



IC-008 - IMPACTO PRONÓSTICO DE UNA TERAPIA GUIADA POR LOS NIVELES PLASMÁTICOS DEL ANTÍGENO CARBOHIDRATO 125 TRAS UN INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA: ESTUDIO ALEATORIZADO

P. Llàcer Iborra¹, A. Mendizábal Núñez¹, G. Miñana Escrivá², L. Fácila Rubio³, M. Bosch Campos⁴, V. Bertomeu-González⁵, J. Núñez Villota²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises (Valencia). ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ³Servicio de Cardiología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. ⁴Servicio de Cardiología. Hospital de la Plana. Villarreal (Castellón). ⁵Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Juan. San Juan de Alicante (Alicante).

Resumen

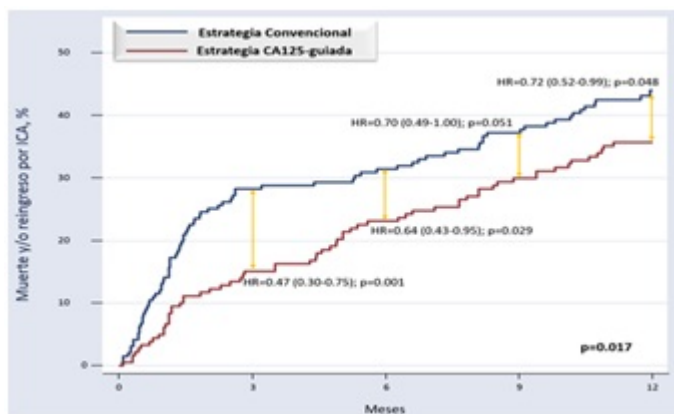
Objetivos: Determinar el efecto sobre la mortalidad por todas las causas/reingreso por ICA a 1 año de una estrategia de tratamiento médico intensivo guiado por los niveles séricos de CA125 en comparación con el tratamiento habitual en pacientes recientemente hospitalizados por ICA.

Métodos: Se aleatorizaron al alta 372 pacientes con ICA y valores elevados de CA125 (> 35 U/ml) en 5 centros a TCA125 (n = 181) y a T-Conv (n = 191). El objetivo de la T-CA125 fue normalizar los valores de CA125 mediante la modificación de las dosis de diuréticos, el uso de estatinas y la optimización de la frecuencia de las visitas ambulatorias. El criterio de valoración principal fue el combinado de muerte por cualquier causa/reingreso por ICA a 1 año. Ambos objetivos se analizaron como tiempo hasta el primer evento (regresión no paramétrica al no cumplir el criterio de proporcionalidad) y de manera longitudinal incluyendo hospitalizaciones repetidas (regresión negativa binomial).

Resultados: La edad media de la muestra fue de 73,7 ± 10,9 años, el 44,6% fueron mujeres y el 40% mostró fracción de eyección conservada > 50%. A lo largo del seguimiento, los pacientes pertenecientes a la T-CA125 tuvieron más visitas ambulatorias [5 (4-7) vs 4 (4-6); p = 0,015], se les modificó con mayor frecuencia las dosis de diuréticos de asa (cambios en persona-visitas: cualquier cambio: 55,6% vs 44,8%; p = 0,001, incrementos: 25,1% vs 18,7%; p = 0,003, y decrementos: 29,8% vs 26,1%; p = 0,076), incluyendo una mayor prescripción de furosemida intravenosa de manera ambulatoria (21% vs 11%; p = 0,008). Además, se les tituló al alza más frecuentemente los antialdosterónicos (14,4% vs 6,8%; p = 0,017) y se trataron más frecuentemente con estatinas [al inicio (82,9% vs 53,9%; p < 0,001) y al final (78,5% vs 41,9%; p < 0,001)]. Con respecto al T-Conv, la T-CA125 mostró una reducción significativa del objetivo primario analizado como tiempo hasta el primer evento (63 eventos vs 83 eventos, figura 1). Esta diferencia fue aún mayor cuando se analizaron las hospitalizaciones repetidas [164 eventos vs 80 eventos, IRR (IC95%): 0,45 (0,28-0,72); p = 0,001].

Discusión: En este trabajo el CA125 emerge como una herramienta válida para la titulación de

diuréticos y estatinas, fármacos ampliamente utilizados en IC, donde sin embargo, no existe consenso sobre su óptima utilización. A diferencia de estudios previos aleatorizados, en pacientes con IC crónica y disfunción sistólica, donde se evaluó la eficacia a nivel pronóstico de estrategias guiadas por péptidos natriuréticos, este trabajo aborda un escenario (alta tras ICA) y una muestra de población (incluyendo un importante porcentaje de sujetos con IC con fracción de eyección preservada) donde la actual evidencia sobre su tratamiento es escasa.



Conclusiones: En pacientes dados de alta por ICA, la T-CA125 mostró ser más eficaz que el T-Conv en términos de reducción del criterio combinado de muerte/reingreso por ICA a 1 año.