Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 1126

Revista Española de Cardiología

5030-9. ANCHURA DEL QRS INDEXADO A SUPERFICIE CORPORAL COMO PREDICTOR DE RESPUESTA A TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Arturo Lanaspa Gallego, Nerea Mora Ayestarán, Gonzalo Luis Alonso Salinas, Nuria Basterra Sola, Julene Ugarriza Ortueta, Jara Amaiur García Ugaldebere, Marina Segur García, Pablo Raposo Salas, Leire Goñi Blanco, Betel Olaizola Balboa, Maite Odriozola Garmendia, Cristina Villabona Rivas y Virginia Álvarez Asiain

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña.

Resumen

Introducción y objetivos: La terapia de resincronización cardiaca (TRC) es uno de los pilares en el tratamiento de la miocardiopatía dilatada (MCD) con fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) reducida. A la hora de seleccionar pacientes se conoce que el sexo femenino y un índice de masa corporal (IMC) bajo son predictores de respuesta a la TRC. El objetivo de este trabajo es evaluar si la medición conjunta del QRS y la superficie de área corporal (SC) mejora como factor predictivo de respuesta a la anchura y morfología del QRS aislado.

Métodos: Estudio observacional, de pacientes consecutivos con MCD, FEVI gravemente reducida, a los que se les implantó una TRC entre 2012 y 2021. Se recogen características basales, entre ellas la anchura del QRS, talla, peso y se calcula la superficie corporal mediante la fórmula de Dubois. Se indexa el QRS dividiendo los milisegundos entre la superficie corporal. El *endpoint* principal es identificar a los respondedores clínicos (cualquier mejoría en la clasificación NYHA) y respondedores ecocardiográficos (FEVI igual o mayor a 50% y reducción del diámetro telesistólico mayor o igual al 15%).

Resultados: Se incluyen 44 pacientes con MCD y FEVI reducida. Del total, 22 pacientes (50%) fueron respondedores clínicos, mientras que 2 pacientes (11,8%) fueron respondedores ecocardiográficos. No hubo diferencias significativas entre no respondedores y respondedores clínicos en variables como edad (p = 0,623), sexo femenino (p = 0,999), DTSVI previo (p = 0,791), QRS en msg previo (p = 0,980), IMC (p = 0,418) o AP de FA (p = 0,153). Si hubo diferencias significativas en cuanto a respuesta clínica en función de la anchura del QRS indexado a superficie corporal (p = 0,048). Así mismo se aprecia una tendencia no significativa (media msg/Kg/m^2 y DS en respondedores 108,2; 11,2 vs no respondedores 90,7; 17,9 p = 0,204) de respuesta ecocardiográfica al indexar QRS a SC. En nuestro estudio se demuestra que a diferencia de la anchura del QRS o el sexo solo la anchura del QRS indexado a SC es un predictor de respuesta a TRC.

Características basales según respuesta clínica

	No respuesta clínica (n = 22)	Respuesta clínica (n = 22)	p

Edad	61,5; 22,4	64,2; 12,8	0,623
Sexo femenino	19 (51,4%)	18 (48%)	0,999
BNP previo	339; 256	597; 699	0,153
TFG previo	57,4; 21,9	61,7; 21,4	0,525
NYHA previa	1,9; 0,5	2,5; 0,5	0,001
FA previa	8 (66,7%)	4 (33,3)	0,153
DTSVI previo	54,1; 10,8	55,5; 13,0	0,791
IMC	29,9; 4,9	28,6; 5,2	0,418
SC	2,0; 0,2	1,8; 0,2	0,014
QRS (mseg) previo	170,4; 21,7	170,2; 22,8	0,980
QRS index SC	86,1; 13,8	93,8; 15,2	0,048

BNP: péptido natriurético cerebral; TFG: tasa de filtrado glomerular; DTSVI: diámetro telesistólico; SC: superficie corporal; IMC: índice de masa corporal; FA: fibrilación auricular.

Conclusiones: El indexar la anchura del QRS a la SC presenta una tendencia para predecir respuesta ecocardiográfica y es un mejor predictor de respuesta clínica a la TRC que la anchura o morfología del QRS aislado. Se necesita ampliar la muestra y estudios prospectivos para confirmar estos prometedores hallazgos.