



16. INFLUENCIA DEL PRETRATAMIENTO EN LA FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

María del Carmen Duran Torralba¹, Gustavo Cortez Quiroga¹, Antonio Grande Trillo², Diego Rangel Sousa², Irene Esteve Ruiz² y Carmen Rus Mansilla¹

¹Hospital Alto Guadalquivir, Andújar Jaén, España y ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Es conocido el impacto pronóstico que tiene un ingreso por insuficiencia cardiaca (IC), así como el coste sociosanitario que conlleva. Por tanto, evitar que el debut del paciente con IC sea mediante un ingreso hospitalario tiene implicaciones clínicas y desde el punto de vista socioeconómico.

Métodos: Estudio multicéntrico descriptivo que incluyó 307 pacientes donde se recogió el pretratamiento que recibían para la IC y se compararon dependiendo del tipo de debut de la IC en grupo A: donde debutaron con ingreso hospitalario y grupo B: debut ambulatorio. Se compraron las características basales y la función ventricular en el debut de la IC, así como el tratamiento previo que recibían.

Resultados: Los pacientes que debutaron con ingreso hospitalario diferían del debut ambulatorio en que eran más jóvenes y con más prevalencia de DM. LA FEVI y los diámetros ventriculares fueron similares excepto en la presencia de disfunción de VD que fue mayor en los pacientes ingresados. La presencia de disfunción renal y el NT proBNP fue mayor en el grupo de ingreso. Todos los datos aparecen resumidos en tabla. Al analizar el pretratamiento que recibían estos pacientes, no se encontraron diferencias en el porcentaje de pacientes que recibían IECA, ni diuréticos. Los pacientes del grupo A recibían menos BB y menos ARM, de manera estadísticamente significativa. La tasa de ISGLt2 fue baja para ambos grupos, y aunque no se encontraron diferencias significativas, el porcentaje fue mucho menor en el paciente ingresado. Hasta un 47,7% del grupo A no recibían ningún tratamiento para la IC, frente al 35% del grupo B (p 0,05). Recibían al menos un grupo farmacológico el 27% en el grupo A y 34% en el grupo B (p 0,05) y dos o más fármacos 24% en el grupo A y el 35% en el grupo B (p 0,05), siendo la combinación más frecuente en ambos grupos la de IECA+BB, seguida de IECA +BB+ARM.

Características basales de los grupos y pretratamiento recibido para la IC

	Grupo A: debut ingreso (n = 174)	Grupo B: debut ambulatorio (n = 133)	p
Edad (años)	64 ± 12	68 ± 13	p 0,05

Género (varón)	28%	27%	ns
HTA	50%	48%	ns
DM	40%	25%	p 0,05
EPOC	19%	18%	ns
FA	35%	37%	ns
BCRI	22%	41%	p 0,05
Disfuncion VD	35%	20%	p 0,05
FEVI	30 ± 6	31 ± 6	ns
FG	69 ± 23	76 ± 22	p 0,05
NT-PROBNP	4053 ± 5067	2270 ± 3029	p 0,05
PRETTO IECA	45%	51%	p = 0,164
PRETTO BB	29%	48%	p = 0,001
PRETTO ISGLT2	4%	9%	p = 0,06
PRETTO ARM	6%	18%	p = 0,001
PRETTO diurético	21%	21%	p = 0,509

HTA: hipertensión; DM: diabetes mellitus; DLP: dislipemia; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FA: fibrilación auricular; BCRI: bloqueo completo de rama izquierda; VD: ventrículo derecho; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; PRETTO IECA: recibían antes del debut IECA/ARA II; PRETTO Bb: recibían bloqueadores beta antes del debut de la IC; PRETTO ISGLT2: recibían tratamiento con inhibidores del cotransportador Na-glucosa tipo 2 antes del debut de la IC; PRETTO ARM: recibían tratamiento con antialdosterónico antes del debut de la IC.

Conclusiones: El paciente cuyo debut de la IC es mediante un ingreso hospitalario, tiene mayor prevalencia de diabetes y recibe en menor porcentaje tratamiento que permita un control adecuado de los FRCV. El tratamiento óptimo de los factores de riesgo cardiovascular, especialmente la hipertensión y la diabetes se traduce en un debut menos agresivo de la IC.