



6. INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DE COMORBILIDADES EN LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

María Ferré Vallverdú, Bàrbara Carbonell Prat, Carmen Ligeró Ferrer, Anna Seró Ariza, Elvis Junior Amao Riuz, Amine El Amrani Rami, Carme Jiménez Pons, Ester Martín Herrero, Oscar Palazón Molina, Hernan Tajés Pascual, Pilar Valdovinos Perdices y Josep M^a Alegret Colomé

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Reus (Tarragona), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La presencia de comorbilidades es muy frecuente en la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) reducida (IC-FEVIr) y se asocia a un peor pronóstico. Hay escasa evidencia de cómo influye la presencia de comorbilidades en la optimización del tratamiento que ha demostrado beneficio pronóstico en estos pacientes. **Objetivo:** evaluar la influencia de la presencia de las comorbilidades evaluada mediante el índice de comorbilidad de Charlson (ICC) en el tratamiento y la dosificación de los inhibidores del eje renina-angiotensina (iSRA), bloqueadores beta (BB), antagonistas del receptor mineralcorticoide (ARM) e inhibidores del receptor SGLT2 (iSGLT2) en una serie reciente de pacientes con IC-FEVIr incluidos en una unidad de insuficiencia cardiaca (UIC).

Métodos: Se analizaron los pacientes con IC-FEVIr incluidos en nuestra UIC entre enero 2020 y febrero 2023 que tenían al menos 90 días de seguimiento clínico y ecocardiográfico. En cada visita se recogían características clínicas, analíticas, ecocardiográficas así como el tratamiento y sus dosis. La dosis óptima (DO) de iSRA y BB se definió como aquella $\geq$ 50% de la dosis objetivo. Las comorbilidades se cuantificaron mediante el ICC y se dividió la población según un ICC $\geq$ 5.

Resultados: Se inscribió a 117 pacientes (edad media 68 años, 77% varones, 409 días de media de seguimiento). La media del ICC fue $5,7 \pm 2,3$. Las características basales de los pacientes se muestran en la tabla. Los pacientes con ICC $\geq$ 5 tenían más antecedentes de IAM, DM, IRC y peor estadio funcional de la NYHA. No hubo diferencias en la prescripción de BB o iSRA en los 2 grupos. Sin embargo, el grupo de ICC $\geq$ 5 recibían menor proporción de DO de iSRA 53,1 vs 74,1% ($p = 0,02$). No hubo diferencias en la proporción de DO de BB en los 2 grupos. El grupo de ICC $\geq$ 5 recibían menos tratamiento con ARM (68,5 vs 90,3%; $p = 0,003$). No se observaron diferencias en la prescripción de iSGLT2 en los dos grupos.

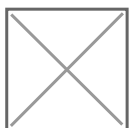
Características basales

Charlson $\geq$ 5 (n = 63)

Charlson $<$ 5 (n = 54) p

Edad	66 ± 11	71 ± 10	0,01
Sexo (masculino)	47 (74,6%)	43 (79,6%)	0,52
IAM previo	15 (23,8%)	24 (44,4%)	0,018
FA	24 (38,7%)	27 (52,9%)	0,13
Diabetes	16 (25,4%)	38 (70,4%)	0,001
IRC	15 (23,8%)	33 (61,1%)	0,001
FEVI inicial	31 ± 7 %	30 ± 7 %	0,27
NYHA III-IV	5 (8,2%)	18 (34%)	0,001
Tratamiento			
BB	58 (93,6%)	53 (98,2%)	0,22
BB dosis óptima	44 (75,9%)	35 (66%)	0,254
IECA/ARAI/ARNI	58 (93,6%)	49 (90%)	0,57
IECA/ARAI/ARNI dosis óptima	43 (74,1%)	26 (53,1%)	0,02
ARM	56 (90,3%)	37 (68,5%)	0,003
iSGLT2	37 (59,7%)	30 (55,6%)	0,65

ARA II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; ARNI: inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina; ARM: antagonistas receptor mineralcorticoide; BB: bloqueadores beta; FA: fibrilación auricular; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; IRC: insuficiencia renal crónica.



Diferencias en el tratamiento según el índice de comorbilidad de Charlson.

Conclusiones: Los pacientes con ICC más elevado alcanzaron menos DO de iSRA y de ARM, que se podría explicar por la mayor proporción de insuficiencia renal en este grupo. La imposibilidad de alcanzar la DO puede ser un factor añadido que contribuya al peor pronóstico de los pacientes con un ICC elevado.