



Revista Española de Cardiología



6031-358. VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA: DIFERENCIAS EN LA UTILIZACIÓN DE IECA/ARA ENTRE SERVICIOS

Javier López Pais¹, Juan Górriz Magaña¹, Rebeca Mata Caballero¹, Luis Molina Blázquez¹, Verónica Hernández², Alfonso Fraile Sanz¹, Leire Goicolea Güemez¹ y Jesús Saavedra Falero¹ del ¹Hospital Universitario de Getafe, Madrid y ²Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Existe evidencia abrumadora de que el tratamiento con IECA mejora el pronóstico de los pacientes con ICC con FEVI deprimida. Por ello se recomienda su utilización en estos pacientes siempre que no exista contraindicación. En caso de intolerancia a los IECA, las guías clínicas, incluida la GC 187 de NICE recomiendan la utilización de ARA. La GC 187 de NICE establece que un ingreso por ICA es un buen momento, estabilizado el paciente, para introducirlos en quienes no los tomasen previamente.

Objetivos: Evaluar el porcentaje de pacientes con FEVI deprimida que recibían al alta IECA o ARA estudiando posibles diferencias entre los servicios especializados [cardiología (CAR)] y generalistas [geriatría (GER) y medicina interna (MIR)] que atienden esta patología en nuestro centro.

Métodos: Analizamos retrospectivamente 600 altas de pacientes con ICA (edad media 80 años; 40.6% varones) ingresados en nuestro hospital en 2013 con diagnóstico de ICA, en CAR, GER y MIR. Se ajustó por el hecho de recibir previamente IECA/ARA y por creatinina, ya que la insuficiencia renal puede contraindicar el uso de dichos fármacos.

Resultados: De los 600 episodios de alta por ICA analizados, 176 tenían DVI comprobada por ecocardiograma. En ellos, el porcentaje de pacientes en tratamiento con IECA/ARA al ingreso es prácticamente idéntico entre CAR y los servicios generalistas (tabla). Al alta, el porcentaje de pacientes que tomaban IECA/ARA aumentaba muy poco en MIR y GER (4%), aumentando un 15% en el caso de CAR. Ajustando un modelo de regresión logística en el que actuaron como factores de confusión el tratamiento al ingreso con IECA/ARA y los niveles de creatinina, el porcentaje de pacientes con IECA/ARA al alta es significativamente mayor en CAR frente a MIR y GER (tabla), siendo el predictor más potente de que estos pacientes sean dados de alta con IECA/ARA el tomarlos al ingreso (OR 35,8; IC95%: 13,7-95,56). Ingresar en CAR (OR 2,66; IC95%: 1,01-7,07) se asociaba a una mayor probabilidad ajustada de recibir IECA/ARA al alta respecto a MIR-GER.

	CAR	MIR+GER	p

IECA/ARA al ingreso (%)	61,5	61,0	ns
IECA/ARA al alta (%)	76,6	65,3	0,0001

Conclusiones: Parece que el ingreso de estos pacientes en CAR, en nuestro medio, asegura mejor un tratamiento óptimo al alta en lo que respecta a los IECA/ARA.

Tabla. Porcentaje de pacientes con FEVI deprimida con ICA en tratamiento con IECA/ARA al ingreso y al alta por servicios.