



1357 - VARIABLES ASOCIADAS A FALLECIMIENTO EN LA COHORTE Y ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA SEGÚN LA FEVI EN LA COHORTE PROFUND

Jesús Alonso Carrillo¹, Adrián López Alba¹, María del Palacio Tamarit¹, Lucía de Jorge Huerta¹, Manuel Méndez Bailón², Beatriz Sánchez Saucedo³, Rangel Llanos Soler⁴, Francisco Trapiello⁵, Víctor Pérez de la Puente¹, José María Basauli Felices¹, Antonio Jesús González García¹, Fernando Aguilar Rodríguez¹, Jorge Macedo Pascual¹ y Carmen Leciñena Jiménez¹

¹Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ³Hospital Fundación Alcorcón, Madrid, España. ⁴Hospital Infanta Sofía, Madrid, España. ⁵Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián, Arriendas, España.

Resumen

Objetivos: Determinar los factores que influyen en el fallecimiento de los pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca. Establecer diferencias de supervivencia según la FEVI.

Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico de pacientes pluripatológicos ingresados por IC (insuficiencia cardíaca): registro PROFUND-IC de la Sociedad Española de Medicina Interna, entre septiembre 2020-febrero 2023. Se establecieron como criterios de inclusión: 1) Diagnóstico principal de IC, 2) NT-proBNP > 1.500 ug/ml 3) presencia de dos o más comorbilidades asociadas. Se diferenció la FEVI en tres grupos: FEVI preservada (> 50%), FEVI levemente reducida (41-49%) y FEVI reducida (< 40%). Se empleó la media y desviación estándar con un intervalo de confianza al 95% en las variables cuantitativas. Las cualitativas se expresaron en porcentajes y unidades observadas. Para el contraste de hipótesis se utilizó la t Student y chi cuadrado. En el estudio de supervivencia se cuantificó tiempo hasta evento muerte o reingreso en función de la FEVI. Se empleó el test de *log-rank* para comparar los subgrupos de FEVI y las curvas se expresan mediante curvas de Kaplan-Meier. Se consideró un nivel de significación de 0,05.

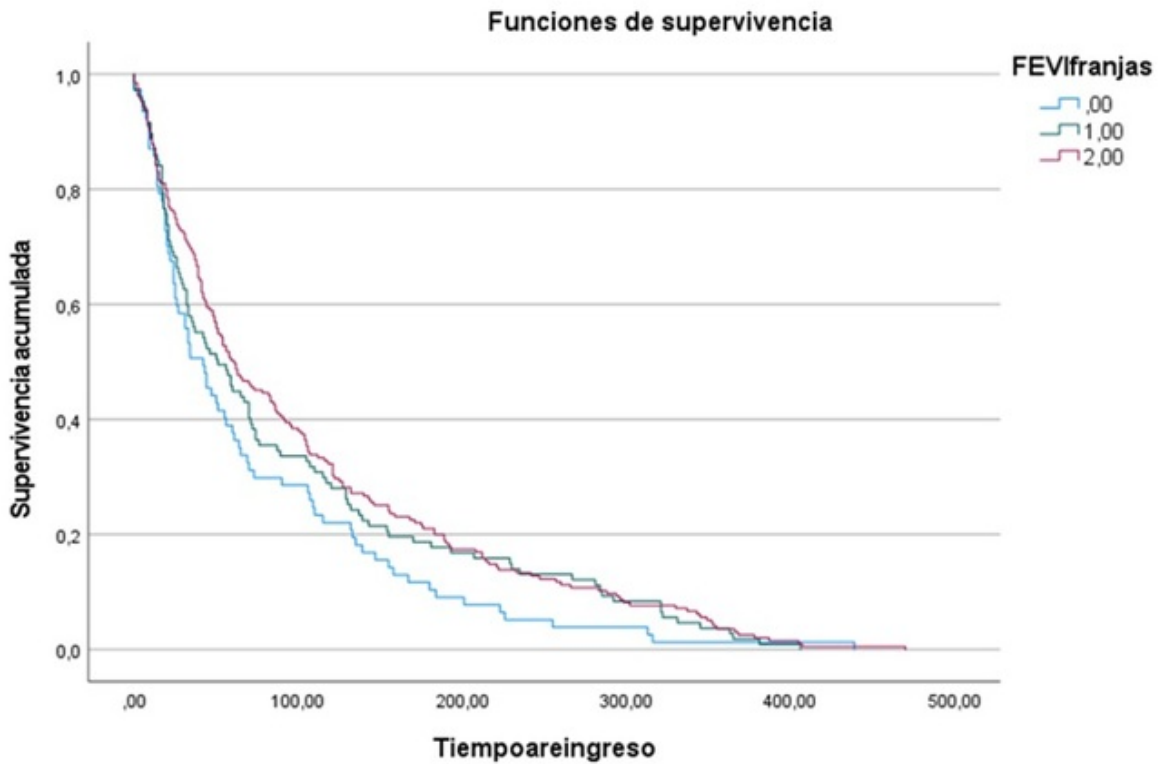
Resultados: 845 fueron incluidos, de los cuales 61 pacientes (7,2%) fallecieron, 139 pacientes (16,9%) presentaron hasta tres reingresos en el seguimiento. Se compararon las diferencias entre pacientes fallecidos y supervivientes, objetivándose que edad, sexo y principales comorbilidades fueron similares, mientras que la clase funcional basal es peor entre los pacientes fallecidos. Entre los fallecidos más valvulopatía aórtica (especialmente estenosis) sin diferencias en el tipo de cardiopatía o la FEVI. A la valoración clínica, los pacientes que fallecieron presentaron más datos semiológicos de insuficiencia cardíaca (ingurgitación yugular y crepitantes) así como más datos de bajo gasto. Destaca que la única variable estadísticamente significativa tras la realización de ecografía fue el colapso de vena cava inferior, sin diferencias en el diámetro. Respecto al manejo, los pacientes que fallecieron requirieron dosis más altas de furosemina, así como empleo de suero hipertónico. De forma mayoritaria los pacientes que fallecieron no llegaron a recibir tratamiento dirigido de la insuficiencia cardíaca. Requirieron mayor uso de antibióticos, broncodilatadores, corticoides y soporte transfusional (tablas). Se incluyeron 845 pacientes de los que 384 se realizó

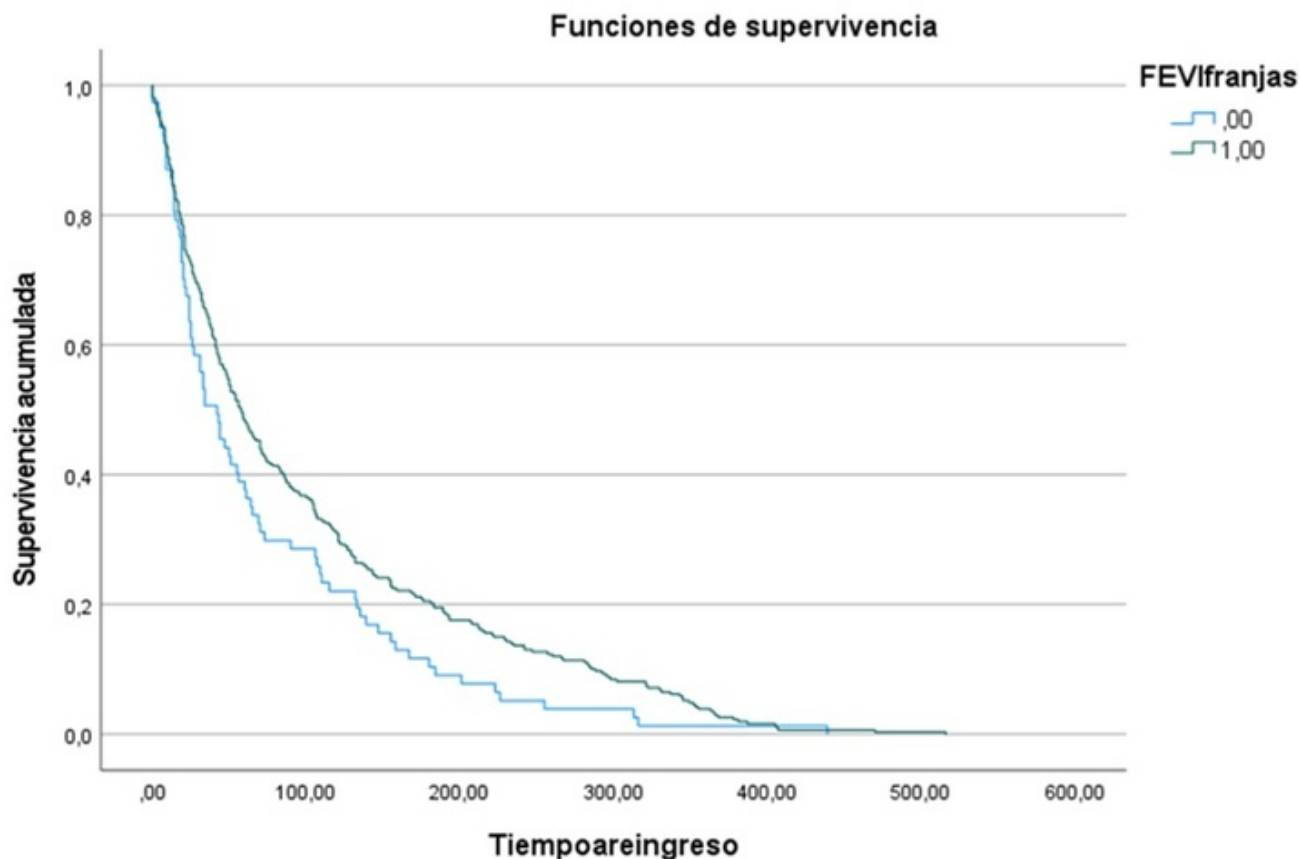
seguimiento completo hasta presentar evento muerte o reingreso. Se realizó un análisis de supervivencia según FEVI sin encontrar diferencias del evento mortalidad o reingreso al comparar los tres grupos ($p = 0,7$) (fig. 1), pero sí se hallaron al comparar pacientes con FEVI reducida vs. FEVI levemente reducida o preservada HR 0,7 (IC 0,5-0,9; $p = 0,02$) (fig. 2).

	Fallecidos, n = 61	Vivos, n = 784	p
Características basales			
Edad, media; años (DE)	84,3 (DE 8,7)	83,1 (DE 9,2)	0,3
Sexo (mujer)	35 (57,4%)	450 (57,4%)	0,9
Diabetes mellitus	27 (44,3%)	357 (45,5%)	0,8
Dislipemia	43 (70,5%)	499 (63,7%)	0,3
Hipertensión arterial	53 (86,9%)	706 (90,2%)	0,4
IMC	28,9 (DE 3,9)	28 (DE 6,5)	0,3
EPOC	16 (26,2%)	143 (18,2%)	0,1
Deterioro cognitivo	8 (13,1%)	73 (9,3%)	0,3
Déficit motor permanente	11 (18%)	83 (10,6%)	0,07
AOS	8 (13,1%)	117 (14,9%)	0,7
Enfermedad renal crónica	28 (45,9%)	376 (48%)	0,8
Fibrilación auricular	41 (67,2%)	536 (68,5%)	0,8
Barthel medio	71,6 (DE 28,4)	56,3 (DE 31,7)	0,1
Cardiopatía			
FEVI	51,9 (DE 11,6)	51,5 (DE 11,7)	0,7
Estenosis aortica	17 (27,9%)	126 (16,3%)	0,02
Insuficiencia aórtica	11 (18%)	80 (10,3%)	0,06
NYHA III	32 (52,5%)	271 (34,8%)	0,01
Cardiopatía hipertensiva	19 (31,1%)	303 (38,7%)	0,5
Cardiopatía isquémica	12 (19,7%)	161 (20,6%)	
Cardiopatía dilatada	2 (3,3%)	13 (1,7%)	
Cardiopatía valvular	21 (34,4%)	190 (24,3%)	
Amiloidosis	1 (1,6%)	22 (2,8%)	

	Fallecidos, n = 61	Vivos, n = 784	p
Características clínicas y ecográficas			
Disnea NYHA III	34 (55,7%)	312 (40,1%)	0,05
Tensión arterial sistólica	130,8 (DE 31,6)	135,3 (DE 25,1)	0,05
Frecuencia respiratoria	22,6 (DE 10,1)	22,2 (DE 11,8)	0,7
Ortopnea ocasional	23 (37,7%)	308 (39,6%)	0,3
Ingurgitación yugular	32 (52,5%)	321 (41,6%)	< 0,001
Crepitantes	55 (91,2%)	659 (84,5%)	< 0,001
Bajo gasto	14 (23%)	72 (9,2%)	< 0,001
Edemas	51 (83,6%)	627 (80,5%)	0,5
Líneas B	21 (70%)	269 (65,5%)	0,6
Cava colapsa	5 (16,1%)	147 (36,1%)	0,03
Derrame pleural	19 (63,3%)	237 (57,8%)	0,6
Vena cava inferior	22,6 (DE 5,2)	20,6 (DE 6,5)	0,9
Fuerza de prensión (Kg)	9,8 (DE 7,9)	13,3 (DE 10,0)	0,6
Manejo de la insuficiencia cardíaca			
Furosemina dosis máxima día (mg)	141,2 (DE 146)	107,9 (DE 88)	0,01
Suero salino hipertónico	5 (8,2%)	22 (2,8%)	0,02

Corticoides	29 (47,5%)	203 (26,1%)	< 0,001
Broncodilatador	34 (55,7%)	306 (39,3%)	0,01
Antibiótico	44 (72,1%)	278 (35,7%)	< 0,001
Transfusión	10 (16,4%)	53 (6,8%)	0,01
Suplementos proteicos	8 (13,1%)	54 (6,9%)	0,07
Betabloqueantes	14 (25,9%)	496 (63,5%)	< 0,001
IECA	7 (13%)	162 (20,7%)	0,2
ARA2	3 (5,6%)	173 (22,2%)	< 0,001
iSGLT2	5 (9,3%)	260 (33,4%)	< 0,001
Sacubitrilo/valsartán	5 (9,3%)	69 (8,9%)	0,9
Antialdosterónicos	10 (18,5%)	270 (34,8%)	0,05





Conclusiones: La mortalidad de la cohorte en el seguimiento tras un episodio de descompensación de IC es del 7,4%, con hasta un 17% de tres reingresos al año. Los pacientes que fallecen en la cohorte presentan más datos semiológicos y ecográficos de insuficiencia cardíaca, llegando a requerir dosis superiores de furosemida así como otras terapias por otros procesos coadyuvantes. Los pacientes con FEVI reducida presentan una menor supervivencia comparados con los de FEVI preservada y levemente reducida.