



5012-4. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE UNA POBLACIÓN DE 4296 PACIENTES TRAS IMPLANTE DE DAI EN ESPAÑA: PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO UMBRELLA

Sem Briongos Figuerola¹, Arcadio García Alberola², Jerónimo Rubio³, José María Segura⁴, Anibal Rodríguez⁵, Rafael Peinado Peinado⁶, Francisco Javier Alzueta Rodríguez⁷, José Bautista Martínez Ferrer⁸, Xavier Viñolas Prat⁹, Joaquín Fernández de la Concha¹⁰, Ignasi Anguera Camos¹¹, María Martín¹², Laia Cerdá Olmos¹², Roberto Muñoz Aguilera¹ y María Luisa Pérez¹³

¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ³Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ⁴Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁵Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ⁶Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁷Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁸Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava). ⁹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz. ¹¹Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ¹²Medtronic Ibérica, Madrid. ¹³Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: Se precisan series amplias de portadores de desfibrilador automático implantable (DAI) para estudiar su evolución en vida real. El objetivo del estudio es analizar la incidencia de arritmias, terapias del DAI y mortalidad en una población de pacientes con diferentes cardiopatías en España.

Métodos: UMBRELLA es un estudio nacional, multicéntrico y prospectivo de pacientes implantados con DAI, seguidos mediante monitorización remota y en el que los eventos arrítmicos almacenados se analizaron de manera ciega por un comité de expertos.

Resultados: Estudiamos 4.296 pacientes, implantados en 44 hospitales (noviembre de 2005-noviembre de 2017) (miocardiopatía isquémica (MCI): n = 2.150, miocardiopatía dilatada (MCD): n = 1.166, cardiopatía valvular: n = 119, miocardiopatía hipertrófica (MCH): n = 294, displasia arritmogénica del ventrículo derecho (DAVD): n = 71, síndrome de Brugada (SdBr): n = 143, síndrome QT largo: n = 43, y cardiopatía congénita: n = 60) Tras un seguimiento de $46,6 \pm 27,3$ meses, se recogieron 27.472 episodios arrítmicos, de los que 16.067 se catalogaron como arritmia ventricular sostenida (AVS). La incidencia acumulada de AVS a 6 años fue del 54% (IC95% 53-55%). Un 27,3% de la población recibió una terapia apropiada del DAI. La supervivencia libre de terapia apropiada del DAI fue significativamente menor en pacientes con MCI, MCD, DAVD y cardiopatía valvular, y mayor en pacientes con MCH y SdBr (fig. A). Tras regresión multivariable de Cox, la cardiopatía valvular, MCD y DAVD resultaron predictores independientes de terapia apropiada del DAI, mientras que el SdBr se asoció con riesgo menor. La mortalidad total fue del 13,4% (n = 590). El pronóstico fue peor en pacientes con disfunción ventricular izquierda (MCI, MCD y cardiopatía valvular) (fig. B). Tan solo el 39,7% de la población tenía una programación de acuerdo con las guías de práctica clínica (puntos de corte ? 188 lpm e intervalos de detección ? 30/40). En el multivariado, dicha programación resultó ser protector (HR: 0,76; (0,61-0,94) de terapias apropiadas del DAI en prevención primaria (fig. C), sin un mayor riesgo de mortalidad total.



Conclusiones: El riesgo de terapias apropiadas del DAI y muerte en pacientes con DAI por disfunción ventricular izquierda parece ser similar con independencia de la causa. Es muy importante implementar las recomendaciones actuales sobre programación del DAI en la práctica clínica.