Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 143

Revista Española de Cardiología

5012-5. ARRITMIAS VENTRICULARES MALIGNAS EN PACIENTES PORTADORES DE DAI EN PREVENCIÓN PRIMARIA: ¿ES VERDAD LOS PACIENTES NO ISQUÉMICOS TIENEN UN RIESGO MENOR?

Sem Briongos Figuero[1], Álvaro Estévez[1], Ana Sánchez[1], Luisa Pérez[2], Ángel Arenal[3] y Roberto Muñoz-Aguilera[1], del [1]Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, [2]Complexo Hospitalario Universitario, A Coruña y [3]Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El objetivo fue estudiar si el riesgo arrítmico de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida portadores de desfibrilador automático implantable (DAI) en prevención primaria era distinto en el grupo de isquémicos frente a no isquémicos. Se determinó mediante el tiempo hasta la primera descarga apropiada en zona de FV, como marcador indirecto de muerte súbita.

Métodos: Seleccionamos a pacientes con IC y FEVI 35% tras implante de DAI en prevención primaria, sin terapia de resincronización cardiaca (TRC), incluidos en el registro multicéntrico nacional UMBRELLA. Los eventos arrítmicos fueron analizados por un comité de expertos para adjudicar si eran apropiados o no.

Resultados: Estudiamos a 782 pacientes con una edad media de 61,1 años, de los cuales 556 eran isquémicos y 226 no isquémicos. En el implante, la FEVI media fue del 26,6% y el QRS de 108,9 ms. El 68,7% de los dispositivos eran monocamerales y no hubo diferencias significativas en la programación: el 94,9% tenían la zona de FV programada > 188 lpm, con 30/40 intervalos en el 38,9% de la población. Además a un 28,7% de los pacientes se les programó una zona FVT con capacidad de aplicar ATP, dentro de la zona FV. Tras 4,2 años de mediana de seguimiento, 134 pacientes (17,6%) presentaron una primera descarga apropiada en zona de FV (5,1% al año). La longitud de ciclo media de las arritmias responsables de dichos episodios fue de 257 ms y en el 71,6% de pacientes dichos eventos fueron secundarios a TVMS. Realizamos un análisis emparejando la población mediante *propensity score* de acuerdo a las características basales asimétricamente distribuidas. En la población emparejada (310 pacientes) no encontramos diferencias en la supervivencia libre de primera descarga apropiada de pacientes isquémicos (17,6%) frente a no isquémicos (15,8%; p = 0,968 *log rank test*). El análisis multivariante en la población global determinó que las descargas apropiadas se asociaron con un incremento significativo de la mortalidad (HR = 2,88; p 0,001), y sin embargo la programación de 30/40 intervalos en zona de FV se relacionó con riesgo menor de primera descarga apropiada (HR = 0,57; p = 0,042). Además el antecedente de FA, ictus y la FEVI emergieron también como predictores independientes de primera descarga apropiada.

Conclusiones: El beneficio del DAI en prevención primaria de muerte súbita no debe restringirse a pacientes isquémicos. Nuestros resultados reafirman la utilidad de programaciones menos agresivas para reducir el número de descargas apropiadas del DAI.