



## 6001-508. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO EN PREVENCIÓN PRIMARIA: UN RETO NO RESUELTO

Victoria Cañadas Godoy, Carmen Olmos Blanco, Aida Suárez-Barrientos, José Manuel Aguirre Viquez, Moisés Pulido Méndez, Juan José González-Ferrer, Carlos Macaya Miguel y Julián Pérez-Villacastín de la Unidad de Arritmias del Hospital Clínico San Carlos, Madrid y Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** Las indicaciones de DAI en prevención primaria (PP) se basan en una adecuada estratificación del riesgo, para identificar aquellos pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse de la terapia. Sin embargo, las herramientas de estratificación disponibles son imperfectas. En los pacientes postinfarto, la FE se ha convertido en el principal factor que condiciona la indicación. No obstante, muchos autores cuestionan esta actuación y en las guías NICE, por ejemplo, se exige además la presencia de un QRS ancho.

**Métodos:** Se incluyeron todos aquellos pacientes con antecedentes de infarto, a los que se implantó un DAI como PP en nuestro centro y se establecieron dos grupos de estudio: A) pacientes con criterios MADIT II (infarto previo y FE = 30%) y B) pacientes que además presentaban QRS ancho (> 120 ms). Se analizaron las características basales de ambos grupos, la mortalidad y la supervivencia libre de descargas apropiadas e inapropiadas.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se implantaron un total de 114 desfibriladores en pacientes con infarto previo y disfunción ventricular grave: A) 56 (82% varones) y B) 58 (95% varones). Los pacientes del grupo B eran significativamente mayores ( $62 \pm 9$  vs  $57 \pm 10$  años,  $p = 0,05$ ) y presentaban mayor prevalencia de HTA, fibrilación auricular y tabaquismo previo. En la evolución (mediana seguimiento 1100 días), no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la supervivencia global o las supervivencias libres de descargas apropiadas e inapropiadas. Se realizó un análisis de regresión de Cox en el que además de la presencia de QRS ancho se incluyeron otras variables como la edad, antecedente de FA, HTA, filtrado glomerular y sexo. Ninguna de las variables consideradas resultó ser un predictor independiente de los eventos previamente mencionados.

**Conclusiones:** En nuestra serie la presencia de QRS ancho no resultó útil para la identificación de un subgrupo de peor pronóstico.

6001-508.tif

6001-508.tif

KM para la supervivencia global y la supervivencia libre de descargas apropiadas.