



6004-6. TITULACIÓN HOSPITALARIA DE LOS 4 PILARES DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Carmen Martín Domínguez¹, Carlos Martín Alfaro¹, Julia Jimenez Ranchal¹, Susana Pérez Córdoba¹, Eloísa Mariscal López¹, Rafael Bravo Marques¹, Almudena Valle Alberca¹, María José Vaquero Sánchez², Francisco Ruiz Mateas¹ y Francisco J. Torres Calvo¹

¹Hospital Costa del Sol, Marbella y ²Hospital Comarcal Valle de los Pedroches, Pozoblanco, Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica recomiendan con un nivel de recomendación I, que los pacientes con ICFer reciban tratamiento con Beta-B, ARNI o IECA/ARA-II, ARM e iSGLT2. Este tratamiento cuádruple se conoce como los 4 pilares del tratamiento de la ICFer. Sin embargo, no existe un consenso sobre cómo realizar la introducción hospitalaria ni el ajuste de las dosis.

Métodos: Estudiamos de forma observacional y retrospectiva, a un grupo de pacientes que ingresaron en Cardiología entre enero 2019-marzo 2021, por un primer episodio de insuficiencia cardiaca con FEVI 300 pg/ml. Se analizaron características basales, tratamiento, tolerancia, parámetros clínicos, analíticos y ecocardiográficos.

Resultados: Se analizó a un total de 93 pacientes. La edad media fue 63 ± 10 años, 76% varones. El 33% DM, 62% HTA y 50% dislipemia. El 35% fumador activo y el 31% enolismo activo. 34% tenían FA y el 23% antecedentes de cardiopatía isquémica. El 30% presentaban ERC con FG 60 ml/min. La etiología se encuentra en la figura. La estancia media de hospitalización fue de 3 días (RIQ 2). En la tabla observamos el tratamiento al alta y a los 12 meses. Se dio de alta al 40% con tratamiento cuádruple (BB+ARNI+ARM+iSGLT2) y a los 12 meses, el 64,5% la recibieron. Aquellos pacientes que no recibieron iSGLT2 al alta, tardaron una mediana de 42 semanas en iniciarlo. A nivel renal, encontramos una disminución del filtrado glomerular de -7 ml/min por $1,73 \text{ m}^2$ a los 12 meses, así como un aumento significativo del K $+0,6$ mEq/l. Sin embargo, en ningún paciente hubo necesidad de suspensión de fármacos. También vimos una reducción significativa de las cifras de TA que obligaron a reducir dosis en el 8%. Sin diferencias entre los grupos que alcanzaron tratamiento cuádruple vs tratamiento triple. A los 12 meses encontramos que la titulación hospitalaria se asoció a mejoría de niveles de NT-pro-BNP y de parámetros ecocardiográficos con mejoría de FEVI de +14% (tabla).

Parámetros clínicos, pruebas complementarias y tratamiento al ingreso y a los 12 meses

n = 93	Al ingreso	12 meses	p
Clase funcional NYHA			0,05

Clase funcional NYHA 1	0	23 (27,4%)	
Clase funcional NYHA 2	7 (8,3%)	45 (53,6%)	
Clase funcional NYHA 3	47 (56,6%)	16 (19%)	
Clase funcional NYHA 4	30 (36,1%)	0	
Tensión arterial sistólica y diastólica (mmHg)	132 ± 34/79 ± 16	123 ± 13/70 ± 23	0,05
ECG			
Ritmo sinusal (n, %)	58, 64%	66 73,3%	0,05
Fibrilación auricular (n, %)	32, 35%	24, 26,7%	
Parámetros de laboratorio			
Hemoglobina, g/dl	13,5 ± 1,8	14 ± 2	0,05
Creatinina, mg/dl	1,1 ± 0,4	1,27 ± 0,4	0,05
Filtrado glomerular (CKD-EPI), ml/min	65 ± 19	58 ± 19	0,05
Na (mEq/l)	139 ± 2,8	139 ± 2,8	ns
K (mEq/l)	4 ± 0,5	4,6 ± 0,4	0,05
NT-pro-BNP (pg/ml)	6.809 RIQ (2.918-12.631)	746 RIQ (358-1.604)	0,05
Parámetros ecocardiográficos			
Diámetro telediastólico VI (mm)	58 ± 7	54 ± 5	0,05
FEVI (%)	32 ± 6	46 ± 10	0,05

Diámetro AI (mm)	44 ± 6	42 ± 5	0,05
Diámetro VD (mm)	39 ± 9	37 ± 4	0,05
TAPSE (mm)	17 ± 4	19 ± 3	0,05
PSAP (mmHg)	38 ± 12	33 ± 8	0,05
Tratamiento	Al alta	12 meses	p
Sacubitrilo-valsartán	86, 96,6%	89, 98%	
Dosis 24/26 mg cada 12 horas	75%	13,3%	0,05
Dosis 49/51 mg cada 12 horas	23%	43,3%	
Dosis 97/103 mg cada 12 horas	2%	43,3%	
Bloqueadores beta	91, 97,8%	92, 98,9%	
Dosis baja	40,6%	40,7%	ns
Dosis media	37,3%	36,7%	
Dosis alta	21,9%	23,1%	
Antialdosterónicos	91, 97,8%	92, 98,9%	
Dosis baja	57,1%	41,8%	0,05
Dosis alta	42,8%	58,2%	
iSGLT2	38, 40,9%	60, 64%	0,05



Etiología de la insuficiencia cardiaca aguda.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con ICA de debut, la titulación hospitalaria de los cuatro pilares de ICFer fue una estrategia segura y bien tolerada, que se asoció con una disminución significativa del NT-pro-BNP y del remodelado inverso del VI, lo que implicaría un mejor pronóstico a largo plazo.