

Artículo original

Uso de antagonistas de los receptores de aldosterona tras el infarto de miocardio. Datos del registro REICIAM

Esteban López-de-Sá^{a,*}, Angel Martínez^b, Manuel Anguita^c, David Dobarro^a y Manuel Jiménez-Navarro^d, en representación de los investigadores del REICIAM 

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Reina Sofía, Córdoba, España

^dServicio de Cardiología, Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga, España

Historia del artículo:

Recibido el 18 de diciembre de 2010

Aceptado el 9 de junio de 2011

On-line el 15 de septiembre de 2011

Palabras clave:

Antagonista de la aldosterona
Infarto de miocardio
Insuficiencia cardíaca
Registro

RESUMEN

Introducción y objetivos: A pesar de su probada eficacia, no se conocen los patrones de empleo de antagonistas de la aldosterona en el infarto agudo de miocardio.

Métodos: El registro REICAM es un estudio prospectivo diseñado para conocer la incidencia y el manejo de la insuficiencia cardíaca postinfarto agudo de miocardio en España. En este análisis se estudia el patrón de empleo de antagonistas de la aldosterona en esta situación.

Resultados: De 2.703 pacientes con infarto agudo de miocardio, 416 (15,4%) fueron candidatos óptimos para recibir antagonistas de la aldosterona, pero sólo los recibieron 228 (54,8%). Se relacionaron independientemente con su administración el sexo masculino (*odds ratio* = 2,06; intervalo de confianza del 95%, 1,23-3,49; *p* = 0,006), la ausencia de insuficiencia renal previa (*odds ratio* = 3,31; intervalo de confianza del 95%, 1,26-9,06; *p* = 0,02), la presentación con elevación del ST (*odds ratio* = 2,01; intervalo de confianza del 95%, 1,21-3,35; *p* = 0,007) y la aparición de arritmias malignas (*odds ratio* = 2,75; intervalo de confianza del 95%, 1,3-6,05; *p* = 0,009). Cuanto peor era la función ventricular, mayor probabilidad de recibir antagonistas de la aldosterona. El mayor predictor independiente de recibir antagonistas de la aldosterona fue la prescripción de diuréticos durante la hospitalización (*odds ratio* = 7,11; intervalo de confianza del 95%, 3,72-14,23; *p* < 0,00001), pero también haber recibido clopidogrel, bloqueadores beta y estatinas. Aunque los pacientes tratados con antagonistas de la aldosterona presentaban un perfil de mayor riesgo, mostraron una supervivencia a 30 días superior que los no tratados (el 88,3 y el 77,7% respectivamente; *p* < 0,0001).

Conclusiones: El uso de antagonistas de la aldosterona en el postinfarto agudo de miocardio es solamente del 54,8% en candidatos óptimos. Su empleo se relaciona con el sexo masculino, un perfil de mayor riesgo y la utilización de diuréticos y otros fármacos de demostrada eficacia en prevención secundaria.

© 2011 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Aldosterone Receptor Antagonist Use After Myocardial Infarction. Data From the REICIAM Registry

ABSTRACT

Introduction and objectives: Although of proven effectiveness, there are no data available on the patterns of aldosterone antagonists use in the setting of acute myocardial infarction.

Methods: The REICIAM registry is a prospective study designed to provide data regarding the incidence and management of heart failure after acute myocardial infarction. The aim of the present analysis was to determine the patterns of aldosterone antagonists use in this situation.

Results: From a total of 2703 patients with acute myocardial infarction, 416 (15.4%) were considered optimal candidates to receive aldosterone antagonists, but only 228 (54.8%) received the treatment. The independent factors associated with their administration were male sex (*odds ratio* = 2.06; 95% confidence interval, 1.23-3.49; *P* = .006), absence of prior kidney failure (*odds ratio* = 3.31; 95% confidence interval, 1.26-9.06; *P* = .02), presentation with ST elevation (*odds ratio* = 2.01; 95% confidence interval, 1.21-3.35; *P* = .007) and the development of malignant arrhythmias (*odds ratio* = 2.75; 95% confidence interval, 1.3-6.05; *P* = .009). The lower the ejection fraction, the higher the likelihood of receiving aldosterone antagonists. The major independent predictor for receiving aldosterone antagonists was the prescription of diuretics during hospitalization (*odds ratio* = 7.11; 95% confidence interval, 3.72-14.23; *P* < .00001), but also treatment with clopidogrel, beta-blockers, and statins. Although patients treated with aldosterone antagonists had a higher risk profile, they had a better 30-day survival rate than untreated patients (88.3% and 77.7% respectively; *P* < .0001).

Keywords:

Aldosterone antagonist
Heart failure
Myocardial infarction
Registry

* Autor para correspondencia: Unidad de Cuidados Cardíacos Agudos, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, P.º de la Castellana 261, 28043 Madrid, España.
Correo electrónico: e.lopezdesa@terra.es (E. López-de-Sá).

◇ Ver investigadores del registro REICIAM en anexo 1.

Conclusions: The use of aldosterone antagonists in post-acute myocardial infarction is only 54.8% of the optimal candidates. Their use is associated with male sex, a higher risk profile, and the use of diuretics and other drugs of proven efficacy in secondary prevention.

Full English text available from: www.revespcardiol.org

© 2011 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Abreviaturas

AA: antagonista de la aldosterona
 ARA-II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II
 FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo
 IAM: infarto agudo de miocardio
 IC: insuficiencia cardiaca
 IECA: inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina

INTRODUCCIÓN

Varios ensayos clínicos han demostrado la utilidad de distintas terapias —como reperfusión, antiagregantes plaquetarios, bloqueadores beta (BB), inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o inhibidores de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) y estatinas— para mejorar la supervivencia de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM). El ensayo EPHEUS¹ investigó el papel de la eplerenona, un antagonista de la aldosterona (AA) selectivo, en pacientes con un IAM complicado con disfunción ventricular izquierda e insuficiencia cardiaca (IC). En ese ensayo, la administración de eplerenona asociada a la terapia estándar redujo la mortalidad y la morbilidad frente al placebo entre los pacientes con IAM con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) \leq 40% e IC o diabetes mellitus. Por este motivo, las guías sobre el manejo del IAM^{2,3} publicadas después del año 2003 incluyen también los AA como tratamiento estándar para pacientes que satisfacen los criterios de inclusión del ensayo EPHEUS.

Uno de los mayores retos en el tratamiento del IAM es la traducción de la información acumulada de los ensayos clínicos a la práctica clínica diaria. Varios registros han analizado el empleo de diferentes terapias de probada eficacia en el IAM durante la hospitalización y después de ella^{4,5}, y muchos de ellos han demostrado una infratilización de estas terapias⁶⁻⁹. Sin embargo, ninguno de ellos ha explorado el uso de los AA y los factores relacionados con su administración en el contexto del mundo real del IAM. El objetivo de este análisis es determinar los factores asociados con el uso de AA en el IAM.

MÉTODOS

El REICIAM (Registro Español de la Insuficiencia Cardiaca en el Infarto Agudo de Miocardio) es un registro diseñado para proporcionar datos sobre incidencia, patrones de práctica y pronóstico de los pacientes con IAM complicado con IC en España. Se trata de un registro prospectivo, multicéntrico y observacional de pacientes hospitalizados por IAM entre enero de 2006 y mayo de 2008. Los datos se obtuvieron en el momento del ingreso, así como durante la hospitalización y al alta. Se invitó a participar a todos los centros públicos que disponen de unidades de cardiología. Finalmente participaron 113 centros pertenecientes a 15 de las

17 comunidades autónomas de España. El 83,7% tenía acreditación docente del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Los pacientes debían tener al menos 18 años y estar vivos en el momento de llegar al hospital. Se incluyó a los primeros 10 pacientes consecutivos ingresados por IAM de cada mes durante al menos 1 mes hasta la duración del registro, de acuerdo con los criterios diagnósticos para IAM reciente o en evolución de la Sociedad Europea de Cardiología/American College of Cardiology publicados en el año 2000¹⁰. Estos criterios se resumen en el ascenso y descenso típico de las troponinas cardiacas o la fracción MB de la creatininas, con al menos uno de los siguientes: síntomas isquémicos, aparición de ondas Q en el electrocardiograma o cambios electrocardiográficos indicativos de isquemia. Cuando fue necesario, los investigadores recibieron la aprobación de los comités éticos regionales o del hospital para la realización de este estudio. Se recogió la información en cuadernos estandarizados sobre edad, sexo, características del IAM, FEVI, comorbilidades, manejo hospitalario y complicaciones clínicamente significativas. Después del alta se programó una visita de seguimiento. Asumiendo que la incidencia de IC en el IAM es del 20%¹¹, se estimó que el tamaño de la muestra recogida debería ser superior a 1.388 pacientes, considerando un nivel de seguridad del 99%, una precisión del 3% y una proporción esperada de pérdidas de datos de un 15%.

De la población del registro, se seleccionó a los pacientes considerados candidatos óptimos para recibir AA (pacientes con FEVI \leq 40% documentada, síntomas de IC en algún momento durante la hospitalización inicial o diabetes mellitus y que habían sobrevivido más de 48 h, sin contraindicaciones). Se consideró contraindicación para el tratamiento con AA la presencia de cifras de creatinina $>$ 2,5 mg/dl o de potasio $>$ 5 mEq/l durante la hospitalización¹. Los pacientes considerados candidatos para ser tratados con AA fueron clasificados en dos grupos: a) pacientes tratados con AA, y b) pacientes no tratados con AA.

Análisis de datos

En objetivo primario del estudio es analizar los factores relacionados con el empleo de AA en pacientes con IAM e indicación para recibirlos. En los candidatos óptimos para recibir tratamiento con AA, se compararon las diferencias existentes entre los pacientes que recibieron AA y los que no fueron tratados con eplerenona o espironolactona respecto a características demográficas, historia médica, características clínicas y tratamiento. Se empleó la prueba de Kruskal-Wallis de dos ramas para la comparación de variables continuas y la prueba de la χ^2 o la de Fisher cuando era apropiada para las variables categóricas. Se identificaron los predictores independientes de la prescripción de AA mediante regresión logística paso a paso. Las variables incluidas en el modelo multivariable fueron edad, sexo, antecedentes de insuficiencia renal, tipo de IAM (con o sin elevación del segmento ST), IC, diabetes mellitus, FEVI, concentraciones de potasio y creatinina plasmática, realización de coronariografía y tipo de centro, además de las variables clínicas con una significación $p \leq 0,1$ en el análisis univariable. Se excluyeron del modelo otras variables analíticas. La bondad de ajuste del modelo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3014563>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3014563>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)