

Editorial

Los editoriales representan la opinión de el/los autor/es, no necesariamente las del Comité Editorial de la Revista FAC.

Mortalidad en pacientes con Insuficiencia cardiaca descompensada: Un gran problema que persiste en el tiempo

Mortality in patients with decompensated heart failure: A major problem that persists over time

Juan Esteban Gómez- Mesa^{1,2,3}, Paula Andrea Cárdenas-Marín^{2,3}

1 Centro de Investigaciones Clínicas, Fundación Valle del Lili. 2 Departamento de Cardiología, Fundación Valle del Lili. 3 Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Icesi. Cali, Valle del Cauca, Colombia.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 20 de Junio de 2024

Aceptado después de revisión

el 21 de Junio de 2024

www.revistafac.org.ar

Palabras clave:

Insuficiencia cardíaca,

mortalidad,

desafíos

Keywords:

Heart failure,

mortality,

challenges

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

La insuficiencia cardiaca (IC) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel global. Afecta más de 64 millones de personas globalmente y se espera que su incidencia aumente con el envejecimiento de la población y con la mejora en el diagnóstico. Se asocia con un deterioro en la calidad de vida y un aumento de los costos para el sistema de salud^{1,2}. Las estrategias de tratamiento para mejorar el pronóstico de la IC varían dependiendo de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), donde la IC con FEVI reducida tiene la mayor evidencia de disminución de mortalidad y hospitalizaciones con la terapia médica óptima y uso de dispositivos. Sin embargo, en nuestro medio existen limitaciones para el ajuste de esta terapia dados por el acceso a la atención por especialistas, dispensación de medicamento y un menor gasto per cápita en salud, que limita el acceso a estrategias preventivas y terapéuticas adecuadas. El registro AMERICCAASS es el primer proyecto latinoamericano que incluye pacientes de más de 60 instituciones en 20 países del continente americano con IC en el escenario ambulatorio u hospitalario, donde se encontró una edad media de 66,2 años, 59,7 % eran hombres, la comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial y la etiología más común fue isquémica; y 61,2% tenían IC con FEVI reducida^{3,4}. El registro RECOLFACA incluye pacientes hospitalizados en el último año por IC en 60 instituciones de 24 departamentos de Colombia, incluyó 2528 pacientes con una mediana de edad de 69 años. Entre las etiologías de IC destaca la cardiopatía isquémica, segui-

da de la cardiopatía hipertensiva. Se destaca la cardiopatía chagásica que constituye una enfermedad endémica en algunas regiones del país⁵.

En esta publicación se presenta un estudio observacional, descriptivo, de carácter retrospectivo en el Hospital Universitario San Jorge en Pereira, Colombia, el cual incluyó pacientes hospitalizados por IC descompensada (ICD) de inicio agudo o por empeoramiento de síntomas, que ameritaron inicio o cambio de tratamiento y que fueron admitidos al servicio de urgencias u hospitalización⁶. Se incluyeron 172 pacientes con una mediana de edad de 71,5 años. El 41,3% eran mujeres. La comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial (69,1%), el síntoma predominante fue ortopnea (32,7%) y el signo predominante fue edema de miembros inferiores (58,1%). Los pacientes con clase funcional NYHA III y IV constituían el 75% de la población; 66,2% tenían IC con FEVI reducida, y la insuficiencia mitral estaba presente en el 76,6% de los pacientes. El 17,4% de los pacientes requirieron ingreso a unidad de cuidado intensivo. La mortalidad intrahospitalaria fue de 25,6%. Se realizó un análisis multivariado donde se encontró que la edad mayor de 70 años OR= 5,34 (1,23-23,2), la alteración del estado de conciencia OR= 24,10 (1,18-491,1), la hipernatremia OR= 10,55 (0,54-205,3), la acidemia OR= 7,29 (0,91-58,4) y el aumento de azoados (BUN>20) OR= 18,88(2,21-161,4) fueron predictores independientes de mortalidad en pacientes hospitalizados por descompensación de IC, lo cual es similar a lo encontrado en estudios previos donde la función

renal alterada se asocia con mayor riesgo de mortalidad, estancia prolongada y tasas de rehospitalización en pacientes con IC. En una cohorte colombiana se encontró que el nitrógeno ureico ≥ 43 mg/dl tuvo asociación con mortalidad hospitalaria^{5,7}. Paradójicamente la insuficiencia mitral se comportó como un factor protector OR= 0,16 (0,03-0,77); sin embargo, es una valvulopatía frecuente de tipo funcional en pacientes con IC, y en este caso no contamos con las características y la severidad de la lesión valvular.

Al momento de evaluar la mortalidad hospitalaria es importante considerar el manejo farmacológico que se instaura durante la hospitalización, ya que es un factor que puede afectar de manera directa este desenlace. En este aspecto se debe revisar el uso de protocolos de descongestión, uso de soporte inotrópico y/o vasopresor, e instauración de terapia médica óptima previa al egreso.

Llama la atención que la mortalidad hospitalaria fue muy elevada (25,6%) en este estudio, esto comparado con datos de OPTIMIZE-HF (3,9%) y un estudio publicado en Colombia (8,9%)^{8,9}. Sin embargo, es similar a los reportado por Valdivia-Marchal et al en Argentina (16%), Wajner en Brasil (17,6%) y recientemente en EVOLUTION HF (28%)^{10,11,12}. La alta mortalidad encontrada en este estudio podría estar en relación con las características de la población. El 73,8% eran de régimen subsidiado, 49% de procedencia diferente a la ubicación del hospital. La mediana de edad era de 71,5 años (RIQ 60-80,5), mayor a la mediana descrita en RECOLFACA (69 años; RIQ = 59-78 años) y en AMERICCAASS 66,2 años (RIC 56.1-75.3). En este estudio luego de ajustar por otros factores, la edad mayor de 70 años estuvo asociada al riesgo de muerte intrahospitalaria (OR=5,34 IC95%=1,23-23,2; valor p=0,025), lo que coincide con un estudio español quienes identificaron cerca de 5% de riesgo por cada año de vida adicional¹³.

Se debe tener en cuenta que para el presente estudio no se cuenta con información de manejo farmacológico hospitalario, haciendo referencia al manejo parenteral, pero también al tratamiento médico óptimo que se debe instaurar (en la medida de lo posible) al momento del egreso hospitalario. Es importante también tener en cuenta el período de reclutamiento de la población analizada, lo cual se asocia a poca disponibilidad de Sacubitril / Valsartan (recientemente aprobado en Colombia), y no disponibilidad de inhibidor del intercambiador de la bomba de sodio-glucosa (iSGLT-2), y estas condiciones pudieran impactar negativamente en la alta mortalidad hospitalaria observada.

Finalmente, es importante tener presente que este estudio es un esfuerzo institucional destacado, que logra des-

cribir características de una población local con ICD y los factores determinantes en el impacto del pronóstico que permitan proponer estrategias de forma temprana. De igual forma se destaca como a través de diferentes herramientas epidemiológicas se logra identificar y destacar la relevancia de ciertos factores pronósticos, que deben ser identificados oportunamente al momento de evaluar en forma integral estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Norhammar A., Bodegard J., Vanderheyden M., et al. Prevalence, outcomes and costs of a contemporary, multinational population with heart failure. *Heart* 2023; 109: 548 - 556.
2. Savarese G, Becher PM, Lund LH, et al. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res* 2023; 118: 3272 - 3287.
3. Gómez-Mesa JE, Gutiérrez JM, Sotomayor AD, et al. American Registry of Ambulatory Or Acutely Decompensated Heart Failure (AMERICCAASS): Characterization Of The First 2500 Patients. *J Cardiac Fail* 2024; 30: 141 - 142
4. Gómez-Mesa JE, Gutiérrez-Posso JM, Escalante-Forero M, et al. American Registry of Ambulatory or acutely decompensated heart failure (AMERICCAASS Registry): First 1000 patients. *Clin Cardiol* 2024; 47: e24182
5. Gómez-Mesa JE, Saldarriaga CI, Echeverría LE, et al. Registro colombiano de falla cardiaca (RECOLFACA): metodología y datos preliminares. *Rev Colomb Cardiol* 2021; 28: 217 - 230-
6. Osorio-Cardona JJ, Suárez-Brochero OF, Medina-Morales DA. Factores asociados a mortalidad hospitalaria en pacientes con falla cardíaca descompensada. Estudio retrospectivo. *Rev Fed Arg Cardiol* 2024; 53: 62 - 69.
7. Logeart D, Tabet JY, Hittinger L, et al. Transient worsening of renal function during hospitalization for acute heart failure alters outcome. *Int J Cardiol* 2008; 127: 228 - 232.
8. Fonarow GC, Stough WG, Abraham WT, et al. Characteristics, Treatments, and Outcomes of Patients with Preserved Systolic Function Hospitalized for Heart Failure: A Report From the OPTIMIZE-HF Registry. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50: 768 - 777.
9. Chaves WG, Diaztagle JJ, Sprockel JJ, et al. Factores asociados a mortalidad en pacientes con falla cardiaca descompensada. *Acta Med Colomb* 2014; 39: 314 - 320.
10. Valdivia-Marchal M, Zambrana-Luque JL, Girela-López E, et al. Prognostic factors on mortality in patients admitted to hospital with heart failure. *An Sist Sanit Navar* 2020; 20; 43: 57 - 67.
11. Wajner A, Zuchinali P, Olsen V, et al. Causes and Predictors of In-Hospital Mortality in Patients Admitted with or for Heart Failure at a Tertiary Hospital in Brazil. *Arq Bras Cardiol* 2017; 109: 321 - 330.
12. Bozkurt B, Savarese G, Adamsson Eryd S, et al. Mortality, Outcomes, Costs, and Use of Medicines Following a First Heart Failure Hospitalization: EVOLUTION HF. *JACC Heart Fail* 2023; 11: 1320 - 1332.
13. Martínez Santos P, Bover Freire R, Esteban Fernández A, et al. In-hospital Mortality and Readmissions for Heart Failure in Spain. A Study of Index Episodes and 30-day and 1-year Cardiac Readmissions. *Rev Esp Cardiol* 2019; 72: 998 - 1004.