



Revista Española de Cardiología



7. EXPERIENCIA DEL ALTA PRECOZ EN TRAS EL IMPLANTE DE MARCAPASOS SIN CABLES

Isabel Lourdes Merino González, Manuel José Molina Lerma, Pablo J. Sánchez Millán, Eva Cabrera Borrego y Miguel Álvarez López

Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante de marcapasos sin cables ha demostrado disminuir la tasa de complicaciones relacionadas con el electrodo y las infecciones respecto al marcapasos convencional. Sin embargo, se conoce poco de la seguridad del alta de los pacientes el mismo día del implante.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluye una cohorte de 52 pacientes a los que se les implantó marcapasos sin cables. Se dividió la muestra en 2 grupos, por intención de tratar, según si el alta hospitalaria fue el mismo día del implante o no. Se analizaron las características basales, el motivo de implante, la indicación de estimulación sin cables, los parámetros de estimulación y las complicaciones.

Resultados: Se consiguió éxito en el 100% de los 52 pacientes, constituyendo el grupo de alta precoz el 42,3% (n = 22). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo ni FRCV. De los 22 pacientes ingresados en régimen de hospital de día, solo el 13,6% (n = 3) no fueron dados de alta el mismo día (uno por síncope neuromediado, uno por sangrado en zona de punción y otro por domicilio lejano). El tiempo medio de estancia desde el implante hasta el alta en el grupo de alta diferida fue de $4,09 \pm 5,84$ días vs 0 días en el grupo de alta precoz (p = 0,005). En cuanto a los parámetros de estimulación, el umbral la detección fue de $10,9 \pm 7,15$ vs $8,4 \pm 6,8$ (p = 0,22), la impedancia $744,3 \pm 272,3$ vs 714 ± 188 (p = 0,6) y el umbral $0,47 \pm 0,18$ vs $0,52 \pm 0,27$ (p = 0,25) en el grupo de alta diferida vs alta precoz, respectivamente. Solo hubo una complicación mayor, pseudoaneurisma de ventrículo derecho, dentro del grupo de alta diferida, que se trató de forma conservadora sin más incidencias, prolongando la estancia 8 días.

	Alta precoz (n = 22)	Alta diferida (n = 30)	p
Edad	77 ± 9	80 ± 8	0,19
Sexo (mujer)	36,4% (n = 8)	63,3% (n = 19)	0,05
HTA	72,7% (n = 16)	73,3% (n = 22)	0,96

Dislipemia	50% (n = 15)	45,5% (n = 0)	0,75
DM2	31,8% (n = 7)	33,3% (n = 10)	0,9
Primoimplante	68,2% (n = 15)	76,7% (n = 23)	0,49
Motivo implante			
BAVc	50% (n = 10)	38,5% (n = 10)	
FA lenta	20% (n = 4)	42,3% (n = 11)	
Otros	30% (n = 6)	19,2% (n = 5)	
Motivo marcapasos sin cables			
Dislocación/disfunción electrodo	36,8% (n = 7)	27,6% (n = 8)	
Infección	5,3% (n = 1)	17,2% (n = 5)	
Falta acceso vascular	15,8% (n = 3)	20,7% (n = 6)	
Otros	42,1% (n = 8)	34,5% (n = 10)	
Ritmo sinusal	40,9% (n = 9)	40% (n = 12)	0,94
Cardiopatía previa (sí)	40,9% (n = 9)	56,7% (n = 17)	0,26

HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus.

Conclusiones: La estimulación sin cables es un tratamiento seguro y eficaz, con bajo porcentaje de complicaciones, así como el régimen de alta precoz, sin observarse aumento de complicaciones en dicho grupo. Se trata pues de una estrategia coste-efectiva.