Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 630

Revista Española de Cardiología

6122-8. INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA: MÁS ALLÁ DE LOS ENSAYOS UN ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA EN LA VIDA REAL

Álvaro Margalejo Franco[1], Miguel Rodríguez Santamarta[2], Javier Tobar Ruíz[3], Pedro Daniel Perdiguero Martín[4], Inés Toranzo Nieto[5], Clea González Maniega[2], Manuel Carrasco Moraleja[6], Andrea Moreno Arciniegas[7], Luis Eduardo Enríquez Rodríguez[8], Sebastián Isaza Arana[9], Álvaro Roldán Sevilla[10], Lucía Moreno de Redrojo Cortes[11], Sara Martín Paniagua[3] y José Ángel Pérez Rivera[1]

[1]Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial de Burgos, Burgos, España, [2]Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario, León, España, [3]Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, [4]Servicio de Cardiología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España, [5]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España, [6]Departamento de Estadística. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, [7]Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España, [8]Servicio de Cardiología. Hospital Santa Bárbara, Soria, España, [9]Servicio de Cardiología. Hospital Comarcal de Medina del Campo, Medina del Campo (Valladolid), España, [10]Servicio de Cardiología. Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero (Burgos), España y [11]Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es la causa cardiovascular de ingreso más frecuente en nuestro ámbito. Existe poca evidencia proveniente de registros de la vida real en nuestro país. El objetivo de nuestro estudio es identificar los factores pronósticos presentes al ingreso en una cohorte de pacientes ingresados por IC aguda.

Métodos: Realizamos un registro prospectivo multicéntrico en el que incluimos todos los pacientes ingresados por IC aguda en servicios de Cardiología de nuestra comunidad autónoma durante el año 2022. Analizamos variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas durante el ingreso. Realizamos un seguimiento clínico durante 1 año y definimos un evento combinado compuesto por muerte por cualquier causa e ingreso por IC.

Resultados: Se incluyeron 633 pacientes en 10 hospitales siendo el 37,1% mujeres. La edad media fue de 72,8 ± 11,9 años y 282 (44%) fueron diagnosticados de IC con fracción de eyección (FE) reducida y 76 (12%) de IC con FE ligeramente reducida. En cuanto al tratamiento neurohormonal al alta en la muestra global, el 65% recibió inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA), el 75% bloqueadores beta (BB), el 57% antagonistas de la aldosterona (ARM) y el 61% iSLGT2. Se perdió el seguimiento en 67 pacientes (11,1%) y se detectaron 141 eventos (23,4%). Se realizó un análisis de Cox que confirma que el NT-proBNP, la fibrilación auricular, la enfermedad pulmonar, la insuficiencia renal, la IC previa, el hecho de portar un desfibrilador además de una FE más elevada son factores de riesgo independientes en la muestra global (tabla 1). Este modelo presentó un c-estadístico de 0,710. Además en el subgrupo de pacientes con disfunción ventricular el análisis de supervivencia mostró que aquellos pacientes que recibieron mono o biterapia presentaron peor pronóstico (figura).

Predictores independientes del evento combinado compuesto por muerte o ingreso por insuficiencia cardiaca al año

Variable	***Hazard ratio***	**IC95%**	**p**
NT-proBNP al ingreso > 5.400 pg/ml	1,712	1,194-2,454	0,003
Insuficiencia cardiaca previa	1,864	1,266-2,746	0,002
Fracción eyección según Simpson (%)	1,013	1,002-1,023	0,018
Fibrilación/*flutter* auricular previo	1,520	1,053-2,195	0,025
Desfibrilador automático implantable previo	2,882	1,609-5,162	0,001
Insuficiencia renal crónica	1,604	1,127-2,282	0,009
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,607	1,058-2,441	0,026

Análisis de supervivencia en el subgrupo de pacientes con fracción de eyección reducida incluyendo los diferentes esquemas de tratamiento modificador de la enfermedad.

Conclusiones: En nuestro registro poblacional autonómico de la vida real, el pronóstico de los pacientes ingresados por IC aguda está especialmente determinado por la comorbilidad (fibrilación auricular, insuficiencia renal y enfermedad pulmonar), el proBNP y la IC previa (diagnóstico previo y portadores de desfibrilador previo). Además, parece que los pacientes con FE preservada podrían tener peor pronóstico. En cuanto al tratamiento, en el subgrupo de pacientes con FE reducida, aquellos que recibieron menos de 3 fármacos modificadores de la enfermedad presentaron peor pronóstico.