0,75
IC con FEVI sintomática + QRS ancho	35 (81,4)	58 (85,3)	0,587
FEVI preimplante (%)	28 ± 13	28 ± 15	0,882
Tratamiento médico optimizado	17 (39,5)	26 (38,2)	0,891
Bloqueo de rama izquierda	36 (83,7)	61 (89,7)	0,355
Duración QRS posimplante (mseg)	144+35	142+50	0,657
QRS posimplante ? 130 mseg	7 (16,3)	20 (29,4)	0,116
Variación en la duración del QRS (mseg)	17 ± 49	24 ± 51	0,156
DAI-TRC	46 (97,7)	68 (100)	0,207
Tipo de electrodo del VI			
Monopolar	2 (4,7)	4 (5,9)	0,78
Bipolar	8 (18,6)	12 (17,6)	0,898

Tetrapolar	32 (74,4)	52 (76,5)	0,806
Localización del electrodo del VI			
Lateral	22 (51,2)	35 (51,5)	0,975
Posterolateral	13 (30,2)	23 (33,8)	0,694
Otra localización	2 (4,7)	7 (10,3)	0,289

IC: insuficiencia cardiaca; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; mseg: milisegundos; DAI-TRC: desfibrilador automático implantable + terapia de resincronización cardiaca; VI: ventrículo izquierdo.

Curvas de supervivencia (objetivo principal y secundarios).

Conclusiones: La presencia de los patrones Rs en V1, Qr en aVL o rS en DI es un predictor independiente de reducción en las hospitalizaciones por IC a los 2 años en pacientes con TRC. La presencia de fibrilación auricular previa y la duración del QRS tras el implante también se asociaron con el pronóstico.