

¿Cómo influye la terapia de resincronización cardiaca en la mortalidad global de los pacientes? Seguimiento a muy largo plazo

Rafaela del Carmen Ramírez Rodríguez(1) y Antonia María Ramírez Rodríguez(2) de (1)Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España y (2)Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España

Introducción: • Comparar las características clínicas basales (edad, sexo, comorbilidades, etiología de la insuficiencia cardiaca, clase funcional NYHA, tratamiento médico) entre pacientes supervivientes y no supervivientes tras la TRC.
• Comparar la evolución de los parámetros clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos antes y después de la TRC en ambos grupos.
• Evaluar la incidencia de eventos adversos mayores (hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca, infecciones del dispositivo).
• Estudiar la supervivencia global y libre de eventos a largo plazo mediante curvas de Kaplan-Meier.

Métodos: Evaluación de una cohorte retrospectiva de 501 pacientes sometidos a TRC desde el 17 de Mayo 2002 hasta el 26 de Mayo 2022 con un tiempo de seguimiento medio de 14-5±6.42 años. Se estudio los parámetros ecocardiográficos , electrocardiográficos y la clase funcional antes y después de la TRC. Análisis de la supervivencia con las curvas de Kaplan Meyer .

Resultados: Hubo 218 (43.5%) vivos frente a 283 (56.5%) fallecidos. En el grupo de los éxitus la edad media fue 75.71±10.12 , hubo 23.3% mujeres, 44.6% fueron isquémicos, FA: 38% y diabéticos un 40.3% . El 59.4% tenían desfibriladores siendo la posición lateral (51.4%) la más frecuente seguida de la posterolateral 24.3%. Explante de dispositivo en un 88.5% debido a infección de la bolsa 60% seguido de la infección de electrodos y dispositivo 24%. El 49.8% ingresaron y el 80% fue por IC. Las causas de los éxitus fue por IC (58.6%) e infecciones (21.42%). Recibió trasplante cardiaco el 1.8%. Hubo mejoría en la clase funcional, QRS y parámetros ecocardiográficos entre los 6 meses antes y después de la TRC

Conclusiones: Después de 20 años han fallecido más de mitad de los pacientes fundamentalmente por IC seguida de las infecciones.
Explantes de los dispositivos se debió a las infecciones relacionadas con los dispositivos.
Hubo mejoría de los parámetros clínicos, electrocardioagráficos y ecocardiográficos entre los 6meses antes y 6 meses después de la TRC

Atendiendo a los dispositivos tanto marcapasos como desfibriladores, las curvas de supervivencia se superponen los primeros 12 años .

En los pacientes con miocardiopatía dilatada se superponen las curvas de supervivencia en función del sexo.

En función del sexo y marcapasos resincronizador las mujeres sobreviven más que los hombres.

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

Características clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas antes y después de la TRC N(501)						
	Vivos N= 218			Fallecidos N=283		
	Pre-TRC	Post-TRC	p	Pre-TRC	Post-TRC	p
FE(%)	31,9±8,5	42,3±12	0.001	29,3±7,6	36,5±12,0	0.001
DTDVI(mm)	65,5±9,5	59,8±11,4	0.001	67,6±8.8	62,4±11,7	0.001
DTSVI (mm)	54,5±10,6	47,7±11,2	0.001	57.1±10,2	52,0±12,54	0.001
IM			0.009			0.009
0	36(16,5%)	74(35,1%)		19(6,7%)	61(21,7%)	
I	63(28,9%)	60(28,4%)		72(25,5%)	100(35,6%)	
II	56(25,7%)	44(20,9%)		120(42,6%)	80(28,5%)	
IIi	40(18,3%)	19(4,3%)		62(22%)	27(9,6%)	
IV	23(4,6%)	14(2,8%)		9(3,2%)	13(4,6%)	
QRS (ms)	158,6±16,0	148,5±19,1	0.001	159,9±20,5	154,4±23,7	0.001
Clase funcional						
I	0	14(6,6%)			4(14%)	
II	10(4,7%)	142(67,3%)		8(2,9%)	176(62,6%)	
III	160(75,8%)	43(20,4%)		244(87,5%)	68(24,2%)	
IV	41(19,4%)	12(5,7%)		28(10%)	33(11,7%)	

FE: Fracción de Eyección; DTSVI: Diámetro telesistólico ventricular izquierdo, DTDVI: Diámetro telediastólico ventricular izquierdo; IM: Insuficiencia mitral