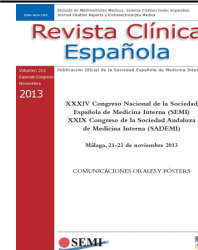




Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

IC-100. - ESTATINAS EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

L. Tikhomirova¹, R. Ramírez Montesinos¹, O. Araujo Loperena¹, J. Márquez Gómez¹, P. Villavicencio Luján², A. Martínez Sureda², E. Pedrol Clotet¹, R. Ramírez Montesinos, en representación del Grupo de Trabajo Riesgo Cardiovascular

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina de Familia. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

Resumen

Objetivos: El principal objetivo de este estudio fue analizar las características de los pacientes ingresados por IC comparando aquellas de origen isquémico (ICI) con aquellas de origen no isquémico (ICNI). Como objetivos secundarios se evalúa el empleo de estatinas y se analizan las diferencias en el recuento de monocitos entre ICI e ICNI.

Métodos: Estudio retrospectivo y transversal de 647 pacientes ingresados en nuestro centro con el diagnóstico de IC entre diciembre de 2007 y junio de 2011. Los criterios de exclusión fueron: edad 18 o > 80 años y presencia de enfermedad hematológica, infecciosa o terminal conocida. Se han revisado las historias clínicas de 300 pacientes recogiendo datos epidemiológicos, resultados de las pruebas de laboratorio, tratamiento, empleo de estatinas, fracción de eyección y morbi-mortalidad durante los 2 años siguientes al ingreso. Se ha realizado la comparación de los datos obtenidos entre el grupo de pacientes con ICI y con ICNI con el programa SPSS 20.0 para MAC.

Resultados: 300 pacientes con IC con predominio del sexo masculino 56,5% (p 0,05 y edad media de 74,51 años. Eran hipertensos (HTA) el 74,6% de los casos, dislipémicos (DLP) el 42,6%, diabéticos el 48,1% y fumadores o ex-fumadores el 36,1%. Se trataba de ICI, arritmogénica, valvular o hipertensiva en el 46,8%, 48,8%, 27,1% y 39,8% respectivamente. Los niveles medios de colesterol total, LDL, HDL, no HDL y TG (mg/dl) de toda la muestra fueron de 154,6, 95,8, 41,5, 114,8 y 122,3 respectivamente. La MCV ha sido del 12,4%, dentro de una mortalidad global del 20,8%. Presentaban indicación de tratamiento con estatinas 61,7%, aunque las empleaban en el tratamiento 34,9%. La dosis media de estatinas fue de 10 mg de la dosis equivalente de atorvastatina (DEA). En grupo de ICI predominaban varones (64,4 vs 47,2 p > 0,05), con DLP e HTA con mayor frecuencia que los pacientes con ICNI (59,4% y 80,9% vs 27,8% y 69% p 0,05), tenían los niveles de triglicéridos más altos (133,5 mg/dl vs 112,92 mg/dl p 0,05) y recuento de monocitos en sangre periférica más bajos (711,16 cel/mm³ vs 818,5 cel/mm³ p 0,05), los niveles de urea más altos (70,47 mmol/l vs 58,49 mmol/l p 0,05) y tendencia a tener IRC (42,1% vs 27%, p > 0,07). FE en ICI fue más baja (6,18 vs 52,52% p 0,05). No se han encontrado diferencias significativas en los datos de la exploración física, presencia de insuficiencia hepática, anemia, de colesterol total o de sus fracciones.

Discusión: Insuficiencia cardíaca (IC) es la tercera causa de MCV en nuestro medio. La MCV en nuestra serie ha sido del 12,4%, dentro de una mortalidad global del 20,8%. No ha habido diferencias significativas en la morbi-mortalidad comparando ICI contra ICNI ni comparando los pacientes tratados con estatinas y sin tratamiento hipolipemiente. El empleo de los inhibidores de la HMG-CoA reductasa en IC es controvertido, está indicado en aquellas IC de origen isquémico o presencia de DLP. En nuestra serie están indicados en el

61,7% de los casos. A pesar de ello el empleo real de estatinas ha sido muy inferior de lo esperado así como la dosis media de DEA. La monocitosis está relacionada con eventos coronarios agudos pero no existen datos de su posible relación entre IC crónica de origen isquémico ni ICNI. Hemos observado disminución del recuento monocitario en pacientes ingresados por ICI comparando con NI.

Conclusiones: Los pacientes con insuficiencia cardíaca presentan elevada morbi-mortalidad. Existió indicación de tratamiento con estatinas en nuestra serie al menos en un 61,7% de los casos aunque el empleo ha sido considerablemente menor (34,9%) El recuento de monocitos en ICI crónica fue inferior que en ICNI.