



6. NUEVA PRESCRIPCIÓN AL ALTA DEL TRATAMIENTO NEUROHORMONAL TRAS UN INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Clea González Maniega¹, Miguel Rodríguez Santamarta¹, Rubén Hernando González², Javier Tobar Ruíz³, Pedro Daniel Perdiguerro Martín⁴, Inés Toranzo Nieto⁵, M^a José Ruiz Olgado⁶, Álvaro Roldán Sevilla⁷, Luis Eduardo Enríquez Rodríguez⁸, Sebastián Isaza Arana⁹, Ramón Andión Ogando¹⁰, Paula Menéndez Suárez¹, Adrián Lozano Ibáñez³ y José Ángel Pérez Rivera²

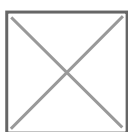
¹Servicio de Cardiología del Complejo Asistencial Universitario de León, León, España, ²Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España, ³Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ⁴Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España, ⁵Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España, ⁶Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España, ⁷Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero (Burgos), España, ⁸Hospital Santa Bárbara, Soria, España, ⁹Hospital Comarcal de Medina del Campo, Medina del Campo (Valladolid), España y ¹⁰Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La inercia terapéutica es una de las principales limitaciones a la hora de instaurar la cuádruple terapia neurohormonal en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) en el ámbito ambulatorio. Es de un tratamiento que en la actualidad cuenta con el máximo nivel de evidencia en el caso de los pacientes con fracción de eyección (FE) reducida. Actualmente, se aboga por una pauta precoz de fármacos con efecto pronóstico, incluso en pacientes de debut, a pesar de que no hay datos en nuestro medio al respecto. Por ello, un ingreso hospitalario por IC aguda, puede ser un momento adecuado para instaurar esta terapia y facilitar así su adherencia posterior.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y multicéntrico en el que se han incluido 633 pacientes con ingreso hospitalario por IC aguda de manera consecutiva durante 1 año. El objetivo del estudio es analizar el porcentaje de nueva prescripción al alta, en pacientes con FE reducida y ligeramente reducida, de los fármacos que constituyen la cuádruple terapia tras un ingreso.

Resultados: En nuestra muestra, la media de edad fue de $72,8 \pm 11,96$ años y el 63% de los pacientes eran varones. De los 633 pacientes incluidos, 282 (un 44%) fueron diagnosticados de IC con FE reducida y 76 (un 12%) de IC con FE ligeramente reducida. Prácticamente la totalidad de estos enfermos (un 93%) se derivó al alta a unidades de insuficiencia cardiaca para continuar los cuidados. En el subgrupo de pacientes con FE reducida y ligeramente reducida, en cuanto a los inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA), el 21% de los pacientes recibió IECA o ARAII al alta y el 41% ARNI. Del resto de fármacos que conforman la cuádruple terapia, el 62% recibió antagonistas del receptor mineralocorticoide (ARM), el 75% bloqueadores beta y el 68% iSGLT2 (figura).



Nueva prescripción al alta del tratamiento neurohormonal.

Conclusiones: Tras un ingreso por IC aguda, el porcentaje de nueva prescripción de los fármacos que configuran la cuádruple terapia de tratamiento neurohormonal es bastante alta excepto en el caso de los ARNI donde no se alcanzó la mitad de los pacientes. Esto probablemente se deba a la inclusión de pacientes con FE ligeramente reducida en el subgrupo analizado, así como a la presencia de efectos secundarios que hayan dificultado su mantenimiento. Del resto de fármacos destaca la elevada proporción de pacientes con iSGLT2 al alta, mostrando una tendencia favorable para su prescripción en todo paciente con IC.