



7008-6. EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA MORTALIDAD Y EL MODO DE MUERTE EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

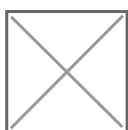
Eduard Solé González¹, Andreu Ferrero-Gregori², Miquel Vives-Borràs¹, Jesús Álvarez-García¹, Marina Navarro-Peñalver³, Eulàlia Roig Minguell¹, Juan Cinca Cusculola¹ y Domingo Pascual-Figal³ del ¹Servicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ²Servicio de Epidemiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona y ³Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) .

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento farmacológico óptimo (TFO) y la aparición del desfibrilador implantable (DAI) han mejorado la supervivencia global de los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y fracción eyección reducida. Si bien, existen pocos datos acerca de la evolución de los tipos de mortalidad antes y después de la implementación de estas terapias. El registro MUSIC (2003-2004) estudió pacientes ambulatorios con IC previamente al uso extendido del DAI como prevención de muerte súbita (MS) y TFO. El registro REDINSCOR (2007-2011), en cambio, tuvo unas tasas de TFO y DAI similares a las actuales. El objetivo fue describir las variaciones en la incidencia acumulada de mortalidad y sus causas en relación con la implementación de la terapia DAI y el tratamiento farmacológico.

Métodos: Estudio retrospectivo de variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas de 2.307 pacientes con FEVI 45% y CF II/III seleccionados de los registros MUSIC y REDINSCOR. Análisis del tipo de mortalidad según el registro mediante curvas de incidencia acumulada.

Resultados: La tabla muestra las principales características de ambas cohortes. En resumen, los pacientes del grupo REDINSCOR se caracterizaron por ser más comórbidos, con peor CF y FEVI y presentaron mayor adecuación farmacológica a las guías de práctica clínica y mayor utilización de DAI. Tras un seguimiento durante 48 meses no se evidenciaron diferencias significativas en la mortalidad global (28 frente a 27%, $p = ns$). Analizando la mortalidad por causas, objetivamos un descenso significativo de la MS a favor de la cohorte REDINSCOR (10,6 frente a 6,3%, $p 0,05$), sin cambios significativos en cuanto a muerte por insuficiencia cardiaca terminal (ICT). Asimismo, en esta cohorte, existió un aumento de mortalidad por otras causas sin conseguir significación estadística. En las curvas de función de incidencia acumulada observamos una reducción de la MS para el grupo REDINSCOR, sin diferencias en la mortalidad por ICT (fig.). Al estratificar según FEVI, en aquellos pacientes con FEVI 35% se mantiene una reducción significativa de la MS (13,1 frente a 7,0%, $p 0,001$) sin cambios en la ICT (14,1 frente a 14,2% $p = 0,79$).



Curvas de función de incidencia acumulada para tipos de mortalidad.

Principales características de las cohortes MUSIC y REDINSCOR

	MUSIC (n = 746)	REDINSCOR (n = 1.561)	p
Edad media, años $\pm$ DE	64 $\pm$ 11	64 $\pm$ 12	ns
Hombres, n (%)	576 (77)	1201 (77)	ns
Hipertensión, n (%)	391 (52)	979 (63)	0,001
Diabetes, n (%)	270 (36)	648 (42)	0,05
IAM previo, n (%)	347 (47)	665 (43)	ns
Fibrilación auricular, n (%)	123 (17)	286 (18)	ns
DAI, n (%)	12 (2)	315 (20)	0,001
CF NYHA III, n (%)	168 (23)	749 (48)	0,001
FEVI 35%, n (%)	455 (61)	1082 (69)	0,001
Insuficiencia mitral III-IV, n (%)	93 (13)	300 (19)	0,001
NT-ProBNP ng/L, mediana (Q1-Q2)	921 (406-2.364)	1.808 (729-4.391)	0,001
Hemoglobina, media (DE)	137,6 $\pm$ 15,8	132,6 $\pm$ 19,8	0,001
IECAs o ARA-II, n (%)	670 (90)	1356 (87)	ns
Betabloqueantes, n (%)	529 (71)	1333 (86)	0,001
Antialdosterónicos, n (%)	318 (43)	971 (62)	0,001
Muerte súbita a 48 meses, n (%)	80 (11)	99 (6)	0,05
Muerte IC terminal a 48 meses, n (%)	75 (10)	179 (11)	ns

Muerte otras cardiacas a 48 meses, n (%)	7 (0,9)	31 (2)	ns
Muerte extracardiaca a 48 meses, n (%)	45 (6)	109 (7)	ns

Conclusiones: 1) El tratamiento farmacológico y el DAI han disminuido la muerte súbita en pacientes con IC y fracción de eyección reducida, sin embargo, no parecen evitar la progresión de la enfermedad y la muerte por insuficiencia cardiaca terminal.