



6002-24. CUÁL ES EL BENEFICIO DE UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA IDIOPÁTICA COMPARADO CON ISQUÉMICO-NECRÓTICOS

Néstor Galizio, Alejo Tronconi, Gabriela Lizarraga, Federico Robles, Alejandro Palazzo, Guillermo Carnero, Mauricio Mysuta y José Luis González del Hospital Universitario Fundación Favaloro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina)

Resumen

Introducción y objetivos: El estudio DANSIH ha cuestionado el beneficio del desfibrilador automático implantable (DAI) en prevención primaria (PP) de muerte súbita (MS) en pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica no coronaria (IC-NC). El trial no logró demostrar una reducción de la mortalidad comparado con “el tratamiento médico usual”. Objetivo: determinar la incidencia de terapias apropiadas (TA) y comparar la mortalidad total (MT), cardiovascular (MC) y no cardiovascular (MNC) en pacientes con CDI en PP de MS en miocardiopatía isquémico-necrótica (M-IN) frente a dilatada idiopática (M-DI).

Métodos: Entre enero 2007 y agosto 2016, 329 pacientes fueron implantados con un DAI. Características basales, 256 pacientes (78%) tenían M-IN y 73 pacientes (22%) M-DI: masculinos 226 (78%) frente a 73 pacientes (22%), $p = 0,005$, edad 64 ± 2 frente a 57 ± 11 años, $p = \text{NS}$, creatinina $1,2 \pm 0,5$ frente a $1,1 \pm 0,3$ mg%, $p = 0,04$, NYHA FC I 117 (46%) frente a 22 pacientes (30%), $p = 0,01$, CF II 106 (41%) frente a 33 p (45%) $p = \text{NS}$, CF III 32 (12%) frente a 16 pacientes (22%), $p = 0,03$, DDVI 64 ± 9 frente a 69 ± 8 mm, $p = 0,001$, FEY 27 ± 7 frente a $23 \pm 6\%$, $p = 0,001$, bloqueadores beta 247 (96%) frente a 69 pacientes (95%), $p = \text{NS}$, inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina/ARAII 227 (89%) frente a 64 pacientes (87%), $p = \text{NS}$, bloqueadores de los receptores mineralocorticoides 204 (80%) frente a 59 pacientes (81%), $p = \text{NS}$, amiodarona 92 (36%) frente a 35 pacientes (48%), $p = 0,06$, respectivamente. Los pacientes que recibieron trasplante cardíaco o *upgrade* a TRC-D fueron excluidos del análisis de mortalidad (M). El seguimiento medio fue de 42 ± 37 meses (m).

Resultados: Durante el seguimiento, 40 p (16%) con M-IN frente a 9 pacientes (12%) con M-DI presentaron TA ($p = \text{NS}$), 27 pacientes (11%) frente a 7 pacientes (10%) choques apropiados ($p = \text{NS}$) y 21 pacientes (8%) frente a 6 pacientes (8%) ATP apropiadas ($p = \text{NS}$), respectivamente. Mortalidad en los 221 pacientes con M-IN y 60 pacientes con M-DI: MT 33 p (15%) frente a 7 (12%), $p = 0,5$, tiempo a la muerte $24 \text{ m} \pm 19$ frente a $41 \text{ m} \pm 25$ - 0,001, M-C 17 pacientes (8%) frente a 5 pacientes (8%), $p = 0,9$, M por insuficiencia cardíaca 16 pacientes (7%) frente a 5 pacientes (8%), $p = 0,7$, M por infarto agudo de miocardio 7 pacientes (1%) frente a 0, $p = 0,6$, muerte súbita 1 paciente (1%) frente a 0, $p = 0,6$ y M-NC 15 pacientes (7%) frente a 2 pacientes (%), $p = 0,2$, respectivamente.

Conclusiones: En nuestra población en estudio, no encontramos diferencias significativas entre los pacientes con M-IN y M-DI en la incidencia de TA, MT, M-C o MNC. Los pacientes con M-DI murieron más tardíamente que los pacientes con M-IN. En el presente registro pacientes con M-DI se beneficiaron del implante de un DAI como los pacientes con M-IN.