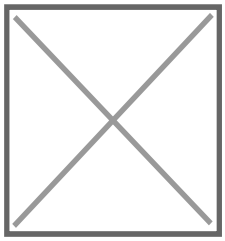
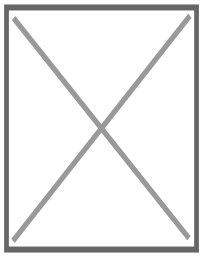
Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 267



Revista Española de Cardiología



4003-7. INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEPRIMIDA Y PRESERVADA: ¿LAS DIFERENCIAS EN EL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA EXPLICAN LAS DIFERENCIAS EN EL PRONÓSTICO?

Ruper Oliveró Soldevila, Iris Rodríguez-Costoya, Pedro Moliner-Borja, Cristina Enjuanes, Sonia Ruiz, Julio Marti, Josep Comín-Colet y Nuria Farré del Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (ICFEP) y reducida (ICFER) tienen características basales diferentes. El pronóstico de ICFEP parece ser mejor. El objetivo del estudio fue analizar si la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) es diferente entre ICFEP e ICFER y su relación con el pronóstico.

Métodos: Análisis de una cohorte de 1018 pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. Se midieron los niveles plasmáticos basales de aldosterona (ALD, pg/ml, n = 978), la actividad de la renina plasmática (ARP, ng/ml/h, n = 982), la actividad plasmática del enzima conversor de angiotensina (APECA, pg/ml, n = 993) y NT-pro-BNP (NT-pro-BNP, pg/ml, n = 1.018). Los datos se dan es la mediana [intervalo intercuartílico]. ICFEP se definió como la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) ? 45%. Se realizó un análisis multivariado utilizando un modelo lineal general (MLG) ajustado por covariables para analizar la relación entre los marcadores del SRAA e ICFEP. Se empleó una regresión de Cox para analizar la relación entre la ICFEP y mortalidad cardiovascular (CV).

Resultados: La media de la FEVI fue del 60% en ICFEP y 31% en ICFER. Los pacientes con ICFEP (n = 496) eran mayores, con mayor frecuencia mujeres e hipertensos, con menor enfermedad coronaria, y mayor prevalencia de enfermedad renal crónica, anemia y fibrilación auricular. La clase funcional fue similar (NYHA III-IV en el 43% de la cohorte). Hubo una correlación negativa entre el NT-pro-BNP, ALD, PRA y la FEVI (p 0,006). El NT-pro-BNP fue significativamente menor en ICFEP (1.277 [647-2.873] frente a 1.998 [749-4.687], p 0,001) así como la ALD y PRA (92 [44-156] frente a 104 [58-186], p = 0,004 y 2,7 [0,9-8,3] frente a 3,5 [1,1-10], p = 0,043, respectivamente). En el MLG ajustado por covariables, PRA (p = 0,021) y NT-pro-BNP (p 0,001) fueron menores en ICFEP en comparación con ICFER. Durante una mediana de seguimiento de 12 (6-18) meses, la mortalidad CV fue mayor en ICFER (11% frente a 7%, p = 0,021). En el análisis multivariado de Cox ajustando por las características basales, la muerte CV fue mayor en ICFER (HR 1,62; IC95% 1,03-2,53, p = 0,036). Esta diferencia se perdió al añadir los marcadores de activación SRAA (HR 1,47; IC95% 0,91-2,35, p = 0,11).

Conclusiones: La activación del SRAA es menor en ICFEP, explicando en parte las diferencias en el pronóstico en comparación con ICFER.