



6028-14. FALLECIMIENTOS PRECOCES TRAS IMPLANTE DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE: PREVALENCIA, PERFIL CLÍNICO Y ESTUDIO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS

Carlos Gil Guillén, Angie Tatiana Ariza Mosquera, Elisabet Viera Reyes, Sandra Rodríguez Fuster, Eugenia Mateu Gisbert, Kevin Pérez Rodríguez, Ana Beatriz Rojas Brito, Jonatán Enrique Quintana Viera y Federico Segura Villalobos

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Introducción y objetivos: El objetivo del estudio es analizar la proporción de pacientes que fallecen precozmente tras el implante de DAI, con el coste que ello supone, comparar el perfil clínico con aquellos que no fallecen y analizar las causas de muerte.

Métodos: Estudio de cohortes históricas. Se incluyeron todos los pacientes a los que se implantó un DAI (primoimplantes y recambios) en un único centro desde enero 2017 hasta diciembre 2021. Se realizó seguimiento hasta mayo 2022 y se constituyeron dos grupos: Aquellos que fallecieron (grupo 1) vs aquellos que seguían vivos (grupo 2). Se excluyeron los pacientes con pérdida del seguimiento.

Resultados: Del total de pacientes incluidos (n = 330) fallecieron un total de 48 (14,5%). Los fallecimientos ocurrieron en un promedio de 13,33 meses ($\pm 12,3$) tras el implante. El 79% ocurrieron dentro de los 24 primeros meses. Los pacientes que fallecieron (grupo 1) estaban compuestos por varones (97,9 vs 78%; p 0,001); de mayor edad (70,40 [$\pm 9,80$] vs 59,29 [$\pm 13,25$]; p 0,001); con un perfil de riesgo cardiovascular elevado, presentando más hipertensión (75 vs 60,6%; p 0,057), diabetes (50 vs 33,4%; p 0,027) y dislipemia (64,6 vs 49,6%; p 0,056). El grupo 1 presenta mayor porcentaje de cardiopatía isquémica (58,3 vs 37,2%; p 0,006), así como de fibrilación auricular (FA) (45,8 vs 31,2%; p 0,047) y de insuficiencia renal (33,3 vs 10,4%; p 0,001). Se pudo establecer la causa del fallecimiento en un 56,3% de los casos. La principal causa fue la infecciosa (44,4%), en la que se incluyen dos pacientes que fallecieron por COVID. La siguiente fue la cardiológica (25,9%), seguida de causas oncológicas y otras (11,1%) y de causas neurológicas (7,4%). Se consideró que un 33,4% de los fallecimientos fueron secundarios a problemas crónicos preexistentes reagudizados.

	Grupo 1 Fallecidos (n = 48)	Grupo 2 Vivos (n = 282)	p
Edad	70,40 [$\pm 9,80$]	59,29 [$\pm 13,25$]	0,001
Sexo (% mujeres)	2,1%	22%	0,001

Tabaquismo (%)	66,7%	52,5%	0,07
Diabéticos (%)	50%	33,4%	0,027
HTA (%)	75%	60,6%	0,057
Dislipémicos (%)	64,6%	49,6%	0,056
Cardiopatía estructural (%)	97,9%	97,9%	NS
Isquémica (%).	59,6%	38%	0,006
Dilatada (%).	34%	32,2%	NS
Hipertrófica (%).	2,1%	10,5%	0,067
Otros (%)	4,3%	19,3%	0,001
FEVI (%)	32,17 [± 12,23]	38,67 [± 16,92]	0,012
Recambios marcapasos (%)	31,3%	32,3%	NS
Antecedentes de FA	45,8%	31,2%	0,047
Insuficiencia renal	33,3%	10,4%	0,001
Ictus previo	8,3%	6,4%	NS
Indicación prevención primaria (%)	68,8%	74,7%	NS

Conclusiones: Un porcentaje relevante clínica y económicamente de pacientes a los que implantamos un DAI fallecen de forma precoz de causas no cardíacas. El perfil del paciente que fallece en nuestra muestra es el de un varón, septuagenario, de elevado RCV, con cardiopatía isquémica establecida, disfunción grave y otras comorbilidades como FA e insuficiencia renal. Esta información puede ser relevante de cara a seleccionar mejor a los pacientes candidatos a DAI, sobre todo, en prevención primaria.