

Impacto pronóstico y determinantes de la recuperación de fracción de eyección en insuficiencia cardíaca

Cuesta Margolles, Laura (1); Vega Hernández, Berta(1); Adeba García, Antonio(1); Gomez Carrillo, Victor(1); Rios Gomez, Enrique(1); Rodriguez Ortuño, Julia(1); Morena Salas, Daniel(1); Tobarra Peña, Ariadna(1); Santamaria Del Tio, Javier(1); Martinez Laga, Alvaro (1)

(1) Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón.

Resumen:

OBJETIVO

La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) resulta crucial para el manejo y pronóstico de la insuficiencia cardíaca (IC). Un adecuado manejo de estos pacientes puede lograr su recuperación.

El objetivo de nuestro trabajo es establecer el perfil de los pacientes con FEVI recuperada y evaluar el impacto pronóstico.

MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de pacientes con fracción de eyección deprimida (FEVI \leq 40 %) en seguimiento en los años 2022 y 2023 en un programa de insuficiencia cardíaca especializada. Se incluyen aquellos pacientes en los que se haya logrado tratamiento médico óptimo y realizado ecocardiograma de control.

Se considera FEVI recuperada aquella $>40\%$ con un incremento absoluto $\geq 10\%$ respecto a FEVI previa.

Se establece como endpoint un combinado de ingreso por IC y/o mortalidad por cualquier causa.

Las variables categóricas se comparan con el estadístico chi-2. Se realiza análisis de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier y regresión multivariante mediante método de Cox.

RESULTADOS

N= 331. Edad media 68.58 (DE 10.55) años, 23.26.3 % mujeres.

Se observó una recuperación de FEVI en el 48.9% de los pacientes.

En el grupo de pacientes con FEVI recuperada se evidencia mayor porcentaje de mujeres (61.0% vs 45.3 %, $p=0.015$) y de etiología no isquémica vs otra etiología (56.8% vs 36.0%, $p<0.01$).

No se encontraron diferencias significativas en recuperación de FEVI en relación con la edad, hipertensión, dislipemia, diabetes, tabaquismo, enfermedad renal crónica ni fibrilación auricular (tabla 1).

En cuanto al tratamiento médico, no se observan diferencias en FEVI entre aquellos que se logran dosis máximas recomendadas vs submáximas (figura 1).

Con un seguimiento mediano de 16.9 (RIQ: 9.44-30.3) meses, un 17.5% de los pacientes presentó un evento clínico combinado. En el análisis multivariante la FEVI recuperada se muestra factor protector de mortalidad o ingreso por insuficiencia cardiaca (HR: 0.48, IC: 0.257-0.901, $p=0.022$), mientras que la edad y la presencia de fibrilación auricular suponen factor de riesgo (figura 2).

CONCLUSIONES

En nuestra población, los pacientes con FEVI recuperada son predominantemente mujeres con IC de etiología no isquémica. En la misma línea que trabajos publicados previamente, se confirma que la FEVI tiene implicación pronóstica ya que su

recuperación conlleva menor número de ingresos por insuficiencia cardíaca y mortalidad.

	FEVI RECUPERADA	FEVI NO RECUPERADA	P VALOR
HTA	47,59	52,41	0,57
DIABETES	45,87	54,17	0,39
DISLIPEMIA	48,67	51,37	0,93
TABAQUISMO	52,24	47,76	0,07
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	15,31	57,69	0,18
FIBRILACIÓN AURICULAR	50	50	0,76
EPOC	46,43	53,57	0,68

Tabla 1. Características basales de los pacientes



Figura 1. Tratamiento médico

FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo. Inh SRA: inhibidores del sistema renina-angiotensina. BB: Betabloqueantes. ISGLT2: Inhibidores del cotransportador sodio glucosa. ARM: Antagonista de receptor mineralocorticoide.

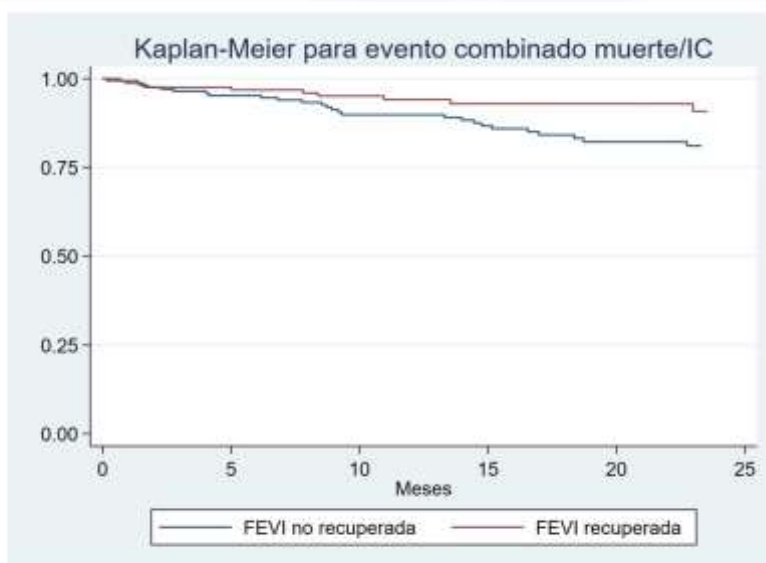


Figura 2. Supervivencia libre de eventos

PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON LIPOPROTEÍNA A MUY ELEVADA

Tobarra Peña, Ariadna (1); Morena Salas, Daniel (1); Cuesta Margolles, Laura (1); Santamaría Del Tío, Javier(1); Martínez Laga, Álvaro (1); Rondán Murillo, Juan (1); Martínez Díaz, Carmen

(1) Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón.

Resumen:

INTRODUCCION

La lipoproteína A (Lp(a)) tiene efectos proinflamatorios, proaterogénicos y protrombóticos. Niveles elevados de Lp(a) se correlacionan con mayor riesgo de eventos cardiovasculares, valores muy altos se han observado como equivalentes en riesgo a la Hipercolesterolemia Familiar. En los últimos años, la Lp(a) se ha convertido en una nueva diana en el tratamiento de la enfermedad vascular arteriosclerótica.

OBJETIVO

Nuestro objetivo fue determinar las características de los pacientes con Lp(a) muy elevada (>300 nmol/L): severidad de la enfermedad vascular, presencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos y perfil lipídico.

MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes que presentaron valores de Lp(a) > 300 nmol/L en nuestro centro en los 2 últimos años (2022-2023). Fueron 65 casos, 11.7% del total de Lp(a) solicitadas. Se recogieron datos

demográficos, epidemiológicos y analíticos. Las variables cuantitativas se expresan como media (\pm DE) y las variables cualitativas como porcentaje. El programa utilizado para el análisis estadístico fue IBM SPSS.

RESULTADOS

La edad media fue de 61 años, el 53.8% varones. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial 50.8%, diabetes mellitus 7.7%, obesidad 16.9%, tabaquismo activo 30.8% y dislipemia 80%. Presentaban antecedentes de cardiopatía isquémica el 73.8%, arteriopatía periférica el 9.2% e ictus el 1.5%. El 86.2 de los pacientes tenía realizada una coronariografía, y de éstos el 60.7% presentaba enfermedad multivaso. El 70.8% de las Lp(a) se solicitaron desde el Servicio de Cardiología.

En cuanto al perfil lipídico: el valor medio de Lp(a) fue 467 ± 159 nmol/L (rango 305-1101). Colesterol total 183 ± 64 mg/dL, c-HDL 50 ± 15 mg/dL, c-LDL 107 ± 54 mg/dL y TG 139 ± 96 mg/dL. Aunque la gran mayoría de pacientes seguía tratamiento hipolipemiente intensivo, éste no estaba optimizado en el momento de realizar la analítica.

El 33.8% de los pacientes presentaron un colesterol remanente (colesterol total – c-HDL – c-LDL) > 30 mg/dL (26 ± 18 mg/dL), el 84% un colesterol no HDL (colesterol total – c-HDL) > 85 mg/dL (133 ± 61 mg/dL) y el 69% un cociente TG/c-HDL > 2 (3.01 ± 2).

CONCLUSIONES:

La presentación de cardiopatía isquémica es más precoz en pacientes con Lp(a) muy elevada, con una prevalencia de enfermedad multivaso y arteriopatía periférica superior a la esperada. El porcentaje de diabetes resultó bajo, reforzando la relación inversa entre Lp(a) y diabetes. Los pacientes con Lp(a) muy elevada presentan un perfil de alto riesgo en los parámetros lipídicos aterogénicos tras instaurar tratamiento hipolipemiente.

ANÁLISIS DE LA LIPOPROTEÍNA (A) EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE REHABILITACIÓN CARDÍACA.

Ortiz De Zárate Pulido, Juan Francisco (1); Fernández García, María (1); Adeba García, Antonio (2); Ptaszyinski Lanza, Raúl (1); Flores Belinchón, Raquel (1); Salgado Barquinero, María (1); Helguera Amezua, Cristina (1); Cachero Bermúdez, Alfonso (1); Alen Andrés, Alberto (1); Hevia Nava, Sergio (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; (2) Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

Resumen:

INTRODUCCIÓN

La lipoproteína (a) o Lp(a) es un tipo de colesterol LDL que asociado a una proteína apo (a), con peculiaridades: interviene en procesos proinflamatorios y protrombóticos, incrementa el riesgo de sufrir infarto agudo de miocardio (IAM) u otros eventos vasculares en jóvenes y, además, se considera un factor heredable.

La cantidad de Lp (a) viene determinada por la genética, siendo poco variable a lo largo de la vida, estando presente de manera elevada en hasta el 20% de la población. Actualmente, el punto de corte más aceptado se sitúa en 75 nmol/L.

OBJETIVOS

Determinar si la concentración elevada de Lp (a) influye en 1) la presentación más precoz del IAM y 2) si está asociada a mayor probabilidad de presentar enfermedad coronaria multivaso (más de una arteria coronaria afectada).

MÉTODOS

Cohorte de 118 pacientes procedentes del Programa de Rehabilitación Cardíaca (RC) del HUCA durante el año 2023, con síndrome coronario agudo previo o cirugía de revascularización coronaria. Se les extrae una muestra de sangre con determinación de Lp (a). Punto de corte de nuestro laboratorio para determinar si está elevada en 75 nmol/L.

RESULTADOS

N=118 pacientes (84% varones). Media de edad de $57,2 \pm 8,36$ años. Se determinó la concentración de Lp (a), estando elevada en 48 pacientes (el 40,68%).

Los pacientes con enfermedad multivaso presentaban Lp (a) elevada más frecuentemente (50%) con respecto a aquellos con enfermedad de un solo vaso (29%).

Estratificando por grupos de edad, los menores de 55 años presentaban una mediana de Lp (a) de 84.75 nmol/L, mientras que los mayores de 55 años tenían una mediana de 52.25 nmol/L.

Así mismo, se realizó un análisis de regresión logística en el que tanto la edad >55 años (OR 2,47 con IC al 95% entre 1,07 y 5,68, $p=0,034$), como la presencia de Lp (a) >75 mg/dL (OR 2,99 con IC al 95% entre 1,32 y 6,76, $p=0,009$) son factores de riesgo para presentar enfermedad multivaso de manera individual.

CONCLUSIONES

En nuestra cohorte, hasta el 40% de los pacientes presentaban Lp (a) elevada (el doble que en la población general).

Aquellos pacientes con valores de Lp (a) elevados presentan más probabilidad de sufrir un evento coronario con enfermedad multivaso. Es decir, la presencia de valores elevados de Lp (a) es un factor de riesgo cardiovascular y además, de enfermedad

coronaria más extensa, siendo su concentración más elevada en jóvenes con evento previo y afectación multivaso.

COMPARATIVA DEL PERFIL DIAGNÓSTICO DE LOS ALGORITMOS DE TRIAGEHF Y HEARTLOGIC

Ledesma Oloriz, David (1); García Iglesias, Daniel (1); Martínez Díaz, Javier (1); Aparicio Gavilanes, Andrea (1); Ludeña Martín-tesorero, Raul(1); Ptaszynski Lanza, Raul (1); Gonzalez Urbistondo, Francisco(1); Rubin Lopez, Jose Manuel(1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

RESUMEN:

Algunos dispositivos de estimulación tienen la capacidad de medir una serie de variables correlacionados con la congestión e integrarlas todas en un algoritmo capaz de predecir cuándo un paciente está en riesgo de presentar un episodio de insuficiencia cardiaca. Existen 2 algoritmos principales, el TriageHF y el HeartLogic. Ambos cuentan con estudios individuales pero no existen estudios que comparen ambos algoritmos. Nuestro objetivo fue estudiar en una cohorte s de características similares si alguno de los dos algoritmos tenía mejor perfil diagnóstico.

Estudio descriptivo. Reclutamiento de pacientes en los que se hubiese implantado un dispositivo que tuviera habilitado bien el algoritmo de TriageHF o bien el de HeartLogic entre diciembre de 2020-enero de 2023. Se realizo psoteriormente un seguimiento prospectivo de estos pacientes para ver si habían presentado un episodio de insuficiencia cardaica y se registraron los valores de las alarmas de los algoritmos

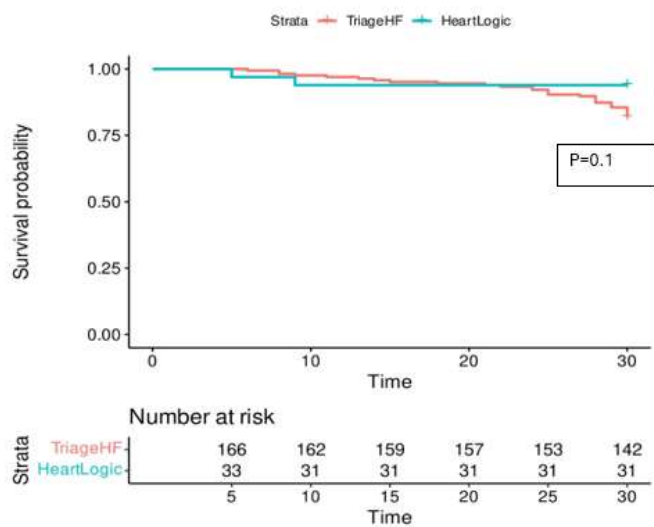
Se reclutaron 64 pacientes, 27 en el grupo HeartLogic y 37 en de TriageHF- Media de seguimiento de 571.1(+/-232.56) días. En la tabla 1 se muestra una tabla resumen de las características basales de ambos grupos. Se registraron 0.115(+/-0.325) episodios de IC por paciente en el grupo de HeartLogic frente a 0.837(+/-1.726) en el grupo de TriageHf(p=0.017). Se produjeron un total de 1142 registros del algoritmo, de las cuales 168 fueron alarmas de riesgo de IC (33 en el grupo de HeartLogic vs 135 en el de TriageHf).

En el grupo de HeartLogic se objetivó una sensibilidad(S) de 0.67, con una especificidad(E) de 0.94 un valor predictivo positivo (VPP) de 0.06 y un valor predictivo negativo (VPN) de 0.998. En el grupo de TriageHF se objetivó una mayor S, que fue de 0.97 pero con una peor especificidad (0.76). También observamos diferencias en el ratio de falso positivo/paciente, con un valor de 1.27(+/-1.77) en el grupo de HeartLogic vs 3.56(+/-3.42) en el de TriageHF($p < 0.001$).

En la Figura 2 se muestra el análisis de supervivencia. Si bien no hubo diferencias estadísticas entre ambos algoritmos si objetivamos una tendencia de las alarmas de HeartLogic de resultar en episodios de IC en menos días desde el inicio de la alarma.

Como conclusión, el TriageHF tuvo mejor sensibilidad y el de HeartLogic mayor especificidad. Es importante integrar estos hallazgos en el marco de un sistema de triaje donde idealmente deberíamos tener el menor número de falsos negativos posibles pero manteniendo una tasa baja de falsos positivos.

Variable	Total (n=64)	Boston (n=27)	Medtronic (n=37)	P value
Male Sex	51 (79%)	21 (77%)	30 (81%)	0.746
Mean age at implantation	65.22(+/-11.35)	67.07 (+/-11.2)	63.86 (+/-11.407)	0.267
CRT-ICD	57 (89%)	26 (96%)	31 (83%)	0.113
Ischemic cardiomyopathy	27 (42%)	11 (41%)	16 (43%)	0.618
Primary prevention implantation	51 (79%)	22(81%)	29 (78%)	0.761
Arterial Hypertension	42 (65%)	18 (66%)	24 (65%)	0.881
Diabetes Mellitus	20 (31.2%)	9 (33%)	12 (32.4%)	0.494
Chronic Kidney disease	17 (26.5%)	9 (33%)	7 (19%)	0.295
Dyslipidemia	34 (53.1%)	14 (51.8%)	19 (51.3%)	0.688
Active tabaquism	8 (12.5%)	4 (14.8%)	4 (10.81%)	0.452
Previous smoking	39 (61%)	18 (66%)	21 (58%)	0.280
Previous CPOD	9 (14%)	4 (14.8%)	5 (13.5%)	0.882
Atrial fibrillation	20 (31.25%)	10 (37%)	10 (27%)	0.695
• Paroxistic/persistent	4 (6.25%)	2 (7.4%)	2 (5.4%)	0.695
• Permanent atrial fibrillation	16 (25%)	8 (29.6%)	8 (21.6%)	
Previous left ventricle ejection fraction				0.175
• >53%	4 (6.25%)	0 (0%)	4 (10.8%)	
• 40-50%	2 (3.12%)	1 (3.7%)	1 (2.7%)	
• 30-40%	13 (20.31%)	8 (29.6%)	5 (13.5%)	
• <30%	44 (68.75%)	18 (66%)	26 (70.27%)	
Previous treatment				0.84
• Betablockers	52 (81%)	22(81.4%)	30 (81%)	
• ACE-I/ ARA-II	29 (45%)	13 (48%)	16 (43%)	
• MRA	29 (45%)	11 (40.7%)	18 (49%)	
• ARNI	22 (34%)	8 (29.6%)	14 (37.8%)	
• SGLT1-I	14 (21.8%)	3 (11.1%)	11 (28%)	0.122
Previous NYHA functional class				0.292
• I	2 (3.12%)	0 (0%)	2 (5.4%)	
• II	44 (68.75%)	17 (63%)	27 (72.9%)	
• III	15 (23.4%)	9 (33%)	6 (16.2%)	
• IV	3 (4.6%)	1 (4%)	2 (5.4%)	



UTILIZAD DE LOS MENSAJES DE TEXTO SMS EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Morena Salas, Daniel (1); Álvarez González, Cristina (2); Tobarra Peña, Ariadna (1); Santamaría Del Tío, Javier (1); Martínez Laga, Álvaro (1); Cuesta Margolles, Laura (1); García Moreira, Vanessa (1); Beridze, Nana (1); Enguita Del Toro, María Isabel (1); Lozano Martínez-luengas, Iñigo (1)

(1) Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón; (2) Hospital de Jove, Gijón

RESUMEN:

Introducción: La recurrencia de eventos en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) representa un gran desafío para el sistema de salud por su elevada prevalencia, morbimortalidad y coste. Por esta razón, se hacen necesarias medidas de prevención secundaria que sean de bajo coste y fácil implementación. El objetivo es evaluar la utilidad de los mensajes de texto telefónicos (SMS) en el control de factores de riesgo y reducción de eventos en el primer año tras un SCA.

MÉTODOS:

Ensayo clínico aleatorizado 1: 1 simple ciego en pacientes consecutivos dados de alta con diagnóstico de SCA entre mayo de 2019 y octubre de 2021 en nuestro centro. El grupo de intervención recibió un SMS mensual durante 12 meses con las recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología referentes a medidas de prevención secundaria. Ambos grupos siguieron el protocolo habitual de revisión de nuestro centro en una consulta específica de cardiopatía isquémica a los 3 y 12 meses del alta. El centro carece de rehabilitación cardiaca. Los objetivos del estudio a los 12 meses fueron: muerte total y cardiovascular, infarto, ictus, peso, presión arterial, lípidos, hemoglobina glicosilada, hábito tabáquico y horas de ejercicio a la semana. El evaluador encargado de la recogida de datos una vez finalizado el año desconocía el grupo de asignación.

RESULTADOS:

N= 370. El perfil de los pacientes fue el habitual del SCA, con edad media alrededor de 65 años y 25 % diabéticos, sin diferencias en ninguna de las características basales entre ambos grupos. Se realizó un abordaje invasivo en casi la totalidad de los sujetos, con intervención percutánea en tres cuartas partes de los casos y también sin diferencias significativas en tipo de tratamiento, porcentaje de enfermedad multivaso y enfermedad del tronco entre ambos grupos. Sólo se registró un menor número de stents por paciente en el grupo control. Tampoco hubo diferencias en el tratamiento médico entre ambos grupos. En la tabla se muestran los resultados del estudio.

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio los SMS con periodicidad mensual no tuvieron influencia alguna en el control de factores de riesgo ni en los eventos clínicos durante el primer año de seguimiento tras un SCA, por lo que no es coste-efectivo destinar recursos para este fin.

Table 1. Características basales			
	SMS	No SMS	p value
Edad	65 ± 10.2	63.8 ± 10.9	0.31
Mujeres (%)	23.9	22.6	0.80
Diabetes (%)	26.6	24.3	0.63
Hipertension (%)	54.9	55.2	1
Dislipemia (%)	50.2	45.8	0.40
Fumadores (%)	67.4	72.9	0.25
Antecedente de IAM (%)	16.8	0.20	0.50
Antecedente de revascularización percutánea (%)	15.7	18.7	1.49
Antecedente de revascularización quirúrgica (%)	4.8	3.3	0.60
Antecedente de ictus (%)	4.3	7.7	0.19
Enfermedad arterial periférica (%)	8.1	8.8	0.85
Antecedente de sangrado (%)	4.3	4.9	0.81
Tipo de síndrome coronario agudo (%)			0.61
Angina inestable	13	12.1	
Infarto de miocardio sin elevación del ST	42.9	48	
Infarto de miocardio con elevación del ST	44	39.8	
Fibrilación auricular (%)	5.4	4.9	0.87
Presión arterial sistólica	139.9 ± 26.6	140.5 ± 23.9	0.15
Parada cardiorrespiratoria (%)	4.8	5.5	0.41
Clase Killip ≥ 3 (%)	3.2	0	0.03
Índice de masa corporal (kg/m²)	28.1 ± 3.9	28.6 ± 5.1	0.09
Frecuencia cardíaca	72.8 ± 17.8	75.2 ± 17	0.90
Colesterol total	173.9 ± 48.5	174.3 ± 46.8	0.77
Colesterol LDL	103.4 ± 43.4	105.9 ± 40.3	0.87
Colesterol HDL	40.9 ± 13	41 ± 12.3	0.68
Triglicéridos	152.1 ± 88.3	152.2 ± 103.5	0.21
Hemoglobina glicosilada	6.1 ± 1.41	6.2 ± 1.55	0.47