



6. APLICABILIDAD PARA PREDECIR MORTALIDAD DE LA ESCALA DESARROLLADA POR EL *HEART FAILURE COLLABORATORY* EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA INCLUIDOS EN UN SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO DE TELEMEDICINA PARA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO

Miren Vicente Elcano¹, María del Pilar Ruiz Rodríguez¹, Sonia Ruiz Bustillo¹, Anna Linas Alonso¹, Ronald Octavio Morales Murillo¹, Sandra Valdivielso Moré¹, Joan Vime Jubany¹, Miguel Cainzos Achirica², Nuria Farré López¹ y Laia Carla Belarte-Tornero¹

¹Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Servicio de Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España y ²GREC. Servicio de Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Una correcta optimización del tratamiento médico en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y fracción de eyección reducida (FEVr) se ha asociado a la disminución de la mortalidad. La aplicación de escalas de adecuación al tratamiento médico óptimo (TMO), como la desarrollada por el *Heart Failure Collaborator* (HFC), pueden ayudar a valorar de forma conjunta el impacto del tratamiento de varios fármacos y dosis. Objetivo: valorar la aplicabilidad para predecir mortalidad de la escala HFC en una cohorte de pacientes incluidos en un seguimiento estructurado de telemedicina (TM).

Métodos: Desde enero/2017 hasta diciembre/2022 se incluyeron de forma consecutiva los pacientes con IC FEVr que iniciaron seguimiento mediante TM para optimización de tratamiento. Se evaluó la relación entre el valor alcanzado en la escala HFC (figura A); rango de valores 0-10) al final del seguimiento con TM, con la mortalidad total posterior. Se analizaron de forma uni y multivariada predictores de mortalidad total. Mediante curva ROC se evaluó el mejor punto de corte en la escala para predecir mortalidad total.

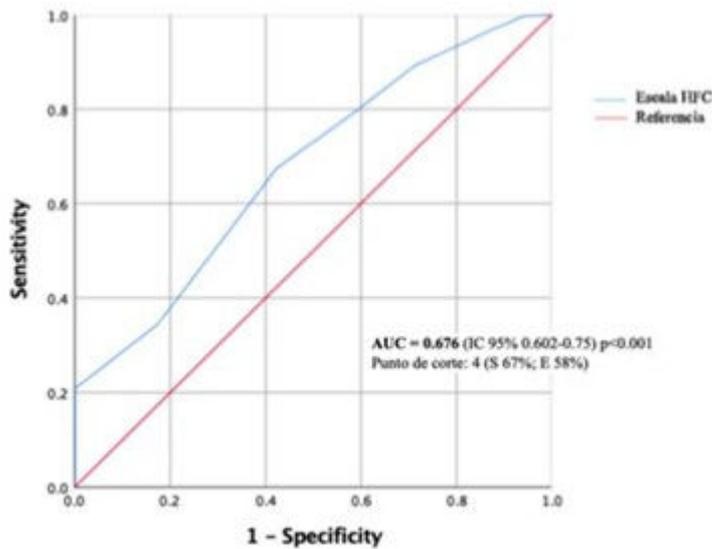
Resultados: Se incluyeron 495 pacientes con una edad media de $69,3 \pm 14$ años, 28,7% mujeres. El tiempo mediano de seguimiento por TM fue de 5 (4-6) meses. El valor mediano en la escala HFC al final del seguimiento fue 5 (4-7), 22% de los pacientes presentaban un HFC 4. Al final del seguimiento, el tratamiento fue BBloq 92%, IECA/ARA2 38%, INRA 50%, ARM 46%, iSGLT2 30% e ivabradina 13%. La mortalidad CV fue del 6,5% y el 15,8% presentaron al menos 1 ingreso por IC. La mortalidad total fue del 21,4% (106 pacientes). Los predictores clínicos de mortalidad fueron la FEVI, el NT-proBNP, y la clase funcional al final del seguimiento con telemedicina. Una mayor puntuación en la escala HFC se asoció de forma significativa e independiente con una menor mortalidad total (HR 0,78 (IC95%: 0,64-0,96); p 0,001). Una puntuación 4 en la escala HFC fue el mejor punto de corte para predecir mortalidad total (AUC = 0,676 (IC95%: 0,6-0,8) p 0,001) (figuras B y C).

(A) Escala del Heart Failure Collaboratory HFC (D-10) *

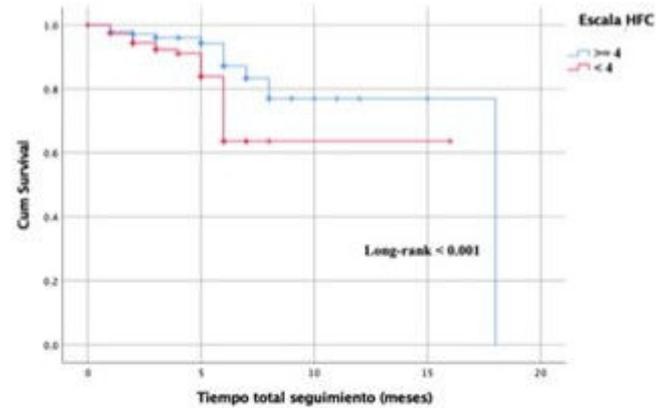
TIPO DE TRATAMIENTO	DOSIS	PUNTOS
Beta-bloqueantes	No	0
	< 50% máxima dosis	1
	≥ 50% máxima dosis	2
IECAs / ARAII / ARNI	No	0
	< 50%	1
	≥ 50%	2
	Sacubitrilo/Valsartan a cualquier dosis	3
Antagonistas del receptor mineralocorticoide	No	0
	Si	2
SGLT2	No	0
	Si	2
Ivabradina	No	0
	Si	1

IECA: Inhibidor enzima convertidora de la angiotensina. ARAII: Antagonistas del receptor de la angiotensina 2. SGLT2: Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2.
* J Am Coll Cardiol 2022;79:504-510

(B) Curva ROC Escala HFC y mortalidad total



(C) Curva de supervivencia de Kaplan Meier según Escala HFC



Escala HFC	0	5	10	15	20
Escala HFC ≥ 4	386	261	4	1	-
Escala HFC < 4	109	62	1	-	-

Conclusiones: Una menor puntuación en la escala HFC se relaciona con un mayor riesgo de mortalidad total en pacientes que han completado un seguimiento estructurado mediante telemedicina. Una puntuación HFC 4 parece el mejor punto de corte para predecir mortalidad en esta población.