



6033-336. IMPACTO DE LA REVASCULARIZACIÓN COMPLETA SOBRE LA MORTALIDAD EN PACIENTES PORTADORES DE DAI EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Zaira Gómez Álvarez, Carlos Ferrera Durán, Victoria Cañadas Godoy, Ana Viana Tejedor, Juan José González Ferrer, Francisco Noriega, Julia Playán Escribano, Asunción Conde López-Gómez, Ricardo Salgado Aranda, Juan Carlos Gómez Polo, David Filgueiras Rama, Julián Pérez Villacastín y Nicasio Pérez Castellano

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con cardiopatía isquémica que han sufrido arritmias ventriculares o un evento de muerte súbita, son una población de muy alto riesgo, con elevada mortalidad. La revascularización forma parte esencial del tratamiento. Sin embargo, existe controversia sobre el número de vasos a tratar y el momento adecuado para hacerlo. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto pronóstico de la revascularización completa (RC) en una cohorte de pacientes con cardiopatía isquémica a los que se implantó un desfibrilador automático implantable (DAI) en prevención secundaria.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una población de pacientes consecutivos a los que se implantó un DAI en prevención secundaria tras un primer evento arrítmico ventricular desde 2008 al 2018. Se excluyeron los pacientes con miocardiopatía no isquémica. Se realizó seguimiento cada 6 meses. Se recogieron parámetros clínicos, electrocardiográficos, ecocardiográficos, angiográficos y electrofisiológicos. Se evaluó la mortalidad a largo plazo en la población de estudio.

Resultados: Se analizaron un total de 79 pacientes, de los cuales fallecieron 24 (30,4%) durante el seguimiento. La edad media fue de $69,2 \pm 10,1$ años y un 94,1% fueron varones. La mediana de seguimiento fue de 48 meses (RIC 21-66). La edad en el momento del implante fue mayor en el grupo de pacientes que falleció (tabla). No se encontraron diferencias en la distribución por sexo, los factores de riesgo, ni en la presencia de infarto previo (tabla). Sin embargo, la prevalencia de enfermedad renal crónica (33,34 vs 9,09%; $p = 0,008$) y de disfunción ventricular izquierda fue mayor en el grupo de pacientes que fallecieron (tabla). El tratamiento betabloqueante y antiarrítmico fue similar en ambos grupos (tabla). La media de eventos arrítmicos en el seguimiento fue mayor en el grupo de pacientes fallecidos ($1,2 \pm 1,31$ vs $0,5 \pm 0,7$; $p = 0,006$). Los pacientes en los que no se realizó revascularización, mostraron una mayor mortalidad (hazard ratio 2,45 (IC95% 1,05-5,73). El análisis de supervivencia de Kaplan-Meier mostró que la RC en el ingreso índice se asoció de forma significativa con una menor mortalidad a largo plazo (fig.).

Características basales

Variable	Vivos al final del seguimiento (N = 55)	Fallecidos en el seguimiento (N = 24)	p
Edad, años	66,98 ± 10,03	74,79 ± 8,22	0,001
Sexo masculino	53 (93,63)	21 (87,5)	0,137
Hipertensión arterial	41 (74,55)	20 (83,33)	0,392
Diabetes mellitus	18 (32,73)	10 (41,67)	0,54
Dislipemia	40 (72,73)	20 (83,33)	0,310
Tabaquismo	36 (64,45)	16 (66,67)	0,917
Obesidad	13 (23,64)	5 (20,83)	0,785
Enfermedad vascular periférica	4 (7,27)	5 (20,83)	0,08
Enfermedad renal crónica	5 (9,09)	8 (33,34)	0,008
Infarto previo	29 (52,73)	16 (60,87)	0,510
FEVI	41,6 ± 11,45	34,17 ± 10,07	0,0072
IECA/ARA II al alta	51 (92,73)	17 (70,83)	0,010
Betabloqueante al alta	48 (82,27)	22 (91,67)	0,572
Fármaco antiarrítmico al alta	17 (30,71)	10 (41,67)	0,323
EEF/Ablación	14 (25,4%)	7 (29,17)	0,731
No revascularización	30 (36,36)	16 (66,67)	0,018

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ARA-II: antagonistas del receptor de angiotensina-II; EEF: estudio electrofisiológico.



Análisis de supervivencia en función de la revascularización completa o no.

Conclusiones: La RC se asocia con una menor mortalidad en el seguimiento de los pacientes con cardiopatía isquémica e implante de DAI en prevención secundaria tras un primer episodio de arritmia ventricular o muerte súbita.