Rev Clin Esp. 2023;224(Supl 2):S301

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

272 - ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA SOBRE PREDICTORES DE MORTALIDAD A DOS AÑOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

Amelia Campos Sáenz de Santamaría[1], *Francisco Antonio González Fasanella*[2], *María Isabel Lumbreras Martínez*[1], *María Jesús López León*[1], *Sonia Plasencia Martínez*[1], *Enrique Cabrero Revenga*[1], *Julia García Gubert*[1] *y Jorge Rubio Gracia*[1]

[1]*Hospital Clínico Universitario, Zaragoza, España.* [2]*Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.*

Resumen

Objetivos: Determinar el perfil clínico-demográfico, analítico, ecocardiográfico y terapéutico de una población de pacientes con IC del servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (HCUZ) y su relación con la supervivencia a los 2 años.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, sin intervención diagnóstica ni terapéutica, centrado en el análisis de una muestra compuesta de un total de 384 pacientes, hombres y mujeres, con el diagnóstico de IC, ingresados en el HCUZ durante el periodo comprendido entre los años 2012 y 2020.

Resultados: La edad (p 0,001), el número de ingresos previos (p = 0,006), antecedente de ERC (p 0,001), la clase funcional NYHA (p 0,001), las cifras de creatinina (p = 0,001), cistatina C (p 0,001), filtrado glomerular según estimación MDRD (p = 0,005) y EPI-cistatina C (p 0,001), hemoglobina (p = 0,029), NT-proBNP (p 0,001), Troponina US (p 0,001), dosis y equivalentes de furosemida (p 0,001), el tratamiento con betabloqueantes (p = 0,024) y antagonistas receptor del mineralocorticoide (ARM) (p = 0,010) demostraron ser diferencias significativas entre supervivientes y fallecidos a los 2 años en pacientes con IC. La edad (p 0,001), NYHA III-IV (p = 0,004), NT-proBNP (p = 0,004), Troponina US (p = 0,004), dosis de furosemida (p = 0,004) y la terapia con ARM (p = 0,045) son predictores independientes de mortalidad a 2 años en pacientes con IC traduciéndose en una disminución estadísticamente significativa en la supervivencia.

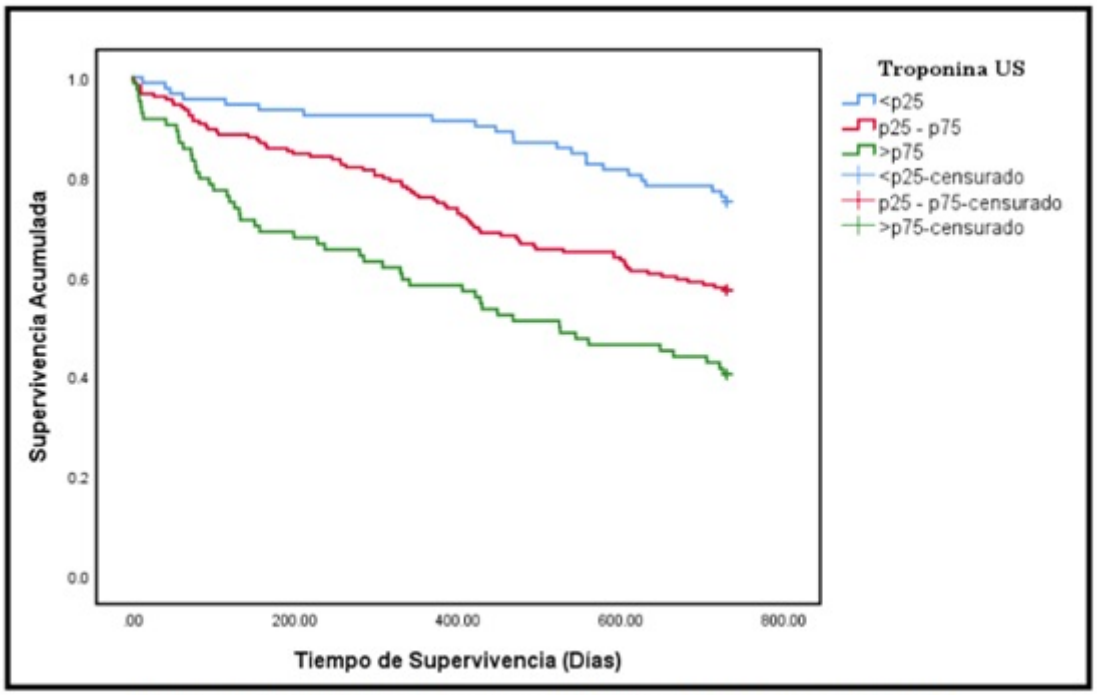

Figura 4: Curva de Supervivencia según Niveles de Troponina Ultrasensible.

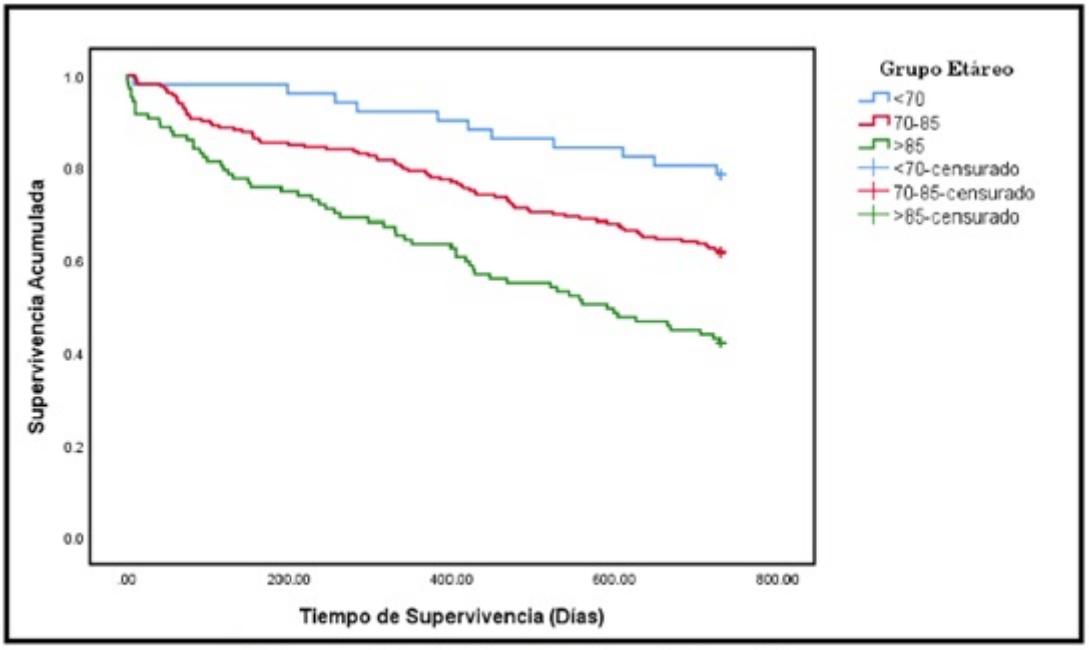

Figura 3: Curva de Supervivencia según Grupo Etáreo.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Variable		Estimación (días)	Desv. Error	IC (95%)	Log-Rank (p)
Edad	<70 años	660,80	22,75	616,22 – 705,39	<0,001
	70-85 años	573,55	16,70	540,83 – 606,27	
	>85 años*	591,00	94,50	405,77 – 776,23	
Clase Funcional NYHA	I-II	592,27	13,68	565,45 – 619,08	<0,001
	III-IV*	544,00	85,85	375,74 – 712,265	
NT-ProBNP	<p25	632,53	18,95	595,40 – 669,66	<0,001
	p25-p75	586,65	17,36	552,62 – 620,68	
	>p75*	405,00	50,26	306,49 – 503,51	
Troponina Ultrasensible	<p25	651,73	18,72	615,03 – 688,42	<0,001
	p25-p75	553,43	18,39	517,38 – 589,47	
	>p75*	524,00	111,36	305,74 – 742,26	
Dosis de Furosemida	<p25	631,09	41,99	548,80 – 713,38	<0,001
	p25-p75	581,77	18,39	545,73 – 617,82	
	>p75*	383,00	175,21	39,59 – 726,41	
ARM	No	568,73	15,49	538,37 – 599,08	0,016
	Sí	525,35	24,48	477,37 – 573,33	

*Mediana de supervivencia en los casos en los que estaba disponible
ARM: Antagonista del Receptor Mineralocorticoide; NT-ProBNP: Propéptido natriurético cerebral N-terminal;

Tabla 12: Análisis de Supervivencia Kaplan-Meier para la mortalidad a 2 años.

Discusión: El tratamiento con ARM se considera como una variable independiente predictora de riesgo y se trata de un aspecto que debe ser matizado. Nuestra impresión es que puede estar relacionado en nuestro estudio con estadios más avanzados de la enfermedad. Además, los betabloqueantes se comportan como factor protector independiente con amplia representación en la literatura, por lo que la imposibilidad de su uso ensombrece el pronóstico; sin embargo, en nuestro análisis no alcanzaron la significación estadística aunque estuvieron muy cerca de obtenerla. Este aspecto podría deberse al alto porcentaje de pacientes que llevaban el tratamiento lo que a pesar de hallarse como diferencia significativa entre ambos subgrupos no permite que exista entidad suficiente como para comportarse como variable predictora independiente. Dentro de las limitaciones del presente trabajo destacamos las propias implícitas del diseño retrospectivo y un tamaño muestral relativamente menor en comparación con otros estudios publicados. Además, carece de algunas variables analíticas relevantes como el antígeno carcinoembrionario 125 (CA125) o el supresor de la tumorogénesis 2 soluble (sST2). También encontramos limitaciones al contar con escasos pacientes con ARNI, lo que nos ha llevado a clasificarlos de forma conjunta con IECA y ARA II con la ligera pérdida de información que implica. De forma análoga, la ausencia de pacientes con iSGLT2, dado su reciente introducción en el tratamiento de la IC y de gran relevancia, podría también modificar los resultados obtenidos.

Conclusiones: El perfil del paciente prototipo de riesgo incrementado de mortalidad a 2 años por cualquier causa desde el momento de su ingreso hospitalario, se trata a un paciente con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca, de edad avanzada, con clase funcional NYHA III-IV, con niveles de NT-proBNP y troponina US elevados, en tratamiento con altas dosis de furosemida y que lleva un ARM en su esquema terapéutico.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.