



## 5010-2. FACTORES PREDICTORES DE MUERTE Y DESCARGA APROPIADA DEL DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN PREVENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS CON UN MODELO DE RIESGOS COMPETITIVOS

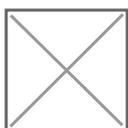
Rocío del Pozo Contreras<sup>1</sup>, Roque Arana Granado<sup>1</sup>, Juan Fernández-Armenta Pastor<sup>1</sup>, Moisés Rodríguez Mañero<sup>2</sup>, Jesús Jiménez López<sup>3</sup>, Luis Martínez Sande<sup>2</sup>, Juan Benezet-Mazuecos<sup>4</sup> y Agustín Fernández Cisnal<sup>5</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, <sup>2</sup>Universidad de Santiago de Compostela, A Coruña, <sup>3</sup>Hospital Virgen de la Salud, Toledo, <sup>4</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid y <sup>5</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La indicación de desfibrilador implantable (DAI) en prevención primaria podría optimizarse si fuera posible predecir qué pacientes sufrirán descarga apropiada y aquellos que fallecerán sin recibir descarga.

**Métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico no controlado de una cohorte de 1174 pacientes con DAI implantado por prevención primaria: 81% varones, edad media 62 años (30% mayores de 70 años), cardiopatía isquémica: 56%, revascularización completa: 29%, FEVI < 0,25: 51%, NYHA 3-4: 39%. Se efectuó un estudio univariado con la determinación de la función de incidencia acumulada (CIF) basal y la comparación de las curvas de CIF para cada variable. El estudio multivariado consistió en la elaboración de un modelo de Fine Gray y el desarrollo de dos ecuaciones de regresión, que permitieron el cálculo de dos scores de riesgo (mortalidad y descarga apropiada). Con dichos scores se efectuó estratificación del riesgo de muerte sin descarga y de descarga apropiada. Se valoró la capacidad predictiva de ambos modelos con tablas clasificatorias obtenidas por regresión logística, curvas ROC y regresión de árbol.

**Resultados:** Durante un seguimiento promedio de 3 años 155 pacientes fallecieron sin haber recibido una descarga apropiada (4,22 muertes/100 personas-año), mientras que se produjeron 3,94 descargas/100 p-año (145 pacientes). El modelo predictivo de muerte sin descarga incluyó las siguientes variables: edad > 70 años, FEVI < 25%, NYHA 3-4, EPOC, creatinina > 2 mg/dl, ingreso previo por insuficiencia cardiaca, neoplasia maligna actual, dislipemia, marcapasos previo, sexo masculino y terapia de resincronización. El *score* de riesgo obtenido permitió una predicción razonable de mortalidad sin descarga y presentó un área bajo la curva ROC (AUC) de 0,75. En cambio, el modelo predictivo de primera descarga apropiada (antialdosterónicos, revascularización completa, neoplasia maligna actual, creatinina > 2 mg/dl e HTA) presentó una baja capacidad predictiva y un AUC de 0,61.



*Incidencia acumulada de muerte sin descarga previa estratificada según score de riesgo.*

Variables de los modelos predictivos de muerte y descarga de DAI			
Variable	SubHazard ratio	Intervalo de confianza	p
Muerte sin descarga			
Edad > 70 años	1,76	1,22-2,54	0,002
FEVI < 25 %	1,44	1,03-2,01	0,032
EPOC	1,57	1,06-2,34	0,026
Creatinina > 2	2,75	1,53-4,95	0,001
Ingreso previo por IC	1,51	1,04-2,19	0,031
Neoplasia activa	2,87	1,43-5,75	0,003
Dislipemia	1,38	0,98-1,93	0,061
MCP previo	1,85	1,06-3,24	0,031
Sexo masculino	4,25	2,04-8,83	0,000
Terapia de resincronización	0,53	0,37-0,78	0,001
NYHA 3-4	2,19	1,52-3,17	0,000
Primera descarga apropiada			
Creatinina > 2	0,31	0,08-1,22	0,093
HTA	1,41	0,99-2,01	0,054
Neoplasia activa	0	0	0,000
Antialdosterónicos	1,86	1,34-2,60	0,000

Revascularización completa	0,56	0,38-0,82	0,003
----------------------------	------	-----------	-------

**Conclusiones:** Con variables clínicas es posible predecir el riesgo de muerte sin descarga apropiada del DAI utilizando un modelo de riesgos competitivos. Por el contrario, la predicción de descarga apropiada es subóptima.