Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 819

Revista Española de Cardiología

5019-6. NUEVO ALGORITMO PARA LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA. MAS ALLÁ DEL REALCE Y LA FEVI

Nerea Mora Ayestarán, Ignacio Roy Añón, Óscar Alcalde Rodríguez, Mayte Basurte Elorz, Gonzalo Luis Alonso Salinas, Virginia Álvarez Asiain y Nuria Basterra Sola

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción y objetivos: La indicación de desfibrilador automático implantable (DAI) en miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI), se basa fundamentalmente en la FEVI y clase funcional. Estos criterios no tienen en cuenta el realce tardío (RT, predictor arrítmico) ni los riesgos competitivos de mortalidad. La escala MADIT (propuesta para pacientes con MCD isquémica) engloba 5 criterios clínicos (clase funcional > II de la NYHA, edad > 70 años, enfermedad renal crónica, QRS > 120 ms y fibrilación auricular), diferenciando a los pacientes en riesgo bajo (0 puntos), intermedio (1-2 puntos) y alto (? 3 puntos). El objetivo del estudio es analizar el papel de los criterios MADIT en una población con MCDNI, complementando a la FEVI y el RT en la estratificación de riesgo.

Métodos: Estudio observacional que recoge pacientes con MCDNI y FEVI # 35%; RT- y FEVI # 35%; RT+ y FEVI ? 35%).

Resultados: Se incluyeron 325 pacientes. Tras un seguimiento medio de 5,8 ± 5,4 años, se observa muy baja incidencia de eventos arrítmicos en ausencia de disfunción ventricular grave y RT, siendo el RT el mejor predictor de eventos arrítmicos y la FEVI mejor predictor de IC. En cuanto a la escala MADIT, ningún paciente con MADIT alto presentó arritmias en ausencia de RT, independientemente de la FEVI. En los pacientes con RT el beneficio del DAI se veía atenuado por la presencia de otros riesgos competitivos de mortalidad. Los pacientes con MADIT intermedio son los que más se beneficiaban del DAI, especialmente en presencia de RT e independientemente de la FEVI. Los pacientes con MADIT bajo presentaron mejor evolución y supervivencia, aunque no estaban exentos de presentar eventos arrítmicos en presencia de RT.

Análisis multivariante para predecir eventos arrítmicos, mortalidad y episodios de insuficiencia cardiaca en miocardiopatía dilatada no isquémica

Análisis multivariante		HR (IC95%)	p
Eventos arrítmicos	RTG-y FEVI > 35%	Ref.	

RTG-y FEVI ? 35%	5,94 (0,69-51,05)	1,04	
RTG + y FEVI > 35%	32,87 (3,74-289,02)	0,01	
RTG + y FEVI ? 35%	23,21 (2,88-187,07)	0,01	
MADIT bajo	Ref.		
MADIT intermedio	3,89 (0,88-17,14)	0,07	
MADIT alto	1,73 (0,24-12,35)	0,59	
	RTG-y FEVI > 35%	Ref.	
	RTG-y FEVI ? 35%	4,66 (0,52-41,92)	0,17
	RTG + y FEVI > 35%	26,11 (2,91-234,58)	0,01
Mortalidad cardiaca	RTG + y FEVI ? 35%	13,81 (1,59-120,11)	0,02
	MADIT bajo	Ref.	0,09
	MADIT intermedio	5,64 (0,72-43,93)	0,19
	MADIT alto	4,58 (0,47-44,57)	
	RTG-y FEVI > 35%	Ref.	
	RTG-y FEVI ? 35%	1,34 (0,63-2,83)	0,45
Mortalidad por todas las causas	RTG + y FEVI > 35%	3,88 (1,62-9,28)	0,01
	RTG + y FEVI ? 35%	2,42 (1,06-5,51)	0,03
	MADIT bajo	Ref.	0,03

MADIT intermedio	2,56 (1,07-6,13)	0,01	
MADIT alto	3,59 (1,28-10,03)		
	RTG-y FEVI > 35%	Ref.	0,01
	RTG-y FEVI ? 35%	2,70 (1,23-5,89)	0,12
	RTG + y FEVI > 35%	2,60 (0,77-8,79)	0,01
Episodios de insuficiencia cardiaca	RTG + y FEVI ? 35%	9,53 (4,21-21,53)	
	MADIT bajo	Ref.	
	MADIT intermedio	1,06 (0,54-2,08)	0,87
	MADIT alto	3,36 (1,57-7,16)	0,01

FEVI, fracción de eyección del ventrículo izquierdo; HR, hazard ratio; IC, intervalo de confianza; RTG, realce tardío de gadolinio.

Algoritmo de estratificación de riesgo en miocardiopatía dilatada no isquémica.

Conclusiones: La escala MADIT podría ser una herramienta útil a la hora de indicar un DAI en prevención primaria en MCDNI, especialmente identificando qué pacientes se benefician menos del implante del DAI. La combinación de FEVI (riesgo de IC), RT (riesgo arrítmico) y MADIT (riesgos competitivos de mortalidad) puede ayudar a una mejor estratificación de riesgo en pacientes con MCDNI.