Rev Esp Cardiol. 2014;67 Supl 1: 1003

Revista Española de Cardiología

6053-664. NIVEL DE DOSIFICACIÓN DE FÁRMACOS ALCANZADO EN UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) Y POSIBLES VARIABLES ASOCIADAS

María Juana Oyanguren Artola[1], Jesús Torcal Laguna[1], Inaki Lekuona Goya[2], Kepa Latorre García[3], Milagros Oses Pérez de Labeaga [1], Juan Manuel Chirapozu Mendibil[1], Marisol Arietaleanizbeaskoa Sarabia[3] y Verónica Arce Arana[3] del [1]C.S. Basauri-Ariz-OSI Barrualde-Hospital Galdakao Osakidetza, Basauri (Vizcaya), [2]Servicio de Cardiología-OSI Barrualde-Hospital de Galdakao, Osakidetza, Galdakao (Vizcaya) y [3]Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia, Bilbao (Vizcaya).

Resumen

Introducción: La IC genera muchos ingresos y mortalidad que se reducen, en pacientes con FEVI ? 40%, mediante fármacos (nivel de evidencia A): BB, IECA, ARA II, ARM. El efecto depende de la dosis.

Objetivos: Evaluar la dosis relativa de fármaco alcanzada en el estudio EFICAR (ejercicio físico en IC) en relación a dosis objetivo, el % de pacientes que alcanzan dicha dosis, la posible asociación de dosis con distintas variables, y la comparación con otros estudios.

Métodos: Estudio transversal en la aleatorización tras periodo de optimización farmacológica de los 57 pacientes del EFICAR, FEVI 50, captados en 3 nodos de Euskadi entre el 1/01/2011 y el 31/12/2013. Equipos multidisciplinares (cardiólogo, enfermera de IC y médico de primaria). Variables: edad, sexo, NYHA, FE, c. isquémica, I. de Charlson, TAS, FC, Cr/FG, K y dosificación. Paquete estadístico SPSS. Aprobado por la comisión de ética.

Resultados: (DE): Edad 67 (11), 39% mujeres, NYHA 2,14 (0,4), FE 38 (8), etiología isquémica 37%, Índice de Charlson 3,86 (1,6), TAS 126,4 (13,2), TAS 100: 1 (1,8%), FC 64,75 (10,9), FC 60: 19 (33%); FC ? 50: 4 (7%); Cr 1,03 (0,3), FG 56,6 (7,1); K 4,56 (0,4), Na 140,98 (2,3).

Dosificación y prescripción de fármacos EFICAR/otros ensayos										
Estudio	EFICAR total	EFICAR nodo 1	EFICAR nodo 2	EFICAR nodo 3	COMET	CIBIS-ELD BRING-UP	SOLVD	ESC-Long Term registry	Otros estudios de práctica clínica	HF-Action

BB	52,45%	67%	47%	25%	83%	50%			50%-80%	76%
Dosis relativa (%dosis objetivo)										
IECA/ARAII	58,90%	54,15%	61%	65%			83%		56%-80%	
Dosis relativa (%dosis objetivo)										
ARM										
Dosis relativa (%dosis objetivo)										
BB	21%	42%	9,60%	0%	75%	31%		17%.		
% de pacientes en dosis objetivo										
IECA/ARAII	33,33%	30%	30%	40%			56%	29,3%/24,1%		
% de pacientes en dosis objetivo										
ARM	16,66%							30,50%		
% de pacientes en dosis objetivo										
BB	FC 55: 16% P.	10%	16%	40%				35%;		
% justificado no dosis objetivo	TAS 100: 1,7% P.									

IECA/ARAII		10%	0%	0%				37%/38%		
% justificado no dosis objetivo										
ARM			0%	0%				23%		
% justificado no dosis objetivo										
BB	91,20%	95,50%	96,80%	100%				92,70%		94,50%
% prescripción										
IECA/ARAII	100%	100%	100%	100%				90,40%		
% prescripción										
ARM	52%	59%	41%	80%				67%		
% prescripción										
BB	3,50%	4,50%	3,20%	0%				1,6%;		
% contraindicación										
IECA/ARA II	0%							2%;		
% contraindicación										
ARM								5,60%		
% contraindicación										
BB% retirada fármaco	5,20%	0%	10%	0%	32%	46%		3,40%		

IECA/ARA II% retirada fármaco	0%						24%	2,60%			
ARM% retirada fármaco	0%							3,10%			

Conclusiones: El nivel de prescripción de BB e IECA/ARA II es alto, equivalente a otros estudios. La dosis alcanzada es similar a estudios en pacientes de edad o en la práctica clínica de programas de IC e inferior a ensayos clínicos de fármacos. El nivel de fármacos retirados es inferior a estos y similar a estudios observacionales más recientes. Existe un 17,7% con justificación para no obtener dosis objetivo. La optimización es mejorable, un 32% de pacientes en BB y un 39% en IECA/ARA II no están optimizados sin justificación aparente, % inferiores al ESC-HF- Long Term Registry. Hay diferencias según nodos en relación a optimización de BB (p 0,016), quizás debido a diferente formación y práctica clínica de los equipos. A diferencia de otros estudios, el nivel de optimización no se asocia edad (70 y ? 70 años, p = 0,927), Charlson (4 y ? 4) (p 0,061), pero sí con los niveles de Nt-proBNP (1.000 y ? 1.000) (p 0,006). El proyecto EFICAR es efectivo en cuanto a optimización farmacológica de pacientes de IC mejorando sus cuidados habituales y su pronóstico, aunque podría ser mejorable. Se necesitan nuevos estudios sobre optimización farmacológica en la práctica clínica.