



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

IC-21. - ¿INFLUYE LA COMORBILIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA?

F. Ruiz Laiglesia, V. Garcés Horna, M. Sánchez Marteles, G. Verdejo Muñoz, J. Rubio Gracia, M. Aibar Arregui, B. Amores Arriaga, P. Sampériz Legarre

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Las guías de práctica clínica recomiendan el uso de betabloqueantes (BB), inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs) o antagonistas de los receptores de la angiotensina (ARAI), y antialdosterónicos (AA), en la insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección reducida, salvo contraindicaciones. En la IC con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada (FEVIP ? 50%), no existe evidencia; salvo el control de los factores precipitantes: fibrilación auricular (FA) e hipertensión arterial (HTA). **Objetivos:** 1) Conocer si el tratamiento prescrito a los pacientes con IC se adapta a las recomendaciones de práctica clínica y 2) Si la comorbilidad que acompaña influye en las decisiones terapéuticas.

Métodos: Se revisaron pacientes dados de alta del Servicio de Medicina Interna, con el diagnóstico de IC y en seguimiento en consulta específica al mes del alta hospitalaria. Se recogieron datos relativos a la comorbilidad: obesidad (IMC > 30), cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), HTA, diabetes mellitus, FA, insuficiencia renal crónica y anemia; así como la edad, la FEVI y el filtrado glomerular (FG) calculado por la fórmula MDRD. Se estudió la relación de estos parámetros con cinco grupos de fármacos: diuréticos de asa, tiazidas, AA, IECAs o ARAII y BB.

Resultados: La muestra estuvo constituida por 177 pacientes. La edad media fue de 80 años. Un 33,9% eran obesos, el 24,3% sufrían cardiopatía isquémica y el 28,8% padecían una EPOC. Un 72,3% eran hipertensos, 63,8% padecían diabetes mellitus, el 31,6% fibrilación auricular, 35,6% insuficiencia renal crónica y 34,5% anemia. El 57,1% de los pacientes tenían FEVI ? 50%. El FG calculado fue inferior a 30 ml/min/1,7 m² en el 9% de los casos. Un 87,6% estaban en tratamiento con diuréticos de asa, 11,9% tiazidas, AA 31,1%, IECAs o ARAII 79,1% y 63,3% BB. Los pacientes con FEVIP presentaban, de forma estadísticamente significativa, mayor frecuencia de obesidad (p = 0,005) y de HTA (p = 0,033), y menor frecuencia de cardiopatía isquémica (p = 0,001). El análisis estadístico no mostró diferencias significativas en los tratamientos prescritos en relación con la edad ni con las comorbilidades asociadas, a excepción de los AA que se prescribían en menor medida con FG inferiores a 30 ml/min/1,7 m² (p = 0,017) y en pacientes con FEVIP (p = 0,047).

Discusión: En nuestra muestra, el peso de las comorbilidades HTA y diabetes mellitus, las más frecuentes, fue similar al del registro RICA. Sin embargo, fueron menos los enfermos con fibrilación auricular (RICA: 51% vs 31,6%). En grandes series, diabetes mellitus e insuficiencia renal se asocian a la FEVI reducida, como reflejo de un mayor grado de arteriosclerosis e isquemia coronaria. En nuestro trabajo, la cardiopatía

isquémica se comporta de igual modo. Los porcentajes de prescripción de cada uno de los tratamientos se corresponden con los del registro RICA y otras grandes series, destacando que un 63,3% de nuestros enfermos están betabloqueados. Las comorbilidades asociadas a la IC no han influido en la prescripción, salvo una asociación negativa en caso de los AA y la existencia de insuficiencia renal severa o FEVI preservada.

Conclusiones: En los pacientes controlados en nuestra consulta de IC, al mes del alta, la existencia de obesidad, isquemia coronaria, EPOC, diabetes mellitus, HTA, fibrilación auricular o insuficiencia renal, no ha modificado las pautas de tratamiento con diuréticos de asa, tiazidas, IECAs/ARAI o betabloqueantes y AA, salvo en el caso de estos últimos que se restringen en pacientes con insuficiencia renal grave o FEVIP.