



6041-9. 3 SENCILLOS PARÁMETROS DISPONIBLES EN LA PRIMERA CONSULTA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CLAVES EN LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE DESCOMPENSACIÓN

Teresa Miriam Pérez Sanz¹, Itziar Gómez Salvador², Beatriz Calvo Antón¹, M. del Mar de la Torre Carpena¹, Cristina Tapia Ballesteros¹, Jesús Iglesias Álvarez¹ y María Jesús Rollán Gómez¹

¹Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid. ²Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las descompensaciones en insuficiencia cardiaca (IC) condicionan negativamente la evolución. Pretendemos investigar parámetros sencillos de la primera visita del paciente a la consulta para predecir el riesgo individual de descompensación.

Métodos: Estudio de una cohorte prospectiva de pacientes de la consulta de IC. Se obtuvieron todas las variables clínicas en la visita inicial. Se registró la carga de IC: años desde el primer diagnóstico por IC, número de ingresos previos y visitas a urgencias. Se recogieron datos analíticos, ecocardiográficos, el Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ), la prueba de la marcha de los 6 minutos (PM6M) y el Charlson Comorbidity Index (CCI). Se tomó una muestra para analizar hs TnT, ST2, GDF15, H-FABP y galectina. El evento estudiado fue: ingresos por IC o visitas a urgencias o descompensaciones tratadas en consulta. Se analizaron todas las causas de mortalidad.

Resultados: 173 pacientes incluidos (edad media $69 \pm 9,9$ años, 80,9% varones). 92,5% en clase funcional (CF) I-II/IV de la NYHA, 36% en fibrilación auricular (FA) y 35,3% diabéticos. La fracción de eyección (FE) media fue $35,6 \pm 9\%$. La duración previa de IC era de $2,3 \pm 3,4$ años, ingresos previos $1,5 \pm 2$, y visitas a urgencias $0,3 \pm 0,7$. La puntuación media del CCI fue $4 \pm 1,7$, del KCCQ $51,3 \pm 12$ y de la PM6M $379 \pm 114,6$ metros. El NT-proBNP fue 2.598 ± 2.852 pg/ml, la hs TnT $23,7 \pm 17$ pg/ml, el ST2 $94 \pm 50,7$ ng/ml, el GDF15 $1.237,3 \pm 628$ pg/ml, la H-FABP $7,3 \pm 4$ ng/ml y la galectina $7,4 \pm 2,4$ ng/ml. El seguimiento fue de $4,6 \pm 2,7$ años. 101 pacientes (58,4%) presentaron el evento, fallecieron 54,5% frente a 18,1% de los que no lo presentaron (p 0,001). Ajustamos un modelo de regresión logística con los parámetros basales que demostraron asociación estadística con el evento. En el modelo final mantuvieron su significación la duración de IC, el CCI y el NT-proBNP (tabla). De los biomarcadores no incluidos en el modelo, ST2 y H-FABP fueron mayores en los descompensados de forma estadísticamente significativa. La FE no se relacionó con el evento.

Resultados uni y multivariante para las variables del modelo

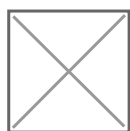
Variables

Univariante

Multivariante

	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Edad (años)	1,053 (1,020-1,088)	0,002		
Duración de la IC (años)	1,270 (1,113-1,449)	0,001	1,156 (1,010-1,323)	0,036
Nº ingresos por IC últimos 3 meses	2,050 (1,177-3,570)	0,011		
Charlson Comorbidity Index (CCI)	1,610 (1,290-2,010)	0,001	1,432 (1,122-1,827)	0,004
Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ-12)	0,954 (0,923-0,987)	0,006		
Prueba de la Marcha de los 6 Minutos (PM6M)	0,994 (0,991-0,998)	0,002		
Tnt hs (pg/ml)	1,029 (1,005-1,054)	0,017		
Índice filtrado glomerular (CKD-EPI)	0,985 (0,974-0,995)	0,004		
Nt-proBNP (pg/ml)	1,0003 (1,0001-1,0005)	0,002	1,0002 (1,0001-1,0004)	0,013
Diámetro aurícula izquierda (mm)	1,079 (1,033-1,127)	0,001		

Evento (ingresos por IC o visitas a urgencias por IC o descompensaciones tratadas en consulta).



Conclusiones: La carga previa de IC es un factor determinante en la evolución del paciente. Ni la CF, utilizada para tomar decisiones clínicas, ni la FE, criterio para clasificar la IC, sirven para predecir descompensaciones. En su lugar, deberíamos utilizar la combinación de 3 variables fácilmente disponibles en la consulta: el CCI, el NT-proBNP y la duración previa de IC.