



6041-508. ¿ES NECESARIO EL *UPGRADE* EN PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA?

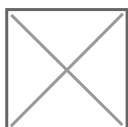
Rafaela del Carmen Ramírez Rodríguez¹, Jimmy Plasencia Huaripata¹, Antonia María Ramírez Rodríguez², Begoña Hernández Meneses¹, Enrique Hernández Ortega¹ y Eduardo Caballero Dorta¹ del ¹Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, y ²Hospital Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción y objetivos: Los beneficios de la terapia de resincronización cardiaca sobre morbilidad y mortalidad en pacientes seleccionados es bien conocido. 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 $9,17 \pm 4,02$ años.

Resultados: 71 pacientes (20,5%) son *upgrades* (MCP a MCP-R: 36 (10,4%), MCP a DAI-R: 15 (4,3%), DAI a MCP-R: 2 (0,6%) y DAI a DAI-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 *upgrades* (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: $4,02 \pm 3,01$ años. La curva de supervivencia muestra una mayor supervivencia en el grupo *de novo* ($\log \text{rank } p = 0,022$) aunque hay momentos en que las curvas se solapan.



Supervivencia upgrade frente a TRC novo.

Seguimiento de TRC a largo plazo; upgrade frente a novo

	<i>Upgrade</i>	TRC <i>de novo</i>	
Ingresos	36(51,4%)	102(37,6%)	0,036
ICC	22(61,1%)	52(49,1%)	
Fallecimientos	39(55,7%)	98(36,2%)	
ICC	18(46,21%)	40(40,8%)	
Cáncer	1(2,6%)	12(12,2%)	0,003
Infección	5(31,3%)	11(11,2%)	
MS	1(2,6%)	3(3,1%)	
Trasplante cardiaco	2(2,9%)	4(1,5%)	0,447

ICC: insuficiencia cardiaca congestiva. MS: muerte súbita.

Conclusiones: El grupo *upgrade*, portador de más TRC tipo desfibrilador, presenta más cardiopatía isquémica, FA, TVNS, descargas del desfibrilador, ingresos hospitalarios y fallecimientos 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*. A largo plazo no parece que mejore de forma significativa la supervivencia.