

---

## COMUNICACIONES ORALES II: INTERVENCIONISMO CARDÍACO. VALVULOPATÍAS. NUEVOS MODELOS ORGANIZATIVOS DE ATENCIÓN. ELECTROFISIOLOGÍA Y ARRITMIAS

### 66/14. REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA DEL TRONCO COMÚN CORONARIO IZQUIERDO. TENDENCIAS EN LA ÚLTIMA DÉCADA EN LA COMUNIDAD DE ANDALUCÍA

C. Sánchez González<sup>1</sup>, A. Gómez Menchero<sup>1</sup>,  
M. Jiménez Navarro<sup>2</sup>, R. Cardenal Piris<sup>1</sup>, J. Hernández García<sup>2</sup>  
y J. Díaz Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiólogo. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva; <sup>2</sup>Cardiólogo.  
Hospital Clínico de Málaga.

**Introducción y objetivos:** En los últimos años se ha producido una notable expansión del intervencionismo coronario percutáneo (ICP) como tratamiento para la enfermedad del tronco común de la coronaria izquierda (TCI). Determinar qué tendencia ha seguido a lo largo de la última década esta modalidad de tratamiento en la comunidad de Andalucía, tanto en frecuencia como en características clínicas, angiográficas y resultados obtenidos.

**Material y métodos:** Seguimiento de una cohorte retrospectiva y multicéntrica. Se consideraron 3 grupos atendiendo a la fecha de realización del ICP (grupo 1: marzo 2003-junio 2005; grupo 2: julio 2005-octubre 2007; grupo 3: noviembre 2007-marzo 2010).

**Resultados:** Se identificaron 470 pacientes con enfermedad de TCI tratada mediante ICP, 67 en grupo 1, 166 en grupo 2 y 235 en grupo 3. Los primeros grupos presentaron con más frecuencia indicación urgente (31,3% vs 21,7% vs 16,7%,  $p = 0,045$ ) y alto riesgo quirúrgico (83,6% vs 79,5% vs 72,8%,  $p = 0,04$ ). En los últimos grupos hubo más frecuencia de afectación de la bifurcación (49,3% vs 46,7% vs 64,1%,  $p = 0,002$ ), uso de DES (37,9% vs 85,9% vs 94,0%,  $p < 0,001$ ) e IVUs (1,5% vs 7,8% vs 26,1%,  $p < 0,001$ ). La mortalidad intrahospitalaria fue mayor en los primeros grupos (16,4% vs 8,4% vs 7,3%,  $p = 0,04$ ).

**Conclusiones:** Observamos una expansión progresiva del ICP como forma de tratamiento para la enfermedad del TCI a lo largo de la última década en nuestro medio. Se encuentra además una incorporación progresiva de casos electivos, con riesgo quirúrgico no elevado y con un mayor refinamiento en las técnicas de ICP.

#### 66/42. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ADMINISTRACIÓN INTRACORONARIA FRENTE A INTRAVENOSA DE DOSIS ALTAS DE ADENOSINA PARA LA VALORACIÓN DE LA RESERVA FRACCIONAL DE FLUJO

J. Acosta Martínez, F. Zafra Cobo, P. Cerrato García, A. Sánchez González, M. Villa Gil Ortega, A. Guisado Rasco, M. Fernández Quero, L. Díaz de la Llera y J. Cubero Gómez

Cardiólogo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos:** El uso de adenosina intracoronaria mediante bolos incrementales es una alternativa eficaz y segura a la vía intravenosa estándar para valorar la reserva fraccional de flujo (FFR).

**Métodos:** Dosis incrementales de adenosina intracoronaria en bolos de 50, 150, 300 y 500 µg vs infusión intravenosa de 140 µg/kg/min. La máxima hiperemia se definió como el valor menor de FFR entre ambos métodos.

**Resultados:** El FFR se evaluó en 44 pacientes (54 lesiones). El FFR disminuyó significativamente con las dosis incrementales de adenosina intracoronaria (IC):  $0,86 \pm 0,06$  (50 µg),  $0,85 \pm 0,06$  (150 µg) y  $0,84 \pm 0,06$  (300 µg). No hubo diferencias entre los bolos de 300 y 500 µg. Hubo diferencias significativas entre el FFR-IV y FFR-IC con 300 µg:  $0,86 \pm 0,06$  vs  $0,84 \pm 0,06$ ,  $p = 0,01$ . La concordancia entre los métodos (300 µg IC vs IV) fue alta, el índice Kappa fue 0,89 ( $p = 0,05$ ). El bloqueo AV aumentó con las dosis incrementales IC: 50 µg (0%), 150 µg (9,3%), 300 µg (20,4%) y 500 µg (29,6%). Los bolos IC acortaron el procedimiento ( $2,80 \pm 0,7$  min vs  $6,3 \pm 1,4$  min;  $p = 0,001$ ) y tuvieron menos efectos adversos sistémicos (1 bloqueo AV sintomático) que la adenosina intravenosa (22,2% presentaron disnea).

**Conclusiones:** La administración de dosis altas en bolos de adenosina es segura y acorta el procedimiento. La dosis intracoronaria de 300 µg produce una hiperemia más profunda que la adenosina intravenosa y puede ser el método de elección para valorar el FFR. La administración intracoronaria de 500 µg de adenosina puede ser útil en pacientes con resultados límite

#### 66/67. IMPACTO CLÍNICO Y ECOCARDIOGRÁFICO DE LA POSTEXPANSIÓN INTRAPROCEDIMIENTO EN EL SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO DE PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA TRATADOS CON LA BIOPRÓTESIS COREVALVE

J. López Aguilera, F. Toledano Delgado, D. Mesa Rubio, M. Ruiz Ortiz, M. Delgado Ortega, M. León del Pino, M. Morenate Navío, F. Baeza Garzón, F. Castillo Berral y J. Suárez de Lezo

Cardiólogo. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos:** Nuestro objetivo fue evaluar el efecto de la postexpansión intraprocedimiento de la bioprótesis CoreValve (PICV) en la evolución clínica y ecocardiográfica a medio plazo de pacientes con estenosis aórtica severa.

**Métodos:** De 126 pacientes distinguimos entre los que recibieron PICV de los que no. La PICV se realizó cuando existía por aortografía una IAR  $\geq$  II. Comparamos entre los grupos variables clínicas y ecocardiográficas basales y la evolución ecocardiográfica en el seguimiento.

**Resultados:** La edad media fue de  $78 \pm 5$  años, con 58% de mujeres. Cincuenta recibieron PICV. No hubo diferencias en las variables clínicas y ecocardiográficas basales entre ambos grupos. Al alta el 51% de los pacientes con PICV y el 15% sin PICV presentaron IAR  $\geq$  II por ecocardiografía ( $p < 0,0005$ ). Después de un seguimiento de 13 meses no observamos diferencias entre ambos grupos en la supervivencia media ( $p = 0,21$ ), supervivencia libre

de implantación de marcapasos ( $p = 0,68$ ) y supervivencia libre de ictus o ingreso por insuficiencia cardíaca ( $p = 0,98$ ). Aunque la IAR  $\geq$  II fue más frecuente en aquellos que recibieron PICV ( $p < 0,05$ ), el empeoramiento de la IAR al menos en un grado desde el alta a los 13 meses de seguimiento permaneció similar entre ambos grupos ( $p = 0,52$ ).

**Conclusiones:** Al alta, la IA  $\geq$  II por ecocardiografía fue más frecuente en pacientes sometidos a PICV, pero este procedimiento no influyó en el grado de empeoramiento de la IAR en el seguimiento. En este estudio, los pacientes sometidos a PICV no presentaron mayores efectos adversos.

#### 66/82. FACTORES PREDICTORES DE INSUFICIENCIA AÓRTICA SIGNIFICATIVA TRAS IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA

M. Puentes Chiachío, D. Pavlovic, M. Peña, F. Mazuelos, M. Santisteban, S. Ojeda, J. Segura, M. Romero, M. Pan y J. Suárez de Lezo

Cardiólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción:** El implante valvular aórtico percutáneo (TAVI) ha demostrado ser eficaz en pacientes con estenosis aórtica severa. Sin embargo, puede aparecer insuficiencia aórtica (IAo) postimplante. El objetivo es identificar factores predictivos de IAo tras TAVI.

**Métodos:** De abril 2008 a diciembre 2011 se incluyeron 153 pacientes consecutivos con TAVI (CoreValve). Se analizaron datos clínicos, ecocardiográficos, angiográficos, hemodinámicos y radiológicos obtenidos por tomografía computarizada (TC).

**Resultados:** En 152 pacientes (99%) el implante fue exitoso; en 107 (70%) se implantó una válvula de 26 mm, y en 49 (30%) de 29 mm. La posdilatación se requirió en 59 pacientes (38%) debido a IAo grado  $\geq$  II, reduciéndose ésta en 40 de ellos (68%). Tras el procedimiento, se obtuvo IAo significativa en 33 pacientes (27 grado II; 6 grado III) y leve (grado I) en 75 (44%); 44 pacientes (29%) no presentaron IAo residual. La profundidad de la prótesis fue similar en pacientes con o sin IAo significativa ( $11,1 \pm 3$  mm vs  $10,7 \pm 4$  mm;  $p = 0,4$ ). El índice de simetría anular aórtico (diámetro mínimo/diámetro máximo en TC axial) indicó asimetría (cociente  $\leq 0,8$ ) en 47 pacientes (31%), sin impacto en la incidencia de IAo ( $p = 0,4$ ). En 15 pacientes de los 34 con calcificación subanular por TC (44%), se produjo IAo significativa tras el implante ( $p > 0,01$ ). Además, 5 de 6 pacientes con IAo grado III mostraban dicha calcificación.

**Conclusiones:** La calcificación subanular aórtica descrita por TC es factor predictor de IAo significativa tras TAVI.

#### 66/83. CARACTERIZACIÓN Y PRONÓSTICO DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA DIAGNOSTICADA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL SIN CIRUGÍA CARDÍACA

J. Torres Llargo<sup>1</sup>, E. Quesada Pérez<sup>1</sup>, C. Lozano Cabezas<sup>1</sup>, M. Fernández Olmo<sup>2</sup>, M. Padilla Pérez<sup>1</sup>, J. Fernández Guerrero<sup>1</sup>, E. Vázquez Ruiz de Castroviejo<sup>1</sup> y C. Adamuz Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiólogo. Complejo Hospitalario de Jaén; <sup>2</sup>Cardiólogo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción:** La estenosis aórtica severa (EAS) supone una importante actividad asistencial y la principal indicación de cirugía cardíaca en nuestro medio.

**Objetivos:** Descripción de una serie hospitalaria de EAS sin soporte quirúrgico local y resultados del seguimiento.

**Material y métodos:** Durante 2009, se diagnosticaron ecocardiográficamente en nuestra unidad de imagen a 80 pacientes con EAS. Se estudió el perfil clínico-quirúrgico de la población y la supervivencia de la misma, en base a los que fueron derivados a recambio valvular aórtico (RVA).

**Resultados:** 29 (36,2%) pacientes fueron sometidos a RVA. La edad media fue menor en el grupo de operados (67,2 vs 77,9 años;  $p < 0,001$ ), siendo la mayoría varones (75,9% vs 45,1%;  $p = 0,01$ ). El grupo quirúrgico era menos hipertenso (37,9 vs 68,6%;  $p = 0,01$ ) pero más sintomático (89,7 vs 64,7%;  $p = 0,015$ ). Se observó un mayor porcentaje de EPOC (27,5 vs 6,9%;  $p = 0,027$ ), disfunción neurológica (37,3 vs 13,8%;  $p = 0,026$ ), y valor del EuroSCORE ( $15,1 \pm 10,3$  vs  $8 \pm 6,1$ ;  $p = 0,001$ ) entre los no intervenidos. No existieron diferencias en cuanto al porcentaje de disfunción ventricular u otros parámetros ecocardiográficos en ambos grupos. La mortalidad perioperatoria fue del 6,9%. Tras un seguimiento medio de  $25,4 \pm 11,7$  meses, las curvas de Kaplan-Meier mostraron una supervivencia en el grupo de intervención a los 6, 12, 24 y 36 meses del  $96,5 \pm 3,4\%$ ,  $96,5 \pm 3,4\%$ ,  $96,5 \pm 3,4\%$  y  $90,5 \pm 6,6\%$  respectivamente, mientras que en los no intervenidos fue del  $73,4 \pm 6,6\%$ ,  $66,7 \pm 7,1\%$ ,  $50,6 \pm 7,5\%$  y  $23 \pm 16,7\%$  ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El RVA modifica la historia natural de alta mortalidad de la EA severa. Los pacientes no intervenidos son con más frecuencia mujeres añosas y con alta comorbilidad.

### 66/126. ABLACIÓN DEL ISTMO CAVOTRICUSPÍDEO SIN EL USO DE FLUOROSCOPIA. EXPERIENCIA INICIAL CON EL SISTEMA CARTO 3®

I. Uribe Morales, M. Álvarez López, L. Tercedor Sánchez, G. Tortajada Belocón, M. Algarra Cullel, J. Jiménez Jaimez, R. Macías Ruiz y R. Melgares Moreno

Cardiólogo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Introducción y objetivos:** La ablación del istmo cavotricuspídeo (ICT) no guiada por fluoroscopia es factible y segura. El objetivo es comparar nuestra experiencia inicial en ablación del ICT guiada exclusivamente por Carto 3® con los procedimientos realizados con Ensite-NavX™.

**Pacientes y métodos:** Los diez primeros procedimientos con Carto 3® (grupo A) fueron comparados con tres grupos (grupos B, C y D) realizados con Ensite-NavX™. Grupo B, diez primeros procedimientos; grupo C, diez siguientes con un catéter diagnóstico y reconstrucción 3D de la aurícula derecha (AD); grupo D, últimos diez con un catéter diagnóstico y sin 3D. Comparamos variables epidemiológicas y relacionadas con el procedimiento. Utilizamos siempre el catéter de ablación de punta irrigada. Consideramos como éxito el bloqueo bidireccional del ICT.

**Resultados:** Incluimos cuarenta pacientes (31 hombres, 77,5%; edad media  $62,3 \pm 9,9$  años; 18 (45%) con cardiopatía estructural). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en relación a variables epidemiológicas. Alcanzamos el éxito en todos los casos, con sólo una complicación no mayor en el grupo B. El uso de fluoroscopia fue necesario en dos procedimientos (1 en grupo A y 1 en B). Comparando con el grupo B, en el A se utilizaron menos catéteres diagnósticos ( $p < 0,01$ ) y el tiempo de ablación fue inferior ( $p < 0,1$ ). Con respecto al grupo D, en el A el tiempo diagnóstico fue superior ( $p < 0,1$ ). No hubo diferencias en tiempo de radiofrecuencia.

**Conclusiones:** La ablación del ICT guiada exclusivamente mediante el sistema Carto 3® es factible y comparable a la guiada por el sistema Ensite-NavX™.

### 66/143. ABLACIÓN CON CATÉTER EN FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO

J. Roa Garrido<sup>1</sup>, A. Martínez Perez<sup>1</sup>, P. Morriña Vázquez<sup>2</sup>, A. López Suárez<sup>1</sup>, J. Fernández Gómez<sup>2</sup>, R. Barba Pichardo<sup>2</sup> y J. Venegas Gamero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cardiólogo. <sup>2</sup>Medicina Intensiva. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Introducción:** El beneficio del tratamiento con ablación con catéter de fibrilación auricular (FA) en pacientes con disfunción ventricular izquierda (DVI) no está bien establecido, siendo objeto de múltiples ensayos clínicos en la actualidad. Nuestro objetivo es valorar la permanencia en ritmo sinusal (RS) en este grupo de pacientes.

**Material y métodos:** Realizamos electrocardiograma, holter de 24 horas y ecocardiograma transtorácico, previo y tras ablación de FA (al alta y al año), con seguimiento clínico vía telefónica.

**Resultados:** Serie de casos de 14 pacientes. Características clínicas: edad media  $54,3 \pm 9$  años (IC de 95%), 100% hombres, 50% hipertensos, 28,5% con FA paroxística, 42,85% FA persistente y 28,5% FA de larga duración, fracción de eyección de VI (FEVI) media de  $43,67 \pm 5\%$  (IC95%), origen isquémico de DVI 71,42%. Evolución (seguimiento medio de  $20 \pm 10$  semanas): RS al alta en 85% de los pacientes, RS al año 75% de los casos, eventos durante el seguimiento: 64,28% (tiempo medio de aparición: 12 semanas), mejoró la calidad de vida en 78,57%. Éxito global (permanencia en RS y/o mejoría de calidad de vida): 77,8% de los pacientes. No existió mejoría de FEVI estadísticamente significativa en la muestra analizada ( $p = 0,09$ ).

**Conclusiones:** La ablación con catéter en pacientes con FA y DVI presentó un porcentaje elevado de permanencia en ritmo sinusal; sin embargo, no se observó una mejoría asociada estadísticamente significativa de la FEVI (en posible relación con el pequeño tamaño muestral).

### 66/153. MUERTE SÚBITA EN LOS PACIENTES QUE INICIAN DIÁLISIS

F. García García<sup>1</sup>, E. Vázquez Ruiz de Castroviejo<sup>1</sup>, C. Sánchez Perales<sup>2</sup>, E. Alania Torres<sup>1</sup>, J. Torres Llergo<sup>1</sup>, C. Lozano Cabezas<sup>1</sup> y C. Adamuz Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiólogo. <sup>2</sup>Nefrología. Complejo Hospitalario de Jaén.

**Introducción:** La muerte súbita (MS) en los pacientes en diálisis es una de las principales causas de mortalidad y es el resultado de múltiples y complejos factores sobre un sustrato anatómico cardíaco enfermo. La definición temporal de MS tiene gran influencia en los datos epidemiológicos variando significativamente si se considera como evento inesperado que ocurre dentro de la primera hora del inicio de los síntomas (MS1) o dentro de las 24 horas (MS24).

**Objetivos:** Analizar la incidencia de MS en la población que inicia diálisis.

**Pacientes y métodos:** Incluimos todos los pacientes que iniciaron diálisis en nuestro centro entre el 1/11/2003 y el 15/9/2007. Realizamos seguimiento hasta la muerte, trasplante o hasta el 31/12/2011. Analizamos la incidencia de MS y los factores asociados a su presencia.

**Resultados:** Edad:  $65,67 \pm 15,7$  años; % hombres: 55,1%. Durante un seguimiento medio de  $36,06 \pm 28,2$  meses (856,4 p-año) 27 pacientes presentaron MS24 (3,1/100 p-año); 16 presentaron MS1 (1,8/100-p-año) y 6 presentaron MS durante diálisis (5,6/100.000 sesiones de hemodiálisis). En el análisis multivariante la presencia de angina (OR: 18,9; IC: 1,4-251,8;  $p = 0,02$ ) y alteraciones eléctricas basales (lesión subendocárdica, isque-

mia subepicárdica o extrasistolia ventricular) (OR: 3,7; IC:1,2-11,6;  $p = 0,02$ ) se comportaron como factores predictores independientes de MS24.

**Conclusiones:** 1ª) La MS es frecuente en los pacientes en diálisis y muy superior a la estimada para la población general. 2ª) Es necesario que los registros de los pacientes en diálisis incluyan este concepto con definiciones precisas para conocer la situación real y poder establecer adecuadas estrategias de prevención.

### 66/159. NIVELES DE NT-PROPÉPTIDO NATRIURÉTICO B COMO MARCADOR DEL ÉXITO TRAS UN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON FA SOMETIDOS A ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES

M. Durán-Guerrero, E. Arana-Rueda, D. Rangel-Sousa, J. Martos Maine, L. García-Riesco y A. Pedrote Martínez

Cardiología. Unidad de Arritmias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción:** Los niveles de NT-propéptido natriurético B (NT-proBNP) se elevan en pacientes con fibrilación auricular (FA). Pretendemos conocer la evolución de estos niveles tras el aislamiento circunferencial de venas pulmonares y su posible relación con el éxito del procedimiento.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional. Se miden las características clínicas, ecográficas y niveles de NT-proBNP basales y al año tras la ablación, comparándolas según el éxito del procedimiento (ausencia de arritmias auriculares en seguimiento).

**Resultados:** Setenta y cinco pacientes (84% hombres, 58% FA paroxística, 52% HTA, fracción eyección ventricular izquierda  $61 \pm 5\%$ , volumen auricular indexado  $40 \pm 9$  mm). Mediana de NT-proBNP basal 146 pmol/L (p25-7574-388). Siendo mayor en FA persistente: 421 pmol/L (p25-75223-819) frente 75 pmol/L (p25-7550,4-121,8) en paroxística ( $p < 0,0005$ ), sin haber relación con otros datos clínicos o resultado al fin del seguimiento. Al año, la mediana de NT-proBNP desciende a 47,8 pmol/L (p25-7526,3-121) ( $p = 0,001$ ), sin haber relación con el tipo inicial de FA ( $p = 0,36$ ) o el volumen auricular ( $p = 0,6$ ). En pacientes con éxito, el NT-proBNP fue 46 pmol/L (p25-7526,3-109) frente a 93 pmol/L (p25-7542-334) del resto ( $p = 0,004$ ). El porcentaje de reducción de NT-proBNP se asocia al éxito al año, con un área bajo la curva ROC del 80% (IC95% 72-90). Una reducción  $> 30\%$  presenta una sensibilidad del 77%, especificidad 78,5%, valor predictivo positivo 83% y negativo del 67,7%.

**Conclusiones:** Los niveles de NT-proBNP descienden al año de la ablación de FA. Aunque los niveles basales no son predictores del resultado, una reducción  $> 30\%$  es un buen marcador del éxito, pudiendo ser útil su determinación como parte del seguimiento.

### 66/167. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE BRUGADA PORTADORES DE DAI

J. Martos Maine, D. Rangel Sousa, M. Duran, E. Arana Rueda, L. García Riesco y A. Pedrote Martínez

Cardiólogo. Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción:** El síndrome de Brugada (SB) implica un aumento del riesgo de muerte súbita en pacientes sin cardiopatía estructural, siendo discordante la tasa de eventos en el seguimiento según las distintas series. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y el seguimiento de nuestra serie de pacientes con SB.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo en el que incluimos los 16 pacientes con el diagnóstico de SB a los que se implantó un DAI en nuestra unidad entre los años 2000-2011 utilizando los criterios de consenso de la EHRA.

**Resultados:** Edad media  $55 \pm 12,4$  años (al diagnóstico  $46 \pm 11$ ), 68,8% hombres. Prevención primaria 12 (75%). Patrón tipo 1 espontáneo 5 (31,3%), siendo el resto inducido con flecainida. Antecedentes familiares 5(31,3%), eventos clínicos al diagnóstico 14 (4, 25% muerte súbita; 10, 62,5% síncope/presíncope no explicado). En todos los pacientes se realizó estudio electrofisiológico, induciéndose fibrilación ventricular en 7 (43,8%). Durante el seguimiento 8 pacientes (50%) se mantuvieron asintomáticos, 7 (43,8%) presentaron palpitaciones por arritmias auriculares y un paciente (6,3%) presentó síncope no arritmico. Con un seguimiento medio de 79 (11-132) meses, solamente 4 pacientes (25%) recibieron descargas. Siendo en 3 (18,7%) adecuadas y en 3 (18,7%) inadecuadas. Ninguno de los pacientes con indicación primaria presentó descarga adecuada. El 100% de las descargas inadecuadas se debieron a taquicardias supraventriculares.

**Conclusiones:** Con un seguimiento a largo plazo de pacientes con SB las activaciones adecuadas del DAI se concentran en prevención secundaria. La baja tasa de eventos en pacientes con prevención primaria refleja la inexactitud de los métodos actuales de estratificación de riesgo.