

6002-32. DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE, ¿CUESTIÓN DE SEXO? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Marina Segur García, Nerea Mora Ayestarán, Pablo Bazal Chacón, Nuria Basterra Sola, Adela María Navarro Echeverría, Javier Romero Roldán, Aitziber Munarriz Arizcuren y Javier Martínez Basterra, del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Resumen

Introducción y objetivos: Múltiples estudios demuestran que los desfibriladores automáticos implantables (DAI) proporcionan beneficios significativos en términos de morbilidad tanto en prevención primaria como secundaria en pacientes seleccionados. Sin embargo, el beneficio de dichos dispositivos podría variar en función del sexo, describiéndose en algunos estudios en mujeres un menor número de tratamientos y un menor beneficio neto en términos de supervivencia.

Métodos: Análisis retrospectivo de características basales y evolución de aquellos pacientes a los que se implantó DAI en nuestro centro entre 2011 y 2015, estratificado por sexo. Además, se realiza seguimiento hasta la fecha de revisión (mayo 2019) recogiendo tratamientos recibidos y supervivencia.

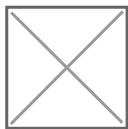
Resultados: De 2011-2015 se implantaron en nuestro centro 282 DAI, 89,6% en varones y 10,3% en mujeres. Los varones presentaron una proporción significativamente mayor de factores de riesgo cardiovascular a excepción de la diabetes, en la que no se alcanzó significación estadística. No se encontraron diferencias significativas en edad, antecedentes de insuficiencia renal crónica o fibrilación auricular. La cardiopatía isquémica fue la indicación más frecuente en varones seguida de la miocardiopatía dilatada no isquémica (MDNI) a diferencia de las mujeres, invirtiéndose el orden. No hubo diferencias en función ventricular izquierda media ni en el uso de dispositivos de resincronización. Durante el seguimiento (media $6,06 \pm 1,44$ años), se registró una tendencia no significativa a un menor número de episodios y tratamientos en mujeres, congruente con lo publicado previamente. A pesar de registrar una tendencia global a una mayor supervivencia en mujeres (figura), no hallamos una asociación significativa entre sexo y mortalidad global en el análisis multivariable, *hazard ratio* 0,62 (intervalo de confianza 95%: 0,26-1,44).

Resultados

	Varón (n = 252)	Mujer (n = 29)	p
Edad (años $\pm$ DE)	61,1 $\pm$ 15,2	58,3 $\pm$ 16,2	0,34
Hipertensión (%)	147 (58,3%)	10 (34,4%)	0,01

Diabetes (%)		69 (27,4%)	4 (13,8%)	0,11
Fumador (%)		187 (74,2%)	4 (13,7%)	0,05
Insuficiencia renal (%)		77 (30,5%)	6 (20,6%)	0,27
Fibrilación auricular (%)		93 (36,9%)	11 (37,9%)	0,91
FEVI (% $\pm$ DE)		35,2 $\pm$ 16,6	38,5 $\pm$ 18,6	0,32
DAI-TRC (%)		75 (29,76%)	10 (34,48%)	0,6
	MDI	137 (54,37%)	9 (31,03%)	
Cardiopatía	MDNI	66 (26,19%)	14 (48,27%)	0,11
	Otros	48 (19,04%)	6 (20,68%)	
	Primaria	142 (56,35%)	20 (68,97%)	
Prevención	Secundaria	110 (43,65%)	9 (31,03%)	0,19
	No sostenidos	10,7 $\pm$ 26,6	6,1 $\pm$ 8,8	0,35
Episodios (media $\pm$ SE)	Sostenidos (TVS-FV)	2,6 $\pm$ 5,8	2,2 $\pm$ 7,2	0,74
Tratamientos totales (%)		102 (40,4%)	10 (34,4%)	0,53
	Choques	1,2 $\pm$ 3,3	1,2 $\pm$ 3,8	0,91
Tratamientos (media $\pm$ DE)	Tratamiento antiataquicardia	1,7 $\pm$ 4,8	1,3 $\pm$ 3,6	0,65
Mortalidad total (n = 85)		79 (31,35%)	6 (20,69%)	0,23

N: número; DE: desviación estándar; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda; DAI-TRC: desfibrilador automático implantable-tratamiento de resincronización; MDI: miocardiopatía dilatada isquémica; MDNI: miocardiopatía dilatada no isquémica.



Supervivencia en función del sexo.

Conclusiones: La indicación de DAI en mujeres continúa siendo muy baja, a pesar de que las guías de práctica clínica no establecen diferencias en función del sexo al respecto. Nuestros datos apoyan una mejor evolución en mujeres sometidas a implantación de DAI, aunque sin significación estadística en nuestro medio, pudiendo estar nuestro estudio condicionado por baja potencia estadística con una marcada infrarrepresentación de mujeres así como una mayor manifestación de MDNI en este grupo.