



6004-77. IMPACTO DE ESTRATEGIA DE PROGRAMACIÓN DE DESFIBRILADOR IMPLANTABLE MEDIANTE UN ALGORITMO INTEGRADO DE DISCRIMINACIÓN EN LA REDUCCIÓN DE TERAPIAS INAPROPIADAS

Clara Gunturiz Beltrán¹, Vicente Bertomeu González¹, Jesús Castillo Castillo¹, Luisa Pérez², José B. Martínez Ferrer³, Javier Alzueta⁴, María Fe Arcocha⁵, y Ángel Arenal⁶ del ¹Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante), ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, ³Hospital Universitario de Araba, ⁴Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, ⁵Hospital de Basurto y ⁶Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las terapias inapropiadas (TI) suponen uno de los principales problemas de los desfibriladores automáticos implantables (DAI), ya que reducen la calidad de vida y disminuyen la supervivencia. La tecnología “Smartshock” (SS) integrada en algunos dispositivos consiste en un algoritmo de discriminación de eventos, que engloba varias funciones especializadas. El objetivo de este estudio es comparar los dispositivos con y sin SS, y conocer la incidencia de TI.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional prospectivo de cohortes históricas. Se incluyen todos los pacientes consecutivos a los que se les realiza un implante de DAI entre 2005 y 2014. Estudio de frecuencia y asociación (contraste de hipótesis) y magnitud de asociación (resultado expresado en RR) entre las variables basales de los pacientes. La existencia de TI a largo plazo se analizó mediante análisis de Kaplan-Meier y análisis multivariado por regresión de Cox. Los resultados se expresan como razón de riesgo (HR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Se incluye inicialmente un total de 2522 pacientes con implante de DAI. Se establecen 2 grupos en función de si el dispositivo integra o no SS. 86 pacientes son excluidos por ser portadores de ambos tipos de dispositivos. Contamos con 1.373 (56,4%) pacientes con SS y 1.063 (43,6%) sin SS. El seguimiento medio global es de 945 (rango 499-1.463) días, y 587 (rango 326-906) días los dispositivos con SS (sistema más reciente). La edad de la población es 61 (\pm 14) años. Los pacientes con SS eran 82,4% varones. Sin diferencias en tipo de cardiopatía que indica el implante del DAI, función ventricular, factores de riesgo cardiovascular ni antecedente familiar de muerte súbita. Los pacientes con SS tienen menos insuficiencia cardiaca previa ($p < 0,0001$); menor frecuencia de BRD ($p = 0,014$), más insuficiencia renal ($p = 0,006$), y tendencia no significativa a presentar más fibrilación auricular (FA) al implante ($p = 0,082$). Ambos grupos representan un porcentaje similar global de arritmia clínica que motiva el implante en prevención secundaria, pero pacientes con SS tenían más fibrilación ventricular (FV) ($p = 0,009$) y más muerte súbita recuperada ($p = 0,014$). Recibieron estudio electrofisiológico (EEF) previo al implante con menor frecuencia ($p = 0,002$). Los pacientes con SS reciben menos terapias inapropiadas RR 0,935 IC95% [0,91-0,96]. En el análisis multivariado por regresión de Cox se obtiene que las únicas variables asociadas de forma independiente a la presencia de TI son FA, como factor de riesgo HR 2,703 IC95% [1,859-3,930] y presencia de SS, factor protector. Por tanto, los dispositivos con SS tienen menos TI durante el seguimiento HR 0,164 IC95% [0,103-0,262].

Conclusiones: La presencia de FA, como era de esperar, es un factor de riesgo para sufrir más TI. El grupo de pacientes con SS presentaba una tendencia a mayor frecuencia de FA, pero a pesar de ello, el uso de SS se asocia de forma independiente a tener menos TI durante el seguimiento.