Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 744

Revista Española de Cardiología

6037-8. MARCAPASOS DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ¿PODRÍA SER UNA ALTERNATIVA?

Rafaela del Carmen Ramírez Rodríguez[1] y Antonia María Ramírez Rodríguez[2]

[1]Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) y[2]Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción y objetivos: La TRC es una de las estrategias de tratamiento actuales para pacientes con IC y función sistólica reducida que, que ha demostrado producir un alivio significativo en los síntomas así como mejoría en la función ventricular izquierda y en la supervivencia. La miocardiopatía dilatada isquémica *versus* no isquémica se beneficia de la TRC pero no hay grandes estudios que analicen el tipo de dispositivo (MCP vs DAI resincronizador) a largo plazo. Objetivo: analizar las características basales de los pacientes sometidos a TRC. Evaluar los parámetros clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos antes y después de la TRC. Examinar la supervivencia a largo plazo.

Métodos: Cohorte retrospectiva de 407 pacientes sometidos a TRC desde 17 de mayo 2002 hasta 23 de junio 2020, media de 10,58 ± 5,4 años. Se estudiaron los parámetros clínicos, eléctricos y ecocardiográficos antes y después de la TRC. Con las curvas de Kaplan Meier se analizó la supervivencia.

Resultados: Se analizó 299 (73,5%) varones frente a 108 (26,5%) mujeres. La edad media de implante fue de 73,3 ± 10,4 años. Tenían cardiopatía isquémica 166 (40,8%) pacientes (p), fibrilación auricular 138 (33,9%), diabetes 147 (36,1%) p. Se implantó desfibrilador al 44,2% frente a 55,8% marcapasos. Hubo 155 (38,1%) ingresos fundamentalmente por IC 81 (19,9%). Hubo 215 (52,8%) fallecidos fundamentalmente por IC 86 (21,5%), infecciones 40 (9,8%) y neoplasias 22 (5,4%) principalmente. En la mujer hay un aumento de la supervivencia con el desfibrilador en los primeros 15 años pero después el marcapasos aumenta dicha supervivencia (*log Rank* p = 0,077). En los no isquémicos hay mayor supervivencia aunque las curvas son muy superponibles hasta los 18 años (*log rank* p = 0,455).

Parámetros clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos antes y después de la TRC. N = 407

	Pre-TRC	Post-TRC	p
FE(%)	30,2 ± 8,2	39,1 ± 12,3	0,001
DTDVI (mm)	67,0 ± 9,1	10,3 ± 12,1	0,001

DTSVI (mm)	56,3 ± 10,1	50,3 ± 12,1	0,001
IM			
0	44 (10,8%)	118 (29,1%)	
I	110 (27%)	142 (34,9%)	
			0,001
II	150 (36,9%)	99 (24,3%)	
III	81 (19,9%)	32 (7,9%)	
IV	22 (5,4%)	16 (3,9%)	
AI	45,6 ± 8,2	44,9 ± 9,7	0,001
Clase funcional			
I		118 (29%)	
II	17 (42%)	142 (34,9%)	0,001
III	333 (81,8%)	99 (24,3%)	
IV	52 (12,8%)	16 (3,9%)	

FE: fracción de eyección. DTDVI: diámetro telediastólico ventricular izquierdo. DTSVI: diámetro telesistólico ventricular izquierdo. IM: insuficiencia mitral. AI: aurícula izquierda.

Curva de supervivencia dispositivo TRC y sexo.

Conclusiones: Existe mejoría de los parámetros clínicos, electrocardiográficos y ecoardiográficos tras la TRC. Las curvas de supervivencia son muy superponibles en cuanto a tener o no cardiopatía isquémica. El marcapasos resincronizador puede ser una alternativa a largo plazo en las mujeres.