



3. INSUFICIENCIA MITRAL SECUNDARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA; LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO MÉDICO ÓPTIMO

Cristina Ferrero Molina, Claudia Escabia Riera, Pau Codina Verdaguier, María Ruiz Cueto, Mar Domingo Teixidor, Evelyn Santiago Vacas, Germán Cediell Calderón, Elisabet Zamora Serrallonga, Andrea Borrellas Martín, Cinta Llibre Pallarés, Albert Téis Soley, Elena Ferrer Sistach, Victoria Delgado García, Josep Lupón Rosés y Antoni Bayés Genís

Cardiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento médico óptimo (TMO) podría tener un impacto en la frecuencia y gravedad de la insuficiencia mitral secundaria (IMS) en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). El objetivo de este estudio es evaluar el impacto del TMO en el grado de gravedad de la IMS en pacientes tratados en una unidad multidisciplinar de IC y determinar los factores predictores y pronósticos del deterioro de la IMS.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo, consecutivo, observacional de pacientes con IC, a los que se les realizó un ecocardiograma transtorácico de 2- dimensiones al inicio y al año de seguimiento. Los pacientes sometidos a intervencionismo, tanto percutáneo como quirúrgico de la válvula mitral, fueron excluidos. La variable principal fue la mortalidad para todas las causas.

Resultados: Se incluyeron 2.980 pacientes con IC, de los cuales 1.814 tuvieron un ecocardiograma al año. Al inicio, 99 tenían una IMS grave (5,5%), 389 (21,4%) una IMS moderada y el resto eran IMS leves, mínimas o inexistentes. Después de un año de seguimiento, el 80,8% de los pacientes con IMS grave al inicio, presentaron una regresión a IMS no grave. El 66,6% de los que tenían una IMS moderada pasaron a IMS leve y únicamente el 1,1% de los pacientes con IMS no grave al inicio, empeoraron a IMS grave. La edad avanzada (OR 1,42 por cada década; IC95% 1,19-1,69, p 0,001), la etiología isquémica de la IC (OR 1,64; IC95% 1,11-2,42, p 0,001) y el NTProBNP (OR 1,19; IC95% 1,08-1,32, p 0,001) fueron factores predictores independientes de empeoramiento de la IMS al año de seguimiento. Los pacientes con IMS grave al inicio que mejoraron al año de seguimiento, tuvieron un riesgo similar de muerte por cualquier causa que los pacientes con IMS no grave al inicio y al final del estudio (HR 0,93; IC95% 0,62-1,42, p = 0,75), aun ajustado por edad, sexo y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (HR 0,99; IC95% 0,65-1,52, p = 0,98). Los pacientes con IMS no grave que empeoraron durante el seguimiento presentaron el peor pronóstico (figura).

Características basales de la población según la gravedad de la insuficiencia mitral secundaria al inicio y al año

	IMS grave que mejora (grave-no grave) (n = 80)	IMS grave que no varía (grave-grave) (n = 19)	IMS grave que empeora (no grave-grave) (n = 19)	IMS no grave que no varía (no grave-no grave) (n = 1.696)	p
Edad, años	64,7 ± 13,0	67,9 ± 12,6	74,2 ± 9,9	65,8 ± 12,4	0,020
Varones, (%)	48 (60,0)	12 (63,2)	12 (63,2)	1.224 (72,2)	0,077
Etiología isquémica	31 (38,8)	12 (63,2)	15 (78,9)	779 (40,9)	0,007
Duración IC, meses	6 [2-33]	60 [10-108]	24[1-58]	6 [1-36]	0,014
NYHA III/IV, n (%)	24 (30,0)	7 (36,8)	4 (21,1)	350 (20,6)	0,078
NT-proBNP, pg/ml	1.387 [715-3.935]	2.266 [1.256-7.570]	7.230 [1.710-12.604]	1.450 [621-3.345]	0,001
Tratamientos, n (%)					
BB	70 (87,5)	17 (89,5)	14 (73,7)	1.441 (85,0)	0,457
IECA/ARAI/ARNI	66 (82,5)	18 (94,7)	13 (68,4)	1.341 (79,1)	0,197
Diuréticos asa	68 (85,0)	17 (89,8)	18 (94,7)	1.281 (75,5)	0,026
ARM	49 (61,3)	7 (36,8)	8 (42,1)	1.854 (50,4)	0,129
TRC	7 (8,8)	7 (36,8)	1 (5,3)	116 (6,8)	0,001
Ecocardiografía					
FEVI, %	28,2 ± 11,1	26,6 ± 9,6	31,3 ± 10,5	35,3 ± 13,4	0,001
DTDVI, mm	64,7 ± 8,7	68,2 ± 9,9	63,7 ± 10,0	59,6 ± 9,1	0,001
DTSVI, mm	53,9 ± 10,1	55,5 ± 9,7	50,5 ± 12,3	47,0 ± 10,8	0,001

DAI, mm	49,3 ± 7,8	51,4 ± 6,1	48,7 ± 5,5	46,8 ± 7,9	0,003
PAPs, mmHg	50,0 ± 10,7	49,3 ± 12,1	46,0 ± 12,3	43,8 ± 12,4	0,001

Datos en media ± DE, mediana [IQR] o en n(%). IMS: insuficiencia mitral secundaria; IC: insuficiencia cardiaca; BB: bloqueadores beta; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, ARAII: antagonistas de los receptores de angiotensina II, ARNI: inhibidores del receptor de angiotensina-neprilisina; ARM: antagonistas receptores mineralcorticoides; TRC: terapia de resincronización cardiaca; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; DTDVI: diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo, DTSVI: diámetro telesistólico del ventrículo izquierdo; DAI: diámetro aurícula izquierda; PAPs: presión arterial pulmonar sistólica.



Supervivencia de los distintos grupos durante los años de seguimiento.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con IC e IMS grave, mostraron una regresión de la IMS al año con TMO.