



5001-4. DESCARGAS INAPROPIADAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO REDUCIDA PORTADORES DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE BICAMERAL FRENTE A MONOCAMERAL: EL DEBATE CONTINÚA

Sem Briongos Figueroa¹, Ana Sánchez¹, Luisa Pérez Álvarez², José Martínez-Ferrer³, Enrique García⁴, Xavier Viñolas⁵, Ángel Arenal⁶ y Roberto Muñoz-Aguilera⁷ del ¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, ³Hospital Universitario de Araba, Vitoria, ⁴Hospital Universitario de Vigo, ⁵Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ⁶Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, y ⁷Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El beneficio añadido de un desfibrilador automático implantable (DAI) bicameral en la reducción de terapias inapropiadas es controvertido. Llevamos a cabo un análisis para establecer el papel del DAI bicameral en la reducción de terapias inapropiadas de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida y QRS estrecho.

Métodos: Se incluyó a todos los pacientes con primoimplante de un DAI (sin resincronizador) en prevención primaria de muerte súbita por IC y FEVI reducida incluidos en el registro UMBRELLA. Un comité de expertos revisó todos los eventos arrítmicos y las terapias aplicadas recogidas mediante monitorización remota.

Resultados: Se analizó a 214 pacientes: 147 (68,7%) con DAI bicameral y 67 (31,3%) monocameral. La edad media fue de 61,5 años, 14% mujeres, 79,9% referían una clase funcional de la NYHA II o III, y la mayoría estaban bajo tratamiento médico óptimo (bloqueadores beta en el 92,5%, inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina/ / antagonistas de los receptores de la angiotensina II en 89,6% y antialdosterónicos en el 61,3%). El porcentaje de pacientes con ictus previo, enfermedad pulmonar obstructiva constrictiva (EPOC) o enfermedad renal crónica (ERC) fue bajo (5,9%, 12,7% y 17,1% respectivamente), pero un 33,2% de los casos presentaban FA en el momento del implante. La mediana de duración del QRS fue de 110 ms con tan solo un 18% de p con QRS > 130 ms. Tras un seguimiento medio de 3,7 años, un 10,3% de pacientes (n = 22) sufrió al menos una descarga inapropiada. Las causas fueron: la mayoría por episodios de fibrilación auricular (FA) (9 casos), 5 casos por taquicardias paroxísticas supraventriculares, 3 por taquicardias ventriculares no sostenidas, 3 por sobresensado de la onda T y 2 casos por ruido. El implante de un DAI monocameral fue más frecuente en pacientes con hipertensión arterial, dislipemia, EPOC, FA, y en aquellos sintomáticos (*New York Heart Association* II o III) (p 0,05 para todas las comparaciones). Sin embargo la programación del dispositivo no fue diferente (tabla). Todos los episodios de terapia inapropiada excepto uno, ocurrieron en portadores de un DAI monocameral. A pesar de la distribución desigual en las características basales, tras un ajuste de regresión logística multivariable, el implante de un DAI bicameral fue predictor independiente de un menor número de descargas inapropiadas (*hazard ratio* = 0,09 [IC95%, 0,01-0,70]) pero no de descargas apropiadas (tasa total en pacientes con DAI bicameral 20,9 frente a 25,2% en DAI monocameral; p = 0,46).

	Total (n = 214)	DAI bicameral (n = 147)	DAI monocameral (n = 67)	p
Límite zona FV (ms)	306,8 ± 18,6	309 ± 13	305 ± 20,6	0,179
NID (zona FV)				
30/40	64,9%	69,8%	62,7%	0,321
30/40	35,1%	30,2%	37,3%	
Zona TVR				
On	4,9%	4,8%	4,9%	0,574
Off	69,8%	74,6%	67,6%	
Vía FV	25,4%	20,6%	27,5%	
Límite zona TVR (ms)	279,8 ± 29,7	278 ± 41,1	280 ± 25,1	0,285

Programación del DAI en función del tipo de dispositivo.

Conclusiones: El implante de un DAI bicameral en prevención primaria de pacientes con IC y FEVI reducida es todavía útil y nos puede ayudar a reducir el número de terapias inapropiadas, especialmente por episodios de FA.