Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 740

Revista Española de Cardiología

6037-4. INHIBIDORES DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA EN LA VIDA REAL

Mónica García Monsalvo[1], Marta Alonso Fernández de Gatta[1], Juan Diego Oviedo Rodríguez[1], Marina Benítez Berrocal[2], Isabel Fernández Barroso[2], María Joya Rodríguez[2], Milena Antúnez Ballesteros[1], Fabián Blanco Fernández[1], Daniel Alejandro Bracho Bracchitta[1], Olga Cabañas Tendero[1], Ana Elvira Laffond[1], Javier González Martín[1], Inés Toranzo Nieto[1], Soraya Merchán Gómez[1] y Pedro Luis Sánchez Fernández[1]

[1]Complejo Asistencial Universitario de Salamanca y [2]Universidad de Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: Los inhibidores del sistema renina angiotensina (iSRA), inhibidores de la enzima de conversión de angiontensina (IECA) y antagonistas del receptor de angiontensina II (ARAII), han demostrado reducir la mortalidad tras el infarto agudo de miocardio (IAM) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida (FEVIr). En la actualidad, el inhibidor de receptor de neprilisina y angiotensina (ARNI) sacubitrilo-valsartán no ha demostrado mejoría pronóstica frente a IECA en esta población. El objetivo fue mostrar la experiencia en la vida real del uso de iSRA tras un ingreso por IAM con FEVIr e insuficiencia cardiaca (IC).

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes ingresados por IAM con FEVI # II entre enero 18-diciembre 20. Estudiamos el uso de iSRA y analizamos el impacto pronóstico según el tratamiento al alta: IECA/ARA-II vs ARNI vs ninguno.

Resultados: Se incluyeron un total de 179 pacientes (tabla), de los cuales 39 (21,8%) fallecieron durante el ingreso. De los 140 pacientes con alta hospitalaria, 96 (68,6%) recibieron IECA/ARAII y 19 (10,6%) ARNI. Tras una mediana de seguimiento de 15 [24] meses, hasta 51,4% de los pacientes sufrieron el evento combinado (tabla). El evento combinado de muerte por cualquier causa y/o SCA y/o ingreso por IC y/o AV, durante el seguimiento, se produjo con mayor frecuencia en los pacientes que no recibieron iSRA al alta (ninguno 44 vs ARNI 31,6 vs IECA/ARA-II 35,4%, p = 0,049). De la misma forma, los pacientes que recibieron iSRA, frente a los que no recibieron ninguno de los dos, presentaron menor fallecimiento por cualquier causa (21,1% ARNI vs 26,3% IECA/ARA-II vs 44% ninguno, p = 0,013) y menor fallecimiento por IC (5,3 vs 8,1 vs 38,3%, p = 0,000). No se observaron diferencias significativas en cuanto al fallecimiento por IC, ingreso por IC, aparición de nuevo SCA o AV (fig.).

Características basales, datos al ingreso, tratamiento y de seguimiento de los pacientes con IAM, FEVI # II (n = 179)

	Edad (años) (media ± DE)	74,3 ± 14		Sin AP cardiológicos	100 (56)
	Sexo (varón) (n, %)	136 (75)		Isquémica	49 (27,4)
				Taquiarritmia valvular	9 (5)
				Marcapasos	7 (3,9)
	Hipertensión	106 (59)	Cardiopatía previa (n, %)	Miocardiopatías	3 (1,7)
	Dislipemia	81 (45,3)			
	Tabaquismo	74 (42)			
	Diabetes	71 (39,7)			
Factores de riesgo cardiovascular (n, %)	Enolismo	20 (11,2)			
	Obesidad	47 (26,3)		Enf. vascular periférica	18 (10,1)
				EPOC	19 (10,6)
			Comorbilidad (n, %)	ACV	16 (9)
				ERC	46 (25,7)

Situación al ingreso por infarto agudo de miocardio (n = 179)

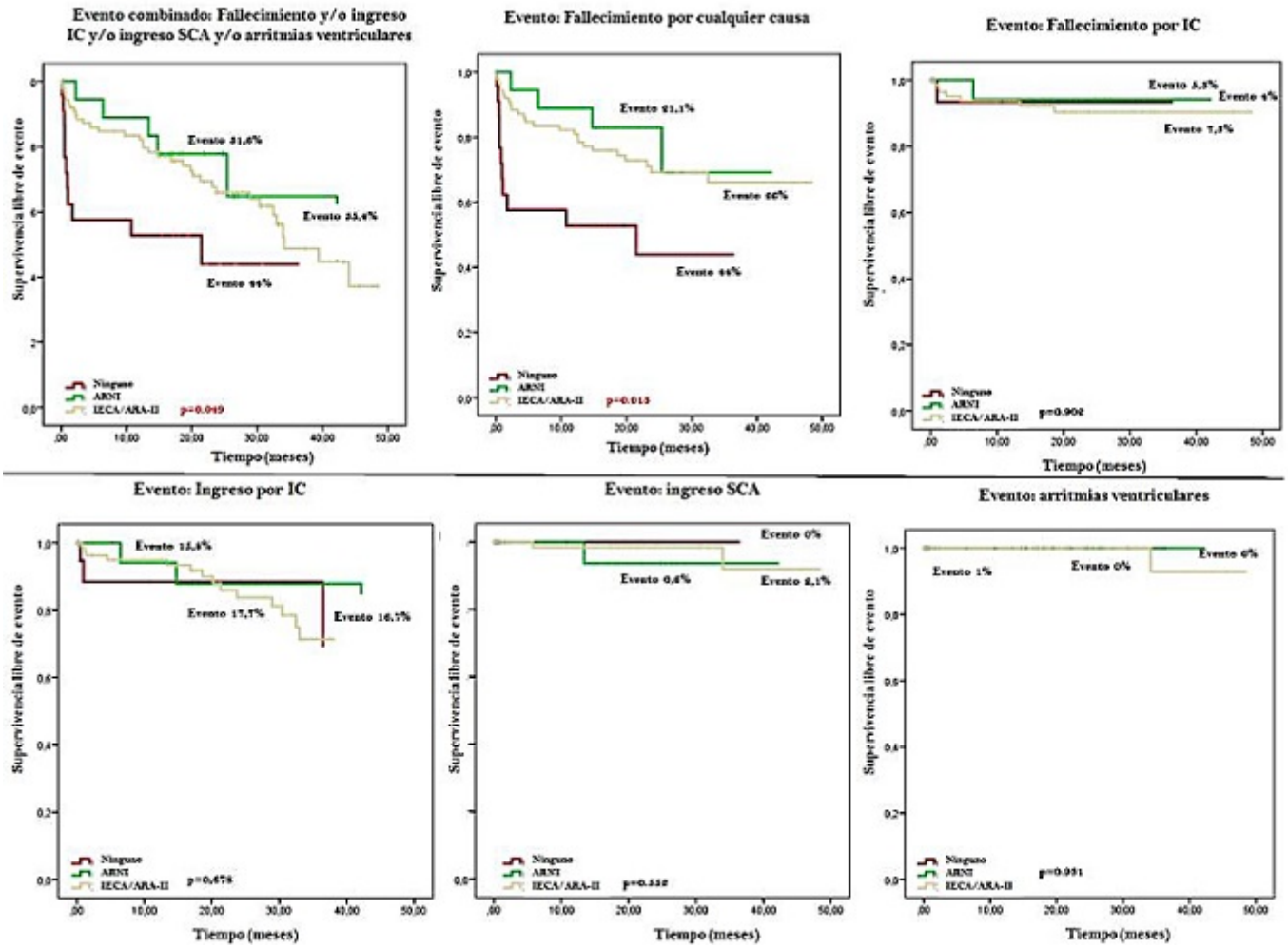
	Killip máximo			FEVI (%)	
Clínica (n, %)	Killip II	79 (44,1)	Imagen cardiaca (media ± DE)	Disfunción ventricular derecha (n, %)	31 ± 8
	Killip III	38 (21,2)		VTDVI index	27 (16)

Killip IV	62 (34,6)	ETT (ml/m^2)	75 ± 23		
		VTSVI index			
		ETT (ml/m^2)	50 ± 18		
Edema agudo de pulmón	58 (36,3)	Valvulopatía grave concomitante	55 (30,7)		
Shock cardiogénico	62 (34,6)				
IC derecha	14 (7,8)				
Parada cardiaca	33 (18,4)	Revascularización percutánea			
Características del infarto (n, %)	SCACEST	100 (56)	Completa	90 (50,2)	
	SCASEST	79 (44,1)	Parcial	55 (30,7)	
	Localización				
	Anterior	93 (52)	Revascularización (n, %)		
	Inferior	17 (9,5)	Revascularización quirúrgica		
	Lateral	3 (1,7)	Completa	1 (0,6)	
	Inferior+ VD	1 (0,6)	Parcial	1 (0,6)	
			Manejo médico conservador	24 (13,4)	

			VM no invasiva		
			VM invasiva	45 (25,1)	
			TSR	28 (15,6)	
			Soporte circulatorio	3 (1,7)	
			ECMO-VA	13 (7,3)	
			Impella CP	5 (2,8)	
	NT-proBNP (pg/ml) mediana [RI]	Soporte (n, %)	4.873 [10.796]	BCIAo	1 (0,6)
	Troponina T US (pg/ml) mediana [RI]		833 [4.249]		
Analítica				Noradrenalina	49 (27,4)
	Creatinina (mg/dl) (media ± DE)		1,42 ± 0,9	Dobutamina	44 (24,6)
				Adrenalina	13 (7,3)
				Levosimendán	16 (9)
Seguimiento					
Supervivencia al alta (n, %)		140 (78,2)		Fallecimiento	77 (43)
	B-Bloq.	115 (64)	Eventos en el seguimiento (n = 140)	Fallecimiento por IC	32 (18)
Fármacos al alta (n, %) (n = 140)	iSRA	115 (64)			
	ARM	84 (47)			

ISGLT2	11 (6,1)		
Ivabradina	17 (9,5)		
Digoxina	2 (1,1)		
Furosemida	84 (47)		
Otros diuréticos	3 (1,7)	Ingreso por IC	23 (12,8)
		Ingreso por SCA	4 (2,2)
		Ingreso por AV	1 (0,6)

iSRA = inhibidor del sistema inhibidores renina angiotensina, SGLT2 = inhibidor del cotrasportador 2 de sodio y glucosa, VTDVI = volumen telediastólico ventrículo izquierdo, VTSVI = volumen telesistólico ventrículo izquierdo.



Análisis de supervivencia según administración de iSRA o no durante ingreso por IAM. Curva Kaplan-Meier.

Conclusiones: En nuestra población, los pacientes que recibieron inhibidores del sistema renina-angiotensina al alta (tanto IECA/ARA-II como ARNI) presentaron mejor pronóstico en cuanto a menor evento combinado y menor fallecimiento por cualquier causa en el seguimiento. Se necesitan más estudios para establecer los beneficios pronósticos del ARNI en esta población.