



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

1980 - INFLUENCIA DE LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO EN LA MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO REDUCIDA. DATOS DEL REGISTRO CANARIO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA (RECANIC)

José María García Vallejo¹, Elvira Sáez Martínez¹, Iván Gabriel Marrero Medina¹, Alina Pérez Ramírez², Melitón Francisco Dávila Ramos³, Juan Carlos Pérez Marín⁴, Antonio García Quintana¹ y Alicia Conde Martel¹

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ²Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. ³Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ⁴Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Analizar la adecuación del tratamiento médico en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida y su influencia en el pronóstico a largo plazo.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo en el que se incluyeron de forma consecutiva los pacientes que ingresaron por IC en los Servicios de Medicina Interna (MI) y Cardiología (CAR) de los grandes hospitales canarios desde enero de 2017 a febrero de 2018. Se realizó seguimiento durante un período de doce meses tras el alta. Se recogieron datos demográficos, clínicos, funcionales, analíticos, comorbilidades y estado vital en el momento del alta, así como reingresos y mortalidad al año de seguimiento. Se seleccionaron aquellos individuos que presentaban FEVI reducida (inferior al 40%). Las variables cualitativas se analizaron mediante ji al cuadrado y las cuantitativas mediante t-Student.

Resultados: Se incluyeron 2.198 pacientes con IC. De estos, 540 (24,6%) presentaban FEVI reducida, predominando el sexo masculino (78,1%) con una mediana de edad de 69 [32-95] años. El 77,2% (417) procedían de servicios de CAR. Al alta hospitalaria, el 89,1% recibían tratamiento con betabloqueantes, el 75,4% con IECA/ARA-II o sacubitrilo-valsartán y el 68,1% con antialdosterónicos. Se pudo completar el seguimiento al año en 516 pacientes. La tasa de mortalidad a los 12 meses fue de 19,96% (103 pacientes). Se relacionó la mortalidad con mayor edad ($74,3 \pm 9,99$ vs. $66,6 \pm 13,1$ años; $p = 0,001$), comorbilidades como diabetes ($p = 0,001$), dislipemia ($p = 0,017$), enfermedad coronaria ($p = 0,001$), arteriopatía periférica ($p = 0,001$), valvulopatía ($p = 0,001$) y enfermedad cerebrovascular ($p = 0,004$), peor situación funcional medido por índice de Barthel ($p = 0,009$), menor PAD al ingreso ($p = 0,030$), cifras más bajas de hemoglobina ($p = 0,001$) y sodio ($p = 0,012$) y más altas de creatinina ($p = 0,031$) y urea ($p = 0,001$). Al año, la prescripción aumentó en todos los grupos farmacológicos (90,8% de betabloqueantes, 77,5% de IECA/ARA-II o sacubitrilo-valsartán y 72,2% de antialdosterónicos). Se asoció la mortalidad con menor uso al año de seguimiento de IECA (36,9 vs. 48,4%; $p = 0,036$), betabloqueantes (81,6 vs. 90,8%; $p = 0,007$) y antialdosterónicos (55,3 vs. 72,2%; $p = 0,001$). No encontramos diferencias en relación al uso de ARA-II y ARNI. La mortalidad al año fue superior en los servicios de MI (36,2 vs. 15,25%; $p = 0,001$). En el momento del alta hospitalaria, se describe menor prescripción de IECA (35,8 vs. 48,9%; $p = 0,01$), betabloqueantes (82,9 vs. 90,9%; $p = 0,013$) y antialdosterónicos (48 vs. 74,1%; $p = 0,001$) en MI, destacando únicamente mayor uso de ARA-II (23,6 vs.

13,2%; $p = 0,005$). Tras análisis multivariante, el ingreso en MI no se relaciona con mayor mortalidad al año de seguimiento.

Discusión: Existe evidencia sólida en IC con FEVI reducida con fármacos capaces de modificar el pronóstico de la enfermedad. En nuestro registro la prescripción de estos medicamentos, tanto al alta como al año de seguimiento, es superior a la descrita en otros registros, lo que puede influir en una tasa de mortalidad al año discretamente inferior a otros estudios. La no asociación del uso de ARA-II y ARNI con la mortalidad puede deberse a su baja prescripción presente en nuestra muestra. Aunque se aprecia una menor prescripción del tratamiento modificador de la enfermedad en MI, esto posiblemente se deba al perfil del paciente que ingreso en estos servicios, de mayor edad y número de comorbilidades.

Conclusiones: En nuestro registro, la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes con IC con FEVI reducida es superior a la descrita en la literatura. Se corrobora la mayor mortalidad a largo plazo en relación a una menor prescripción de IECA, betabloqueantes y antialdosterónicos. Existe margen de mejora en la optimización del tratamiento médico, especialmente en servicios de Medicina Interna.

Bibliografía

1. Sicras-Mainar A, Sicras-Navarro A, Palacios B, Varela L, Delgado JF. Epidemiology and treatment of heart failure in Spain: the HF-PATHWAYS study. Rev Esp Cardiol (engl ed). 2022;75(1):31-8.