



## 6037-497. RESINCRONIZACIÓN CARDIACA FRENTE A TRATAMIENTO MÉDICO AISLADO EN EL PACIENTE MUY ANCIANO

Marta López Castillo<sup>1</sup>, Marcelino Cortés García<sup>1</sup>, Julia Anna Palfy<sup>1</sup>, Álvaro García Ropero<sup>1</sup>, Angélica Romero Daza<sup>1</sup>, María Luisa Martín Mariscal<sup>1</sup>, Sem Briongos<sup>2</sup> y Jerónimo Farré Muncharaz<sup>1</sup> de la <sup>1</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid y <sup>2</sup>Hospital Infanta Leonor, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La terapia de resincronización cardiaca (TRC) ha demostrado beneficio en la insuficiencia cardiaca (IC), mejorando variables clínicas y reduciendo la mortalidad en pacientes seleccionados. En el paciente anciano (mayor de 75 años) este papel está peor definido.

**Métodos:** Incluimos 802 pacientes consecutivos  $\geq$  75 años y fracción de eyección (FE)  $\leq$  35%, que fueron estudiados entre los meses de enero 2008 y julio 2014 en el laboratorio de imagen de nuestro centro. Se identificaron 141 pacientes con potencial indicación de TRC según las guías clínicas actuales de IC. Cuarenta y ocho de estos pacientes recibieron un dispositivo DAI-resincronizador (DAI-RSC) en base a la decisión del paciente y sus cardiólogos. Para evitar factores de confusión, se realizó un análisis estadístico utilizando la probabilidad individual de cada paciente de recibir TRC (*propensity score*). Se llevó a cabo un emparejamiento de cada caso tratado con TRC con un caso no tratado que tuviera una probabilidad similar de recibir TRC (ratio de 1:1).

**Resultados:** 42 pacientes fueron incluidos en nuestro estudio (21 de ellos con TRC). La edad media de nuestra población fue  $79,0 \pm 3,2$  años y el 78,6% eran varones. No hubo diferencias significativas en relación con la edad, etiología o comorbilidades entre el grupo TRC y el grupo sin dispositivo. Los pacientes con TRC recibieron con más frecuencia bloqueadores beta que el grupo de tratamiento médico (76,2 frente a 52,4%), pero la diferencia no fue significativa ( $p = 0,1$ ). El resto de tratamientos fueron similares en ambos grupos. Tras un seguimiento medio de  $42,5 \pm 19,9$  meses, 16 pacientes (38,1%) fallecieron (7 (33,3%) en el grupo TRC frente a 9 (42,9%) en el grupo sin TRC ( $p = \text{NS}$ )). 31 pacientes (73,8%) tuvieron un evento cardiovascular (muerte u hospitalización), 16 (76,2%) en el grupo TRC frente a 15 (71,4%) en el grupo con tratamiento médico ( $p = \text{NS}$ ). Se realizó un estudio multivariante de supervivencia mediante regresión de Cox que mostró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de DAI-RSC y mortalidad total (HR 0,32 [IC95% 0,11-0,97]). Un análisis similar utilizando regresión de Cox respecto a eventos cardiovasculares, no demostró beneficio significativo asociado a TRC.

**Conclusiones:** En nuestra población, el DAI-RSC redujo la mortalidad en comparación con el tratamiento médico aislado en pacientes  $\geq$  75 años con indicación de TRC, un efecto mantenido tras ajustar por diversas variables de confusión.