Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 534

Revista Española de Cardiología

6028-4. ¿APORTA BENEFICIOS PRONÓSTICOS EL DAI EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA QUE TIENE INDICACIÓN DE RESINCRONIZACIÓN?

Jesús Manuel Hernández Hernández[1], Lourdes García Bueno[2], Armando Oterino Manzanas[1], Javier Jiménez Candil[1], José Luis Moríñigo Muñoz[1], Manuel Sánchez García[1] y Pedro Luis Sánchez Fernández[1]

[1]Complejo Asistencial Universitario de Salamanca y [2]Complejo Asistencial Universitario, León.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante de un desfibrilador (DAI) en pacientes con miocardiopatía dilatada y fracción de eyección 35% es una práctica ampliamente extendida y con gran consenso científico. Sin embargo, el beneficio del DAI en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica (MDNI) tiene una evidencia menos robusta. El implante de un marcapasos resincronizador (MP-RSC) ha demostrado reducir la mortalidad en los pacientes con miocardiopatía dilatada. En nuestro estudio nos planteamos valorar si existieron diferencias pronosticas entre los pacientes con MDNI que tenían indicación de resincronización de acuerdo al tipo de dispositivo implantado.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes con diagnóstico de MDNI de nuestro centro a los que se les implantó un MP-RSC o un DAI resincronizador (DAI-RSC) entre enero de 2015 y diciembre de 2021. La decisión del tipo de dispositivo correspondió al equipo médico responsable. Se excluyeron del análisis los implantes en prevención secundaria.

Resultados: Durante este periodo se incluyeron 45 pacientes con DAI-RSC y 46 con MP-RSC con una media de seguimiento de 36,3 meses. Los principales datos epidemiológicos se muestran en la tabla. La etiología fue idiopática en el 75%, 12% familiar y 13% otras causas. La edad fue mayor en portadores de MP-RSC (74,3 vs 68,6 años; p = 0,003), sin diferencias significativas en la distribución del resto de variables. Se realizó resonancia en 42 pacientes de los cuales el 43% presentaba realce tardío (50% DAI-RSC vs 33% MP-RSC; p = 0,27). En el seguimiento dentro del grupo de DAI-TRC un 13% presentaron terapias apropiadas y un 26% inapropiadas. Los ingresos fueron más frecuentes en el grupo de MP-RSC (31 vs 18%, *log rank*: 0,001), siendo la causa más frecuente la descompensación de insuficiencia cardiaca. En dos de cada 10 casos el motivo de ingreso estuvo relacionado con el dispositivo. Fallecieron 6 portadores de MP-RSC y 10 de DAI-RSC sin diferencias en el análisis de supervivencia (*log rank* = 0,91) (fig.).

Datos epidemiológicos

	DAI-TRC (n = 45)	MP-TRC (n = 46)	p

Edad (años)	68 ± 9	74 ± 7	0,003
FE (%)	28,5 ± 8	29,4 ± 11	0,7
CF III-IV (%)	60,6	60	0,9
Bloqueadores beta (%)	93	92	0,9
FA (%)	52,5	50	0,9
Sacubitrilo-valsartán (%)	55,3	55	0,9
RMN (%)	53	39	0,17

CF (clase funcional), RMN (resonancia magnética, FA (fibrilación auricular), FE (fracción de eyección).

Curva de supervivencia Kaplan Meier.

Conclusiones: En nuestra población de pacientes con MDNI e indicación de resincronización, el DAI-RSC no se asoció con beneficios pronósticos sobre el implante de un MP-RSC. Una cuarta parte de los portadores de DAI recibieron terapias inapropiadas. Sería interesante analizar este subgrupo de pacientes en grandes estudios aleatorizados.