

Cartas científicas

Tratamiento de la insuficiencia cardiaca con función sistólica deprimida: situación actual en España. Resultados del estudio VIDA-IC**Current Situation of Management of Systolic Heart Failure in Spain: VIDA-IC Study Results****Sra. Editora:**

La insuficiencia cardiaca (IC) se ha convertido en un importante problema de salud en las sociedades occidentales, debido a sus elevadas prevalencia, incidencia y mortalidad¹. Se ha demostrado que diversos fármacos y procedimientos no farmacológicos (resincronización, desfibrilador implantable) mejoran su pronóstico, aunque solo en casos con función sistólica deprimida. Estos resultados se han trasladado a las guías de práctica clínica, como la de la Sociedad Europea de Cardiología de 2012^{2,3}, que recomienda que todos los pacientes con IC sistólica sintomáticos deben recibir diuréticos, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA-II), bloqueadores beta y antagonistas de los receptores de mineralcorticoides (ARM). Además, si la frecuencia cardiaca es > 70 lpm en ritmo sinusal, se debe añadir ivabradina. Sin embargo, el uso real de estos fármacos en la práctica habitual es inferior a lo recomendado^{4,5}. Es posible que esta baja tasa de utilización se deba, al menos en parte, a que muchos de los estudios poblacionales incluyen no solo a pacientes con IC y función sistólica deprimida, sino también a pacientes con función sistólica conservada (que son un 35-50% del total de casos), lo que puede falsear los resultados sobre adherencia a las recomendaciones de las guías. La información real sobre este aspecto debe proceder de registros que incluyan sola y específicamente a pacientes con IC y función sistólica deprimida.

El VIDA-IC es un estudio prospectivo realizado por 115 especialistas (cardiólogos e internistas) de toda España; cada uno debía incluir a 10 pacientes consecutivos con IC y fracción de eyección < 40%, vistos en consulta ambulatoria y sin ingreso por IC en el mes previo a la visita basal. La inclusión se realizó entre octubre de 2011 y enero de 2012, con un total de 1.037 pacientes válidos. Al 63% de los pacientes los incluyeron cardiólogos y al 37%, internistas. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital del Mar (Barcelona). La **tabla 1** muestra las características demográficas, clínicas y funcionales de los pacientes. La media de edad era 70,6 ± 11,1 años, y el 30% eran mujeres. El 21% de los pacientes eran seguidos en unidades específicas de IC. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo media fue del 33,7% ± 6,8%. La etiología predominante fue la isquémica, y más del 45% tenía fibrilación auricular. Aproximadamente la mitad estaban en clase funcional III-IV en el momento de la inclusión. Un 83% tuvo algún ingreso previo por IC. Como puede verse en la **tabla 1**, hay elevada prevalencia de comorbilidades en nuestros pacientes. En cuanto al tratamiento (**tabla 2**), más del 92% recibió IECA o ARA-II; el 76,6%, bloqueadores beta y el 66,4%, ARM. Solo el 7,2% recibió ivabradina y la proporción de pacientes portadores de resincronizador o desfibrilador implantable fue baja (el 6,3 y el 9,1% respectivamente). Solo el 55% de los pacientes recibió un tratamiento farmacológico óptimo, definido como la administración conjunta de IECA o ARA-II, bloqueadores beta y ARM. En el 45% restante, la falta de prescripción conjunta de los tres grupos

farmacológicos no se debió a contraindicaciones, ya que solo se registraron contraindicaciones absolutas para bloqueadores beta en el 3,2% y para ARM en el 5,6% de los casos.

Estos resultados, recogidos de una amplia muestra multicéntrica reciente de la «vida real» en España, indican que, a pesar de las evidencias y las recomendaciones de las guías de práctica clínica, se sigue infrautilizando el tratamiento recomendado. Es cierto que el porcentaje de enfermos que reciben IECA o ARA-II es elevado y que la prescripción de bloqueadores beta y ARM es respetable, probablemente en este último caso en relación con los resultados del estudio EMPHASIS-HF⁶ con eplerenona, pero hay que destacar que casi la mitad de los pacientes no reciben el tratamiento óptimo recomendado (IECA o ARA-II, bloqueadores beta y ARM). Más baja aún es la utilización de ivabradina, a pesar de que la frecuencia cardiaca media es > 70 lpm, aunque esta recomendación sea más reciente en el tiempo. En el registro piloto europeo de IC⁴, publicado en 2010, la prescripción de IECA o ARA-II a pacientes con IC y disfunción sistólica fue del 91%; la de bloqueadores beta fue mayor (87%) y la de ARM menor (43%) que en el VIDA-IC. En el estudio a largo plazo más reciente⁵, las tasas de utilización de esos tres grupos farmacológicos fueron del 92, 92 y 67% respectivamente. Podemos concluir que, a pesar de las mejoras de los últimos

Tabla 1

Características demográficas, clínicas y funcionales de nuestros pacientes

<i>Datos demográficos y comorbilidades</i>	
Pacientes	1.037
Edad (años)	70,6 ± 11,1
Mujeres	311 (30,1)
Hipertensión arterial	821 (79,2)
Diabetes mellitus	456 (44)
Dislipemia	711 (68,6)
Infarto de miocardio previo	451 (43,5)
Accidente cerebrovascular previo	142 (13,7)
Anemia	355 (34,2)
Insuficiencia renal (TFG < 60 ml/min/m ²)	258 (24,9)
Enfermedad broncopulmonar	197 (19)
<i>Parámetros semiológicos y analíticos</i>	
Presión arterial sistólica (mmHg)	127,0 ± 18,7
Presión arterial diastólica (mmHg)	82,1 ± 8,7
Frecuencia cardiaca (lpm)	73,9 ± 15,7
Índice de masa corporal	27,7 ± 3,9
Creatinina sérica (mg/dl)	1,3 ± 0,8
Glucemia (mg/dl)	115,7 ± 32,0
<i>Datos relacionados con la IC</i>	
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (%)	33,7 ± 6,8
Clase funcional I o II	538 (54,9)
Clase funcional III o IV	499 (45,1)
Etiología isquémica	519 (50,3)
Etiología hipertensiva	214 (20,6)
Otras etiologías	304 (29,9)
Fibrilación auricular	472 (45,5)
Hipertrofia ventricular izquierda (eco)	504 (48,6)

IC: insuficiencia cardiaca; TFG: tasa de filtrado glomerular. Los datos se presentan como media ± desviación estándar o n (%).

Tabla 2

Tratamiento recibido por nuestros pacientes (n = 1.037)

	n (%)
Tratamiento farmacológico	
Diuréticos	925 (89,2)
IECA	583 (56,2)
ARA-II	374 (36,1)
IECA y/o ARA-II	957 (92,3)
ARM	688 (66,4)
Bloqueadores beta	794 (76,6)
Ivabradina	74 (7,2)
Estatinas	786 (75,8)
Antiagregantes	622 (60,2)
Anticoagulantes orales	414 (39,9)
Tratamiento no farmacológico	
Resincronizador ventricular	65 (6,3)
Desfibrilador automático implantable	96 (9,1)
Control por unidad de IC	208 (21,0)

ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; ARM: antagonistas de los receptores de mineralcorticoides; IC: insuficiencia cardiaca; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.

años en el tratamiento de la IC con función sistólica deprimida, aún hay un importante margen de mejora en nuestros pacientes, sobre todo para el uso de bloqueadores beta, ARM e ivabradina.

CONFLICTO DE INTERESES

Pfizer S.L.U. es el promotor y ha financiado el estudio VIDA-IC. Los autores han recibido honorarios de Pfizer S.L.U por el diseño del estudio y su redacción y revisión.

Manuel Anguita^{a,*}, Josep Comin-Colet^b, Francesc Formiga^c, Luis Almenar^d, Marisa Crespo-Leiro^e y Luis Manzano^f, en representación de los investigadores del estudio VIDA-IC

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^bServicio de Cardiología, Hospital del Mar, Barcelona, España

^cServicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^dServicio de Cardiología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

^eServicio de Cardiología, Hospital Universitario A Coruña, A Coruña, España

^fServicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: manuel.p.anguita.sspa@juntadeandalucia.es (M. Anguita).

On-line el 27 de junio de 2014

BIBLIOGRAFÍA

1. Anguita Sánchez M, Crespo Leiro MG, de Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso-Pulpón L, Muñoz García J; PRICE Study Investigators. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. Rev Esp Cardiol. 2008;61:1041-9.
2. Anguita M, Comin J, Almenar L, Crespo M, Delgado J, Gonzalez-Costello J, et al. Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica 2012. Un informe del Grupo de Trabajo del Comité de Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2012;65:874-8.
3. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European Society of Cardiology. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Eur Heart J. 2012;33:1787-847.
4. Maggioni AP, Dahlström U, Filippatos G, Chioncel O, Leiro MC, Drozd J, et al. EURObservational Research Programme: the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). Eur J Heart Fail. 2010;12:1076-84.
5. Maggioni AP, Anker SD, Dahlstrom U, Filippatos G, Ponikowski P, Zannad F, et al. Are hospitalized or ambulatory patients with heart failure treated in accordance with ESC guidelines? Evidence from 12440 patients of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. Eur J Heart Fail. 2013;15:1173-84.
6. Zannad F, McMurray JJ, Krum H, van Veldhuisen DJ, Swedberg K, Shi H, et al; EMPHASIS-HF Study Group. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. N Engl J Med. 2011;364:11-21.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.03.014>

Implante directo de válvula percutánea Edwards-SAPIEN en posición tricuspídea sobre bioprótesis degenerada en paciente con enfermedad de Ebstein



Direct Percutaneous Implantation of an Edwards-SAPIEN Valve in Tricuspid Position in a Degenerated Bioprosthesis in a Patient With Ebstein Anomaly

Sra. Editora:

El implante de prótesis percutáneas sobre bioprótesis degeneradas en diferentes posiciones ha posibilitado un tratamiento alternativo a la cirugía para pacientes con cardiopatías congénitas o adquiridas de alto riesgo quirúrgico. La experiencia con el implante de prótesis percutáneas en posición tricuspídea es escasa. Presentamos el caso de un paciente portador de una bioprótesis tricúspide estenótica, al que se trató mediante el implante de una prótesis percutánea, lo cual, en nuestro conocimiento, es el primer caso realizado en nuestro país.

Se trata de un varón de 38 años, diagnosticado de enfermedad de Ebstein con comunicación interauricular y sometido a

sustitución de válvula tricúspide por una prótesis biológica Biocor 31 mm y cierre de la comunicación interauricular a los 23 años. En el posoperatorio presentó una trombosis aguda, que se resolvió con fibrinólisis, y a los 6 meses, otro episodio coincidiendo con la suspensión de la anticoagulación. Por bloqueo auriculoventricular avanzado, se implantó un marcapasos DDD colocando el cable auricular intracavitario y el ventricular, epicárdico. Desde hacía 3 años presentaba clínica de insuficiencia cardiaca derecha que requería tratamiento diurético. El ecocardiograma mostró signos degenerativos de la prótesis biológica que causaban una importante estenosis (gradiente máximo, 13 mmHg; gradiente medio, 9 mmHg) con insuficiencia leve, además de disfunción ventricular derecha grave. Se realizó un cateterismo, que mostró un gradiente diastólico tricúspideo de 10 mmHg, con presión media auricular derecha de 14 mmHg e índice cardiaco de 1,9 l/min/m². Dado el alto riesgo, se desestimó para remplazo valvular y cirugía de Glenn, y se programó para el implante de prótesis percutánea.

El procedimiento se realizó con anestesia general. Por vía yugular derecha, se implantó a nivel del seno coronario un marcapasos transitorio para estimulación rápida durante el implante de la válvula. Por acceso venoso femoral izquierdo,