Pronóstico de una población inicialmente candidata a trasplante cardíaco controlada con tratamiento médico

Juan Fernández-Yáñez^a, Jesús Palomo^a, Esteban G. Torrecilla^a, David Pascual^a, Gregorio Garrido^b, José J. Gómez de Diego^a, Marta Domínguez^a y Jesús Almendral^a

^aServicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

^bOrganización Nacional de Trasplantes. Madrid. España.

Introducción y objetivos. Un porcentaje importante de los pacientes evaluados como posibles candidatos a trasplante cardíaco logra, con tratamiento médico, una estabilización que permite posponer indefinidamente su entrada en lista. El objetivo de este estudio es determinar el pronóstico de estos pacientes.

Pacientes y método. Estudio retrospectivo de 118 pacientes con disfunción sistólica severa de ventrículo izquierdo (fracción de eyección $\leq 35\%$), consecutivamente enviados para valoración de trasplante cardíaco, no trasplantados por estabilización clínica con tratamiento médico. El seguimiento medio fue de $2,14 \pm 2,19$ años. Se elaboraron las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier, se realizó un análisis univariable y se ajustó un modelo de riesgos proporcionales de Cox para analizar los factores predictivos de supervivencia.

Resultados. Murieron 18 pacientes (15,2%), 12 (66,7%) por muerte súbita, 5 (27,8%) por insuficiencia cardíaca y 1 (5,5%) por causa no cardíaca. La probabilidad de supervivencia el primer año fue de 0,88, y la de los 2 siguientes de 0,82. En el análisis univariable, las variables asociadas con la mortalidad ($p \leq 0,05$) fueron el valor de las presiones arterial pulmonar y capilar pulmonar, el tratamiento diurético y la ausencia de tratamiento con bloqueadores beta; esta última fue la única variable que mantuvo la significación en el análisis multivariable ($p = 0,003$; riesgo relativo, 0,13; intervalo de confianza del 95%, 0,03-0,50).

Conclusiones. En una población de pacientes con disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo, candidatos a trasplante cardíaco pero estabilizados con tratamiento médico, la mortalidad el primer año de seguimiento fue del 12%. El tratamiento con bloqueadores beta fue la única variable asociada con una mayor supervivencia.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca. Trasplante. Bloqueadores beta. Pronóstico.

Prognosis of Heart Transplant Candidates Stabilized on Medical Therapy

Introduction and objectives. A significant percentage of patients selected as candidates for heart transplantation can be stabilized by medical treatment, thereby enabling indefinite postponement of inclusion on the operation list. The aim of this study was to investigate the prognosis of these patients.

Patients and method. We studied retrospectively 118 patients with severe left ventricular systolic dysfunction (ejection fraction $\leq 35\%$) who were consecutively evaluated for cardiac transplantation but who did not undergo transplantation because they became clinically stable on medical treatment. The mean follow-up period was 2.14 (2.19) years. Kaplan-Meier survival analysis, and univariate and multivariate Cox proportional risk analyses of factors predicting survival were performed.

Results. There were 18 deaths (15.2%): 12 were sudden (66.7%), 5 were due to heart failure (27.8%), and 1, to a non-cardiac cause (5.5%). The survival rate was 88% in the first year and 82% in the following 2 years. Univariate analysis showed that the parameters associated with mortality ($P \leq 0.05$) were pulmonary artery and capillary wedge pressures, diuretic treatment, and the absence of beta-blocker therapy. In the multivariate analysis, only the absence of beta-blocker therapy remained statistically significant ($P = 0.003$; RR = 0.13; 95%CI, 0.03-0.50).

Conclusions. In a population of patients with severe left ventricular systolic dysfunction who were candidates for heart transplantation but who were stabilized by medical therapy, mortality during the first year of follow-up was 12%. Beta-blocker therapy was the only variable associated with better survival.

Key words: Heart failure. Transplantation. Beta-blockers. Prognosis.

Full English text available at: www.revespcardiol.org

Correspondencia: Dr. J. Fernández-Yáñez.
Nicasio Gallego, 19, 6.º D. 28010 Madrid. España.
Correo electrónico: jfernandezy.hugum@salud.madrid.org

Recibido el 24 de septiembre del 2004.

Aceptado para su publicación el 10 de junio del 2005.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el manejo de la insuficiencia cardíaca se ha visto ampliado con la introducción de nuevas pautas de tratamiento farmacológico que han

ABREVIATURAS

DAI: desfibrilador automático implantable.
IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.
TC: trasplante cardíaco.

demostrado mejorar la situación clínica de los enfermos y prolongar su supervivencia¹⁻¹⁰. La gran mayoría de los pacientes remitidos para valoración a las unidades de trasplante cardíaco (TC) tiene como característica común la presencia de una insuficiencia cardíaca en el seno de una severa disfunción ventricular izquierda. Un porcentaje importante de ellos logra alcanzar, con un tratamiento adecuado, una mejoría en su clase funcional que permite postergar su inclusión en lista de espera, si bien mantienen un elevado riesgo, especialmente de muerte súbita^{11,12}. En los pacientes con disfunción ventricular izquierda en mejor clase funcional, grados I y II de la New York Heart Association, la muerte súbita es causante de más del 50% de los fallecimientos^{13,14}, y el mecanismo inicial más comúnmente involucrado es una taquiarritmia ventricular¹⁵. La implantación de desfibriladores automáticos implantables (DAI) ha demostrado reducir la ocurrencia de muerte súbita y mejorar la supervivencia en determinados grupos de pacientes con disfunción ventricular severa¹⁶⁻²⁰.

El objetivo de nuestro estudio es describir a una población de pacientes remitidos para valoración de TC y finalmente no trasplantados gracias a la estabilización de sus síntomas, con especial énfasis en la determinación de su pronóstico, los posibles factores asociados a éste y, en su caso, las causas de fallecimiento.

PACIENTES Y MÉTODO

Selección de pacientes

Se estudió retrospectivamente a una población de pacientes afectados de disfunción sistólica ventricular izquierda severa (fracción de eyección $\leq 35\%$) enviados de manera consecutiva para valoración a la unidad de TC de nuestro hospital desde enero de 1992 hasta julio de 2003, y finalmente no incluidos en lista de espera para ser trasplantados debido a su buena situación clínica tras la optimización del tratamiento. La evaluación inicial iba dirigida a establecer la indicación de TC, para lo cual se contemplaron las prácticas clínicas disponibles²¹⁻²³ y se descartó la posible presencia de un tratamiento alternativo definitivo, así como la de contraindicaciones para la inclusión en lista de espera de TC. Se procedía, asimismo, a ajustar en lo posible el tratamiento médico, ajuste que podía ser perfecciona-

do en sucesivas revisiones si estaba indicado. Los datos analíticos, hemodinámicos, los derivados de la realización de ergometría con o sin medición de intercambio gaseoso y los referentes al tratamiento se recogieron una vez estabilizado el paciente; en cualquier caso se consignaron aquellos obtenidos lo más proximalmente posible a la última fecha del seguimiento.

No entraban en seguimiento, y por tanto fueron excluidos del estudio, los pacientes que en la evaluación inicial presentaban una contraindicación establecida para ser trasplantados. Asimismo, se excluyó a los pacientes que murieron durante el estudio inicial o mientras estaban en lista de espera activa de trasplante.

Durante el período de estudio se remitió a 444 pacientes para evaluación, de los cuales 240 fueron trasplantados. De los 204 restantes se excluyó a 86 (42,2%), 16 de ellos (7,8%) al no confirmarse disfunción sistólica ventricular izquierda, 61 (29,9%) por haberse objetivado contraindicaciones al trasplante en la evaluación inicial y 9 (4,4%) por haber muerto durante la evaluación o mientras estaban en lista de espera para TC. Los 118 pacientes restantes fueron objeto de seguimiento periódico, considerando su buena situación clínica, y constituyen el grupo de estudio.

Se entendía que un paciente finalizaba el seguimiento si era dado de alta por mejoría mantenida de la función ventricular (fracción de eyección de ventrículo izquierdo $> 35\%$) o de la clase funcional, recibía un procedimiento terapéutico alternativo definitivo, o si tras un período de seguimiento se establecía una contraindicación formal para el trasplante. En la figura 1 se esquematiza el algoritmo de inclusión y seguimiento de los enfermos.

En su caso se investigó la causa de muerte, considerando como muerte súbita la que ocurrió de manera inmediata e inesperada dentro o fuera del hospital, en ausencia de síntomas en las 24 h previas que indicaran isquemia miocárdica o insuficiencia cardíaca, incluida la ocurrida durante el sueño^{14,24}. Para ello se investigaron los registros de la historia clínica. En caso de que la causa del fallecimiento no constara en ésta, se intentó la comunicación telefónica con su familia o con los médicos que hubieran atendido al paciente en última instancia.

Análisis estadístico

Las variables categóricas y continuas se presentan como porcentajes o medias $\pm$ desviación estándar. Se emplearon la prueba de la χ^2 o, en su caso, la prueba exacta de Fisher y el test de la t de Student para comparar porcentajes y medias de variables cualitativas, respectivamente, entre los sujetos con y sin acontecimientos durante el seguimiento. Se elaboraron tablas y curvas de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier. Se realizó la prueba de Mantel-Haenszel (test de rangos logarítmicos) para comparar las curvas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9181304>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9181304>

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