



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

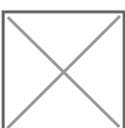
¹Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Servicio de Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España y ²GREC. Servicio de Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Una correcta optimización del tratamiento médico en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y fracción de eyección reducida (FEV_r) 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 FEV_r 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).



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.