

8. MUERTE EN PACIENTES CON TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA VS NO ISQUÉMICA. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO (20 AÑOS)

Rafaela del Carmen Ramírez Rodríguez¹ y Antonia María Ramírez Rodríguez²

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas), España y ²Servicio Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas), España.

Resumen

Introducción y objetivos: No hay muchos estudios que analicen a largo plazo el seguimiento de pacientes sometidos a TRC. Objetivo: analizar las características basales de los pacientes que fallecen con y sin cardiopatía isquémica sometidos a TRC. Comparar con los pacientes que han sobrevivido. Estudiar los hallazgos clínicos, ecocardiográficos, electrocardiográficos y los relacionados con el tipo de dispositivo implantado.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de 459 pacientes sometidos a TRC con un tiempo de seguimiento medio de $12,33 \pm 5,97$ años (17.05.2002-30.04.2023) en un único centro.

Resultados: Hubo 231 fallecimientos. En el grupo de los que fallecieron hubo un tiempo de supervivencia media de $6,6 \pm 4,36$ años (mínimo de 6 meses y máximo de 18 años). La edad media de fallecimiento fue de $69,94 \pm 8,33$ años frente a $65,38 \pm 10,73$ de los supervivientes. Fallecieron más varones 180 (77,9%), con más *upgrades*. La posición del electrodo predominante fue en la vena lateral en los fallecidos y posterolateral en los supervivientes. Hubo más cardiopatía isquémica, diabéticos y fibrilación auricular en el grupo de los fallecimientos. Entre los motivos más frecuentes de ingresos en el grupo de los fallecimientos fue la IC seguida de las complicaciones del dispositivo. Las causas más frecuentes de muerte fueron la IC 90 (39%), las infecciones 44 (18,5%) y las neoplasias 10 (23%). Hubo una mejoría significativa tanto en los parámetros clínicos, eléctricos y ecocardiográficos después de 6 meses de resincronización cardiaca de forma significativa. Los pacientes con cardiopatía no isquémica frente a los que sí la tienen presentan unas curvas de supervivencia muy superponibles (*log rank* $p = 0,609$).

Características clínicas, ecocardiográficas y electrocardiográficas antes y después de la TRC

Muerte (n = 231)

No muerte (n = 228)

Pre-TRC

Post-TRC

p

Pre-TRC

Post-TRC

p

FE (%)	29,51 ± 7,93	36,19 ± 12,28	0,001	31,10 ± 8,21	42,27 ± 12,12	0,001
DTSVI (mm)	56,78 ± 10,07	52,23 ± 12,61	0,001	55,78 ± 10,26	47,98 ± 11,62	0,001
DTDVI (mm)	67,48 ± 9,05	62,91 ± 11,10	0,001	66,58 ± 9,23	59,55 ± 12,35	0,001

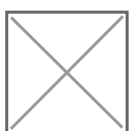
IM

0	17 (7,4%)	48 (20,9%)		37 (16,2%)	76 (35,8%)	
I	57 (24,7%)	83 (36,1%)		67 (29,4%)	64 (30,2%)	0,001
II	99 (42,9%)	68 (29,6%)		65 (28,5%)	44 (20,8%)	
III	52 (22,5%)	22 (9,61%)		38 (16,7%)	16 (7,5%)	
IV	6 (2,6%)	9 (3,9%)		21 (9,2%)	12 (5,7%)	
QRS (ms)	159,3 ± 19,6	152,2 ± 21,9	0,001	159,1 ± 20,5	154,3 ± 24,1	0,001

Clase funcional

I		2 (0,9%)			13 (5,9%)	
II	7 (7,4%)	143 (61,9%)	0,001	10 (4,5%)	151 (68,3%)	0,001
III	207 (90%)	60 (26%)		166 (75,1%)	44 (19,9%)	
IV	16 (7%)	26 (11,3%)		45 (20,4%)	13 (5,9%)	

FE: fracción de eyección; DTSVI: diámetro telesistólico del ventrículo izquierdo, DTDVI: diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo; IM: insuficiencia mitral.



Miocardiopatía en paciente con TRC.

Conclusiones: 1. Los fallecimientos se caracterizan por presentar más cardiopatía isquémica, fibrilación auricular y diabetes mellitus. 2.- Las mujeres sobreviven más a pesar de tener cardiopatía isquémica (*log rank* $p = 0,421$ y FA (*log rank* $= 0,395$) frente a los varones pero menos si tienen diabetes mellitus (*log rank* $p = 0,358$). 3. En los pacientes con cardiopatía no isquémica, las curvas se superponen independientemente del tipo de dispositivo resincronizador hasta los 11 años, separándose las mismas a favor del DAI -TRC y volviéndose a solapar a partir de los 18 años con una significación estadística (*log rank* $p = 0,049$).