Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 141

Revista Española de Cardiología

5001-5. TRAS LAS HUELLAS DEL MADIT Y EL DANISH: EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO EN PREVENCIÓN PRIMARIA CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA ISQUÉMICA Y NO ISQUÉMICA

Pablo Bazal Chacón, Adela María Navarro Echeverria, Nuria Basterra Sola, Alba Sádaba Cipriain, Lorena Malagón, Javier Martínez Basterra, Aitziber Munarriz Arizcuren y Lizar Zabala Díaz del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona (Navarra).

Resumen

Introducción y objetivos: El uso de desfibrilador automático implantable (DAI) en prevención primaria ha demostrado mejorar el pronóstico en pacientes seleccionados con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección gravemente reducida. Sin embargo un reciente estudio demostró la ausencia de beneficio significativo en términos de supervivencia del uso del DAI en prevención primaria en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI).

Métodos: Análisis comparativo de la evolución de todos los pacientes diagnosticados de miocardiopatía dilatada isquémica (MCDI) y no isquémica (MCDNI) a los que se implantó un DAI en prevención primaria en nuestro centro de 2011-2013. En el análisis estadístico se uso test de $?^2$ y el test de Anova para estudio de variables cualitativas y cuantitativas respectivamente. Análisis de supervivencia realizado mediante curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: De los 83 pacientes a los que se les implantó un DAI en prevención primaria 35 (42%) tenían MCDI y 29 (35%) MCDNI. El grupo de MCDI presentó una mayor proporción de varones (91 frente a 69%; p 0,02) así como de otros factores de riesgo vascular (hipertensión, diabetes y antecedentes de tabaquismo). La FEVI fue algo menor en MCDI (24 frente a 31%; p 0,05), sin embargo no hubo diferencias significativas en número de terapias de resincronización (31 frente a 45%; p 0,270). Durante el seguimiento (media seguimiento 5 ± 0,9 años) se registró una mortalidad significativamente superior en MCDI (37 frente a 7%; p 0,01), así como un mayor número de terapias administradas (media 1,7 frente a 0,80; p 0,01). Destacar que al estratificar por edad registramos una mortalidad nula en menores de 60 años con MCNI durante el seguimiento.

Curvas de Kaplan Meier de supervivencia.

	MCDI (n = 35)	MCDNI (n = 29)	p

Varones (%)		32(91%)	20 (69%)	0,02
Edad (años ± DE)		65 ± 12,1	58,4 ± 13,5	0,5
Hipertensión (%)		25 (71%)	9 (31%)	0,01
Diabetes (%)		18(51%)	5 (17%)	0,01
Fumador (%)		31 (89%)	15 (52%)	0,01
Insuficiencia renal (%)		16 (45%)	8 (28%)	0,13
Fibrilación auricular (%)		15 (42%)	13 (45%)	0,87
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (% ± DE)		24,4 ± 8,7	31 ± 12,3	0,05
DAI-TRC (%)		11 (31%)	13 (45%)	0,27
Terapias total		1,7 ± 6,8	0,8 ± 1,8	0,01
Terapias (media ± desviación estándar)	Choques	0,23 ± 1,8	0,2 ± 0,41	0,3
	Antitaquicardia	1,5 ± 6,74	0,68 ± 1,7	0,01
Mortalidad total		13 (37%)	2 (7%)	0,01
Muertes	Cardio	12 (34%)	2(7%)	0,02
	No cardio	1 (3%)	0	

Conclusiones: La MCDI continúa teniendo una mortalidad elevada a pesar de la implantación de DAI en prevención primaria, a diferencia de la MCDNI que tiene un curso menos agresivo. Sin embargo la mejor evolución de MCNI no parece justificarse exclusivamente por la presencia del DAI (escaso porcentaje de terapias), lo que apoyaría indirectamente el reducido beneficio que el uso generalizado de DAI en prevención primaria tiene en estos pacientes de manera consistente con lo expuesto en el DANISH.