



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

IC-21. - USO DE LA DIGOXINA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA: IMPLICACIONES CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS

M. Fernández Díaz¹, M. Cano Guzmán¹, J. Jiménez Gallardo¹, E. Ramiro Ortega¹, P. Salamanca Bautista², J. García Rubira³, J. Arias Jiménez¹, O. Aramburu Bodas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Cuidados Críticos y Urgencias, ³Servicio de Cardiología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

Objetivos: La digoxina (DIG) sigue siendo recomendada en las guías de práctica clínica para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) como fármaco de segunda línea, pero hay muchas publicaciones con resultados controvertidos sobre su eficacia y sus implicaciones pronósticas. Los objetivos de este estudio han sido: 1. Analizar y comparar las características clínicas de una cohorte de pacientes ingresados por IC en Medicina Interna (MI) en relación al tratamiento con DIG. 2. Estudiar las implicaciones pronósticas de su uso.

Métodos: Analizamos los datos de una cohorte de 240 pacientes consecutivos ingresados en MI por IC descompensada. Se dividió la cohorte en 2 grupos: grupo que recibió tratamiento con DIG (SíDIG), y grupo sin DIG (NoDIG). Se comparó entre ambos grupos edad, sexo, antecedentes (AP) y variables clínicas: HTA, DM, fibrilación auricular (FA), IC y NYHA previos, cardiopatía isquémica, enfermedad vascular, EPOC, etiología de la IC, función renal, anemia, frecuencia cardíaca, troponina T, NT-ProBNP, iones, FEVI, diámetro de la aurícula izquierda (dAI); y tratamientos concomitantes. Se analizó la influencia del tratamiento con DIG sobre reingresos y mortalidad durante un año de seguimiento. Para el análisis se utilizó SPSS v18.0.

Resultados: 240 pacientes con edad media 74,6 años, 57% mujeres, 75% con HTA, 52% con DM. Del grupo total, 99 (41,3%) recibieron tratamiento con DIG. Comparando el grupo SíDIG vs NoDIG, hubo diferencias significativas entre los grupos en: sexo (mujeres: 65% vs 51%; $p = 0,042$), AP de FA o flutter (81% vs 21%; $p = 0,0001$), enfermedad cerebrovascular (18% vs 8,5%; $p = 0,026$), NYHA III-IV (40% vs 25%; $p = 0,01$), etiología valvular de la IC, BRI, FEVI (53,7 vs 48,8; $p = 0,014$) y dAI (49,8 vs 45,3; $p = 0,002$). Respecto al tratamiento concomitante, hubo diferencias en: betabloqueantes (36% vs 55%; $p = 0,004$), anticoagulantes (80% vs 30%; $p = 0,0001$) y antiagregantes (29% vs 57%; $p = 0,0001$). No hubo diferencias en la edad (75,0 vs 74,2 años) ni en las demás variables analizadas. Hubo una tendencia a más reingresos en el grupo SíDIG (35% vs 28%) y a menos mortalidad (21% vs 24%), pero sin diferencias significativas.

Discusión: Se prescribió DIG en mayor proporción a mujeres, y a pacientes con mayor riesgo vascular (HTA y DM). Como era previsible se utilizó más en patología valvular, FA o flutter, y mayor dAI, que se relaciona con la FA y con la patología valvular. También, al ser un tratamiento añadido al estándar de la IC, se prescribió más en NYHA III-IV. Los pacientes del grupo SíDIG recibían más anticoagulantes orales (más FA en este grupo) y los NoDIG más antiagregantes. El resto de variables del análisis univariante con diferencias significativas podrían explicarse por la mayor prevalencia de FA/Flutter en pacientes SíDIG, ya que DIG se

emplea para control de frecuencia, y tienen también mayor predisposición de enfermedad cerebrovascular embolígena. En contraste con el estudio RADIANCE en nuestro análisis el grupo de SíDIG tiene mayor NYHA, pero también mayor FEVI; pero la NYHA no va paralela a la FEVI pues depende de otros factores. Por su parte en el grupo NoDIG encontramos más cardiopatía isquémica, lo cual puede explicar una menor FEVI (que puede no ser tan frecuente en patologías valvulares). En nuestro caso no hubo diferencias en reingresos y mortalidad, posiblemente por el tamaño muestral; otros estudios (DIG, AFFIRM, etc.) muestran resultados sobre morbilidad contradictorios, quedando esta cuestión por aclarar.

Conclusiones: 1. En nuestra cohorte se prescribió más DIG a pacientes con IC con FE preservada, patología valvular y FA/Flutter. 2. Al ser un fármaco de segunda línea, se prescribe más en clases funcionales avanzadas. 3.- En el grupo SíDIG hubo ligeramente más reingresos y menor mortalidad, pero sin diferencias significativas.