



4022-3. EFECTO DEL TRATAMIENTO SOBRE LA MORTALIDAD Y EL TIPO DE MUERTE DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

David Fernández Vázquez¹, Eva Cabrera-Romero¹, David J Vázquez-Andrés¹, Domingo A. Pascual-Figal¹, Andreu Ferrero-Gregori², Juan Cinca², José Ramón González-Juanatey³, Rafael Vázquez⁴, Juan Delgado⁵ y Pablo García-Pavía⁶, del ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ³Hospital Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña), ⁴Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, ⁵Hospital 12 de Octubre, Madrid y ⁶Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento terapéutico de la IC con FEVI reducida se basa en el uso de fármacos bloqueadores del eje neurohormonal (IECA, ARA II, Bloqueadores beta y antagonistas mineralcorticoides) y dispositivos de resincronización y desfibriladores. Estos tratamientos han demostrado ampliamente reducir la mortalidad en pacientes con IC con FEVI reducida, sin embargo, diversos registros europeos y nacionales han mostrado que tanto el uso de estos tratamientos como las dosis alcanzadas no son las adecuadas.

Métodos: Se incluyeron 2351 pacientes ambulatorios con IC y FEVI reducida (40%) de los registros MUSIC (2003-2004) y REDINSCOR (2007-2011). A la inclusión se registraron datos demográficos y clínicos, bioquímica, ecocardiografía, electrocardiograma y tratamientos individuales y agrupados. Todos los pacientes fueron seguidos durante 4 años. Los eventos registrados fueron la mortalidad por todas las causas, mortalidad cardiaca, mortalidad por fallo de bomba y mortalidad por muerte súbita cardiaca.

Resultados: El registro REDINSCOR mostró una mayor prevalencia de tratamientos con evidencia: IECA/ARA2 (89 frente a 86%, $p = 0,053$), Bloqueadores beta (85 frente a 71%, $p = 0,001$), antialdosterónicos (64 frente a 44%, $p = 0,001$), DAI (19 frente a 2%, $p = 0,001$). Considerando combinaciones de tratamientos, 56% de pacientes en REDINSCOR recibieron al menos 3-4 tratamientos frente a 30% en MUSIC ($p = 0,001$). Dentro de las causas de muerte, la mortalidad total fue similar 32 frente a 33% ($p = 0,652$), mientras que la muerte súbita fue significativamente mayor en la población MUSIC (11,4 frente a 6,8%, $p = 0,001$). Tras el ajuste de propensión sobre características basales a la inclusión, se obtuvieron 2 poblaciones de 597 pacientes. En esta población, los pacientes MUSIC mostraron mayor mortalidad total (34 frente a 26%, $p = 0,004$) que fue principalmente a expensas de mayor tasa de muerte súbita (12 frente a 7%, $p = 0,007$), pero no por IC refractaria. En el análisis multivariado, la presencia de infarto previo (HR 1,58, $p = 0,002$), un tratamiento optimizado (? 2 tratamientos) (HR 0,67, $p = 0,03$), el NT-proBNP (> 2.414 ng/l con HR 2,89, $p = 0,001$) y el filtrado glomerular (HR 0,99, $p = 0,04$) fueron los factores asociados a un riesgo independiente.



Conclusiones: En 2 cohortes de pacientes ambulatorios con IC y FE reducida, la prevalencia de muerte súbita fue menor en la población más contemporánea y dicha reducción estuvo asociada a la mejora del tratamiento médico.