



6032-406. TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA Y ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOS FALLECIMIENTOS Y SUPERVIVIENTES EN UNA COHORTE EN UN ÚNICO CENTRO

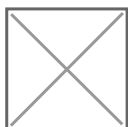
Rafaela del Carmen Ramírez Rodríguez¹, Cristian Godoy Camacho¹, Antonia María Ramírez Rodríguez², Enrique Hernández Ortega¹, Francisco Melián Nuez¹, Rakesh Sakhrani Gobind¹ y Antonio García Quintana¹ del ¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria y ²Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción y objetivos: En el momento actual no hay muchos estudios que analicen y comparen a los pacientes que, sometidos a una terapia de resincronización cardiaca, han fallecido respecto a los que todavía siguen vivos. El objetivo fue analizar las características basales de los pacientes que fallecen sometidos a TRC y comparar con los pacientes que han sobrevivido los hallazgos clínicos, ecocardiográficos y electrocardiográficos, así como los relacionados con el tipo de dispositivo implantado.

Métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de 314 pacientes sometidos a TRC con un tiempo de seguimiento medio de $8,88 \pm 3,37$ años y un tiempo medio de supervivencia de $6,10 \pm 3,00$ años en un único centro.

Resultados: Hubo 129 muertes. Hubo más diabéticos, fibrilación auricular en el grupo de los fallecimientos, la cardiopatía isquémica se presentó prácticamente similar en ambos grupos. Entre los motivos más frecuentes de ingresos en los fallecimientos fue la IC seguida de la endocarditis y utilizaban más digoxina que los que sobrevivieron. Las causas más frecuentes de muerte fueron la IC 58 (45,7%), las neoplasias 13 (10,2%), las infecciones 14 (11%), desconocidas 24 (18,9%), muerte súbita 4 (3,5%), ACV 4 (3,5%), isquemia intestinal 3 (2,3%), *shock* hemorrágico 3 (2,3%), *shock* cardiogénico 2 (1,6%), infarto miocardio 2 (1,6%), *shock* séptico 1 (0,8%) e infarto renal agudo por contraste 1 (0,8%). En cuanto a la curva de supervivencia se aprecia que en los pacientes con cardiopatía isquémica los portadores de desfibriladores sobrevivían más pero en los que no presentaban cardiopatía isquémica prácticamente se superponen ambas curvas con un *log rank* $p = 0,127$.



Curva de supervivencia en no isquémicos según dispositivo.

Comparación entre los pacientes vivos y muerte con TRC.

	Vivos (n = 185)	Exitus (n = 129)	p
Edad	73,37 ± 10,63	73,09 ± 10,50	0,001
Hombre (%)	130 (70,3%)	100 (43,5%)	0,153
Diabetes (%)	58 (31,7%)	54 (42,2%)	0,058
Fibrilación auricular	37 (21,8%)	53 (43,4%)	0,001
Cardiopatía			0,118
Isquémica	65 (35,1%)	46 (35,7%)	
Dilatada	108 (58,4%)	66 (51,2%)	
Valvular	11 (5,9%)	17 (13,2%)	
Restrictiva	1 (0,5%)	0 (0%)	
Tipo dispositivo			0,891
MCP-TRC	109 (58,6%)	77 (59,7%)	
DAI-TRC	76 (41,4%)	52 (40,3)	
Posición del electrodo			0,002
Lateral	96 (51,9%)	69 (53,5%)	
Anterolateral	24 (52,2%)	22 (17,1%)	
Epicárdica	29 (82,9%)	6 (4,7%)	
Posterolateral	36 (19,5%)	27 (20,9%)	
Interventricular anterior	0 (0%)	5 (3,9%)	

Upgrade			0,002
No	157 (84,9%)	91 (71,1%)	
MCP a MCP-TRC	19 (10,3%)	15 (11,7%)	
MCP a DAI-TRC	2 (1,1%)	12 (9,4%)	
DAI a DAI-TRC	0 (0%)	1 (0,8%)	
DAI a MCP-TRC	7 (3,8%)	9 (7%)	
Reingresos	56 (30,3%)	73 (56,1%)	0,001
Motivos más frecuentes			0,005
ICC	23 (38,3%)	49 (67,1%)	
Infecc. dispositivo	7 (11,7%)	7 (9,6%)	
Decúbito dispositivo	6 (10%)	2 (2,7%)	
Migración VI	10 (16,7%)	6 (8,2%)	
Empiema	1 (1,7%)	0	
Ictus	3 (5%)	0	
Estimulación frénica	0 (0%)	1 (1,4%)	
Interferencias guía	0	1 (1,4%)	
Endocarditis protésica	0	1 (1,4%)	
Endocarditis nativa	7 (4,1%)	9 (7,6%)	
ARA II	85 (46,4%)	77 (60,2%)	0,017

BB	178 (97,3%)	126 (98,4%)	0,494
Digoxina	10 (5,5%)	18 (14,1%)	0,009
Antiarrítmicos	24 (13,1%)	13 (10,2%)	0,428

Conclusiones: 1. Los fallecidos se caracterizan por presentar más fibrilación auricular y diabetes mellitus. 2. En los fallecidos el grado de insuficiencia cardiaca es más avanzado necesitando con mayor frecuencia la digoxina demostrándose la mejoría con la terapia de resincronización cardiaca de manera significativa. 3. Los pacientes isquémicos se benefician del desfibrilador, pero en los no isquémicos el marcapasos puede ser una alternativa.