



6012-6. NUEVOS PILARES DE TRATAMIENTO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA. ¿HEMOS MODIFICADO EL TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DE NUESTROS PACIENTES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

Rocío Rodríguez Delgado, Irene Estrada Parra, Carmen Otte Alba, Manuel González Correa y Francisco Javier Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento médico de la insuficiencia cardiaca está en constante desarrollo, con importantes avances en el pronóstico de la enfermedad. Fármacos como inhibidores duales de neprilisina y receptor de angiotensina (ARNI) e inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT2) se han introducido firmemente en la estrategia terapéutica de nuestros pacientes en los últimos años. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las diferencias en el manejo terapéutico y en la morbimortalidad de los pacientes incluidos en nuestra Unidad de Insuficiencia Cardiaca (UIC) en el periodo de tiempo 2016-2018 (16-18) frente a los posteriores (> 18).

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, prospectivo, descriptivo y analítico de una cohorte consecutiva de 300 pacientes incluidos en nuestra UIC desde su inicio (2016) hasta la actualidad, durante un seguimiento medio de $20,32 \pm 13,4$ meses.

Resultados: Se incluyeron un total de 300 pacientes, de los cuales 166 pertenecían al periodo 16-18. 76,3% eran varones, con una edad media de $66,9 \pm 10,8$ años. Las características basales de ambos grupos eran superponibles, observando únicamente diferencias en enolismo (más prevalente en el grupo > 18). No evidenciamos diferencias significativas en parámetros ecocardiográficos ni en valores analíticos de NT-proBNP. Con respecto al tratamiento médico, se identificaron diferencias en el porcentaje de uso de diuréticos (79,2 vs 64,4%, $p = 0,004$) e ivabradina (19,6 vs 10,6%, $p = 0,033$), siendo superiores en el grupo 16-18, así como dosis máximas de ARNI (29,9 vs 20,6%, $p = 0,037$) e infusión periódica de levosimendán (8,9 vs 6,8%, $p = 0,002$). Por el contrario, aquellos del grupo > 18 recibían con más frecuencia ISGLT2 (15 vs 25,8%, $p = 0,02$). En cuanto a diferencias pronósticas, la tasa de muerte (20,2 vs 4,5%, $p = 0,000$) y de reingresos por IC durante el seguimiento (22 vs 13,7%, $p = 0,045$) fue mayor en el primer grupo (16-18).

Características basales, datos analíticos y ecocardiográficos, estrategia terapéutica y eventos pronósticos en nuestra población de pacientes

	Periodo 2016-2018	Periodo > 2018	p
HTA	70,2%	78,8%	$p = 0,188$

DM	48,2%	41,7%	p = 0,258
DLP	62,5%	63,6%	p = 0,840
Enolismo	21,4%	33,3%	p = 0,004
NTproBNP inicial (media)	2.323,6 pg/ml	2.703,3 pg/ml	p = 0,349
NT-proBNP seguimiento (media)	1.543,7 pg/ml	2.009,5 pg/ml	p = 0,196
FEVI inicial (media)	29,5%	31,3%	p = 0,071
FEVI seguimiento (media)	42,4%	44,5%	p = 0,134
ARNI	52,4%	58,3%	p = 0,420
IECA	27,4%	23,5%	p = 0,443
ARAII	13,7%	15,9%	p = 0,890
Bloqueadores beta	92,9%	96,2%	p = 0,218
ARM	83,9%	83,3%	p = 0,890
Ivabradina	19,6%	10,6%	p = 0,033
Diuréticos	79,2%	64,4%	p = 0,004
ISGLT2	15%	25,8%	p = 0,020
Levosimendán	8,9%	6,8%	p = 0,002
Reingresos	22%	13,7%	p = 0,045
<i>Exitus</i>	20,2%	4,5%	p = 0,000

HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; DLP: dislipemia; ARNI: inhibidor dual de la neprilisina y receptor de angiotensina; ARM: antagonista del receptor de mineralocorticoides; ISGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2.

Conclusiones: En nuestra población la estrategia de tratamiento fue similar entre ambos periodos de seguimiento, observando que el uso de ARNI es un pilar bien establecido entre todos nuestros pacientes. Sin embargo, aún se evidencian diferencias en la indicación de ISGLT2 entre ambos grupos. Este último factor sumado al probable manejo más invasivo y precoz de los pacientes, se traduce en un mejor pronóstico en la actualidad.