



5012-2. BENEFICIO DEL DAI EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DE ETIOLOGÍA NO ISQUÉMICA FRENTE A ISQUÉMICA: RESULTADOS DE UN REGISTRO NACIONAL MULTICÉNTRICO

Sem Briongos Figueroa¹, Álvaro Estévez¹, Ana Sánchez¹, Roberto Muñoz-Aguilera¹, Ángel Arenal² y Javier Alzueta³, del ¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid y ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo fue determinar diferencias en la mortalidad por todas las causas de pacientes con IC de etiología isquémica frente a no isquémica, ya que todavía existen dudas acerca de su utilidad.

Métodos: Seleccionamos todos los pacientes con IC y FEVI 35% a los que se les había realizado un primoimplante de DAI en prevención primaria, sin TRC concomitante del registro nacional UMBRELLA.

Resultados: Analizamos 782 pacientes con una edad media de 61,1 años, de los cuales 556 eran isquémicos y 226 no isquémicos. En el momento del implante la FEVI media era de 26,6%, el QRS medio de 108,9 ms, un 76,6% de los pacientes había sido ingresado previamente por IC y un 84% estaba en NYHA II o III. El tratamiento farmacológico estaba optimizado (bloqueadores beta en 90,9%, IECA o ARA II en 84% y antagonistas de aldosterona en 59,4%). Los pacientes con IC de etiología isquémica presentaron un perfil de RCV peor (más tasas de HTA, DM, DL y tabaquismo), mientras que aquellos con IC de etiología no isquémica referían peor clase funcional (NYHA II o III) y sufrían FA en mayor proporción. Tras una mediana de seguimiento de 4,2 años, 142 pacientes (18,2%) fallecieron (mortalidad: 4,2% al año). Para intentar homogeneizar los subgrupos realizamos apareamiento por *Propensity Score*, macheando las poblaciones según aquellas características basales distribuidas asimétricamente. Obtuvimos una muestra de 310 pacientes (155 en cada grupo) bien balanceada. El análisis de supervivencia (Kaplan Meier) en esta población no mostró diferencias en la mortalidad por todas las causas de pacientes isquémicos (19,4%) frente a los no isquémicos (20%; $p = 0,375$, *log rank test*). Posteriormente realizamos un análisis multivariable por regresión de Cox para determinar predictores independientes de mortalidad en toda la población. La edad ($HR = 1,02$; $p = 0,009$), diabetes ($HR = 2,61$; $p = 0,001$), EPOC ($HR = 2,13$; $p = 0,002$) y la presencia de IC previa ($HR = 2,28$; $p = 0,027$) resultaron predictores independientes en la cohorte general, mientras que la FA ($HR = 2,68$; $p = 0,002$) y la presencia de enfermedad renal crónica ($HR = 3,74$; $p = 0,001$) emergieron como predictores únicamente en el subgrupo de pacientes no isquémicos.

Conclusiones: En pacientes con IC, FEVI reducida y QRS estrecho, debemos considerar el implante de un DAI independientemente de la etiología, aunque es muy importante la presencia de comorbilidades a la hora de tomar la decisión.