Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 566

Revista Española de Cardiología

6002-30. DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN MIOCARDIOPATÍA DILATADA ISQUÉMICA Y NO ISQUÉMICA. ¿ES LA EDAD UN FACTOR DETERMINANTE?

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

Resumen

Introducción y objetivos: El beneficio del desfibrilador automático implantable (DAI) en prevención primaria de muerte súbita cardiaca (MSC) está bien establecido en los pacientes con miocardiopatía dilatada isquémica (MCDI), siendo su uso generalizado más controvertido en aquellos pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI), fundamentalmente a raíz del estudio DANISH. Identificar a los pacientes con mayor riesgo de MSC supone a día de hoy un gran reto. El estudio DANISH sugiere un beneficio potencial en los pacientes más jóvenes.

Métodos: Análisis comparativo de características basales y evolución (mortalidad y tratamientos administrados) de pacientes con MCD a los que se implantó un DAI en prevención primaria en nuestro centro de 2011-2015 en función de la cardiopatía (MCDI frente a MCDNI) y edad (? 60 años frente a 60 años). Se analizó la asociación entre tipo de MCD y mortalidad mediante modelo de regresión de Cox y el análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Entre 2011-2015 se implantaron 129 DAI en prevención primaria en nuestro centro, 76 (58,91%) en MCDI y 53 (41,09%) en MCDNI. Se observó una proporción significativamente superior de varones y de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes y tabaquismo) en pacientes con MCDI respecto a MCDNI. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue ligeramente menor en MCDI (25 frente a 28%; p 0,02). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a tratamientos de resincronización implantados (43 frente a 52%; p 0,07) ni al resto de características basales. Con una media de seguimiento de 6 ± 1,45 años, se observa una tendencia a mayor mortalidad en MCDI (44 frente a 30%; p 0,09), a expensas de mayor mortalidad cardiaca, a pesar del uso de DAI. No hubo diferencias significativas en el número de tratamientos. Al estratificar por edad, se observó una mortalidad especialmente baja en los pacientes menores de 60 años con MCDNI (5 frente a 33% en MCDI; p 0,024) donde se registró un único fallecimiento de causa no cardiológica.

	MCDI (n = 76)	MCDNI (n = 53)	p
Varones (%)	72 (94,74%)	42 (79,25%)	0,01

Edad (años ± desviación estándar)	66,4 ± 9,78	60,02 ± 12,08	0,01
Diabetes (%)	34 (44,74%)	10 (18,87%)	0,01
Hipertensión (%)	54 (71,05%)	25 (47,17%)	0,01
Tabaquismo (%)	64 (84,21%)	31 (58,49%)	0,01
Enfermedad renal crónica (%)	31 (40,79%)	16 (30,19%)	0,22
Fibrilación auricular (%)	33 (43,42%)	25 (47,17%)	0,67
FEVI (% ± desviación estándar)	25,15 ± 7,50	28,83 ± 10,83	0,02
DAI-TRC (%)	56 (43,41%)	28 (52,83%)	0,07
Tratamiento choques (media ± desviación estándar)	0,69 ± 1,79	1,11 ± 3,45	0,37
Tratamiento antitaquicardia (media ± desviación estándar)	1,05 ± 4,87	1,2 ± 2,51	0,84
Mortalidad total (%)	34 (44,74%)	16 (30,19%)	0,09
Mortalidad causa cardiológica (%)	23 (30,26%)	11 (20,75%)	> 0,05
Mortalidad causa no cardiológica (%)	11 (14,47%)	5 (9,43%)	> 0,05

MCDI: miocardiopatía dilatada isquémica; MCDNI: miocardiopatía dilatada no isquémica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; DAI-TRC: desfibrilador automático implantable con tratamiento de resincronización.

Curva de Kaplan-Meier de supervivencia.

Conclusiones: La mortalidad en pacientes menores de 60 años con MCDNI a los que se implantó un DAI en prevención primaria fue llamativamente baja. En este sentido nuestros datos sugieren, de manera consistente con el estudio DANISH, que la edad parece ser un factor a tener en cuenta, pudiendo ser los pacientes más

jóvenes los que obtengan un mayor beneficio en términos de supervivencia.