



6027-15. EL BLOQUEO DE RAMA DERECHA Y EL SEXO MASCULINO PODRÍAN PREDECIR TERAPIAS APROPIADAS EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA PORTADORES DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN PREVENCIÓN PRIMARIA

Miguel Cayetano Amores Luque¹, Marta Jiménez-Blanco Bravo¹, Gonzalo Alonso Salinas², Carolina Parra Esteban³, Jorge Toquero Ramos³, José Luis Zamorano Gómez¹, Eusebio García-Izquierdo Jaén³, Jesús Álvarez García¹, Ignacio Fernández Lozano³ y Víctor Castro Urda³

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña, Navarra. ³Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios recientes han puesto en duda el beneficio del desfibrilador automático implantable (DAI) en prevención primaria en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI). Existe una necesidad clara de una mejor estratificación del riesgo en estos pacientes, que permita seleccionar a aquellos que se van a beneficiar de esta terapia.

Métodos: Se evaluó de forma retrospectiva una cohorte de 224 pacientes consecutivos con MCD no isquémica a los que se implantó un DAI en prevención primaria entre 2008 y 2020 en dos centros terciarios. El objetivo principal del estudio fue identificar factores predictores de terapias apropiadas del DAI (terapias antitaquicardia [ATP] o choques apropiados) en esta cohorte de pacientes.

Resultados: Tras una mediana de seguimiento de 51 meses (RIQ 26,8 -77), 61 pacientes (27,2%) requirieron terapias apropiadas del DAI: 35 (15,6%) recibieron choques apropiados y ATP, y 26 (11,6%) solo ATP. La tabla resume las características basales de la cohorte y los resultados del análisis univariante. Los pacientes que precisaron terapias apropiadas eran significativamente más jóvenes (58,7 vs 63,7 años, $p = 0,02$), con mayor frecuencia varones (86,9 vs 68,7%, $p = 0,006$) y presentaban unos volúmenes de ventrículo izquierdo (VI) y un diámetro de aurícula izquierda (AI) significativamente más altos. Asimismo se objetivó una tendencia a presentar una menor fracción de eyección de VI (FEVI) (26 vs 29%, $p = 0,077$), aunque no alcanzó la significación estadística. Con respecto al electrocardiograma preimplante, aquellos que recibieron terapias apropiadas presentaban más frecuentemente bloqueo de rama derecha (BRDHH) (14,8 vs 4,3%, $p = 0,007$) siendo el bloqueo de rama izquierda (BRIHH) más frecuente en los que no recibieron terapias (47,2 vs 26,2%, $p = 0,005$). No se encontró asociación significativa con ninguno de los demás parámetros estudiados (NT-proBNP, clase funcional de la NYHA, medicación neurohormonal o tipo de dispositivo implantado, entre otros). Se realizó un análisis multivariante mediante regresión con riesgos competitivos, en el que el único factor predictor de terapias apropiadas fue la presencia de BRDHH (HR 2,26, IC95% 1,02-4,97, $p = 0,043$) (fig.).

Características basales de la cohorte y resultados del análisis univariante

	Total (n = 224)	Sin terapias (n = 163)	Terapias apropiadas (n = 61)	p
Edad, años (mediana, RIQ)	62,7 (55,1-69,0)	63,7 (57,0-69,8)	58,7 (53,0-64,8)	0,02
Sexo masculino, n (%)	165 (73,7%)	112 (68,7%)	53 (86,9%)	0,006
Hipertensión, n (%)	121 (54,3%)	88 (54,3%)	33 (54,1%)	0,976
Diabetes, n (%)	64 (28,8%)	50 (30,9%)	14 (23,3%)	0,271
Fibrilación auricular, n (%)	88 (39,5%)	62 (38,3%)	26 (42,6%)	0,553
Clase de la NYHA, n (%)				0,796
NYHA I	20 (9,1%)	17 (10,7%)	3 (4,9%)	
NYHA II	117 (53,2%)	81 (50,9%)	36 (59,0%)	
NYHA III	78 (35,5%)	57 (35,9%)	21 (34,4%)	
NYHA IV	5 (2,3%)	4 (2,5%)	1 (1,6%)	
NT-proBNP, pg/ml, mediana (RIQ)	1.421,5 (503-4.586)	1.396 (501-4.755)	1.465 (515-4.586)	0,953
Trastorno de la conducción				
BRIHH, n (%)	93 (47,7%)	77 (47,2%)	16 (26,2%)	0,005
BRDHH, n (%)	16 (8,2%)	7 (4,3%)	9 (14,8%)	0,007
TICIV, n (%)	23 (11,8%)	17 (10,4%)	6 (9,8%)	0,896
Ninguno, n (%)	62 (31,8%)	40 (24,5%)	22 (36,1%)	0,086

Ecocardiograma basal

FEVI (%) (mediana, RIQ)	28 (22-31,9)	29 (24,2-32,0)	26 (20-30)	0,077
VTDVI (ml/m ²) (mediana, RIQ)	90,9 (72,6-113,5)	86,0 (71,3-110)	100 (90-116,8)	0,011
VTSVI (ml/m ²) (mediana, RIQ)	65,2 (49,5-84,7)	60,9 (47,4-80,5)	72,2 (58,9-87,4)	0,047
Diámetro AI, mm (media ± DE)	45,7 ± 8,7	44,8 ± 8,5	48,2 ± 8,8	0,048
Insuficiencia mitral significativa (moderada o grave), n (%)	81 (36,2%)	61 (37,4%)	20 (32,8%)	0,52

Fármacos para la IC

IECA/ARAI, n (%)	196 (88,3%)	143 (88,8%)	53 (86,9%)	0,689
Bloqueadores beta, n (%)	207 (92,8%)	153 (94,4%)	54 (88,5%)	0,127
ARM, n (%)	160 (71,8%)	119 (73,5%)	41 (67,2%)	0,356
Sacubitrilo/Valsartán, n (%)	17 (7,7%)	15 (9,3%)	2 (3,3%)	0,131
Antiarrítmicos, n (%)	24 (10,8%)	18 (11,1%)	6 (9,8%)	0,784

Tipo de dispositivo implantado

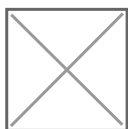
DAI monocameral, n (%)	98 (43,8%)	70 (42,9%)	28 (45,9%)	0,655
DAI bicameral, n (%)	10 (4,5%)	7 (4,3%)	3 (4,9%)	0,924
DAI-TRC, n (%)	116 (51,8%)	86 (52,8%)	30 (49,2%)	0,657

Eventos

Muerte, n (%)	43 (19,2%)	27 (16,6%)	16 (26,2%)	0,102
---------------	------------	------------	------------	-------

Trasplante cardiaco, n (%)	9 (4,0%)	3 (1,8%)	6 (9,8%)	0,007
Muerte o trasplante, n (%)	52 (23,2%)	30 (18,4%)	22 (36,1%)	0,005

TICIV: trastorno inespecífico de la conducción intraventricular; VTDVI: volumen telediastólico de VI; VTSVI: volumen telesistólico de VI; ARM: antagonista del receptor mineralcorticoide. Resto en el texto principal.



Terapias apropiadas del DAI según trastorno de la conducción intraventricular.

Conclusiones: La presencia de BRDHH podría identificar a pacientes con MCDNI con alto riesgo de arritmias ventriculares y necesidad de terapias del DAI.