Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 701

Revista Española de Cardiología

6008-132. ¿ES EFECTIVO EL *UPGRADE* EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA? SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Rafaela del Carmen Ramírez Rodríguez[1], Antonia María Ramírez Rodríguez[2], Jimmy Plasencia Huaripata[1] y Eduardo Caballero Dorta[1] del [1]Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, y[2]Hospital Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción y objetivos: Los beneficios de la terapia de resincronización cardiaca sobre morbilidad y mortalidad en pacientes seleccionados son bien conocidos. Aunque el número de procedimientos de *upgrade* está en aumento, pocos son los datos disponibles a largo plazo. Objetivo: analizar las características basales, ecocardiográficas y electrocardiográficas en pacientes sometidos a *upgrade* de un dispositivo previo y compararlas con los *de novo*; y evaluar la supervivencia a largo plazo.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de 345 pacientes sometidos a terapia de resincronización cardiaca (TRC) desde 17 mayo 2012 hasta 21 diciembre 2016, con tiempo de seguimiento de 9,17 ± 4,02 años.

Resultados: 71 pacientes (20,5%) son *upgrade*s (MCP a MCP-R: 36 (10,4%), MCP a DAI-R: 15 (4,3%), DAI a MCP-R: 2 (0,6%) y DAI aDAI-R: 18 (5,2%). La edad media fue similar en ambos grupos. Basalmente se implantaron más MCP-R que DAI-R de forma significativa, pero en el grupo *upgrade* el 53,3% de los pacientes eran portadores de DAI-R. El grupo *upgrade* presentó más cardiopatía isquémica (50 frente a 37,3%, p = 0,052), más fibrilación auricular (FA), más TVNS, utilizaron más antiarrítmicos y digoxina con más descargas del desfibrilador con significación estadística. Fueron más propensos a las endocarditis (11,3 frente a 7,5%, p = 0,276). La clase funcional IV se mantuvo igual tras la resincronización en el grupo *upgrade*. Hubo más ingresos en los *upgrade*s (51,4 frente a 37,6%, p = 0,036) debidos a insuficiencia cardiaca (IC) principalmente. Se les realizó ecocardiograma preimplante y posimplante con seguimiento a los 6 meses mejorando todos los parámetros de forma significativa, la duración del QRS también mejoró pero fue más notable en el grupo *de novo*. Tiempo hasta fallecimiento: 4,02 ± 3,01 años. La curva de supervivencia muestra una mayor supervivencia en el grupo *de novo* (*log rank* p = 0,022) aunque hay momentos en que las curvas se solapan.

Supervivencia en función de TRC upgrade frente a novo.

Características basales según se trate de un *upgrade* o TRC *de novo*

Características basales

	Upgrade	TRC *de novo*	p
Edad (años)	66,0 ± 9,6	66,7 ± 10,5	0,623
Varón/mujer	54 (76,1%)/17 (23,9%)	196 (71,5%)/78 (28,5%)	0,447
MCP-TRC/DAI-TRC	33 (46,5%)/38 (53,5%)	170 (62%)/104 (38%)	0,018
Diabetes	25 (37,3%)	96 (35,6%)	0,788
Isquemia	35 (50%)	101 (37,3%)	0,052
FA	39 (58,2%)	69 (27,1%)	0,001
TVNS	17 (24,3%)	28 (10,8%)	0,004
Descargas	6 (8,8%)	2 (0,81%)	0,001
Digoxina	13 (18,6%)	16 (6%)	0,001
Antiarrítmicos	13 (18,6%)	27 (10,5%)	0,051
Endocarditis	5 (7,9%)	13 (5,1%)	0,387

MCP-TRC: marcapasos resincronizador; DAI-TRC: desfibrilador resincronizador; FA: fibrilación auricular; TVNS: taquicardia ventricular no sostenida.

Conclusiones: El grupo *upgrade*, portadores de más TRC tipo desfibrilador, presenta más cardiopatía isquémica, FA, TVNS, descargas del desfibrilador, ingresos hospitalarios y muerte respecto al grupo *de novo*. La clase funcional IV en el grupo *upgrade* no mejora. Ambos grupos mejoran de forma significativa los parámetros ecocardiográficos pero es más notable en el grupo *de novo*.