



6046-4. TRATAMIENTO NEUROHORMONAL TRAS EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA ¿SEGUIMOS LAS RECOMENDACIONES?

Mónica García Monsalvo¹, Marta Alonso Fernández de Gatta¹, Juan Diego Oviedo Rodríguez¹, Marina Benítez Berrocal², Isabel Fernández Barroso², María Joya Rodríguez², Fabián Blanco Fernández¹, Milena Antúnez Ballesteros¹, Olga Cabañas Tendo¹, Daniel Alejandro Bracho Bracchitta¹, Ana Elvira Laffond¹, Javier González Martín¹ y Pedro Luis Sánchez Fernández¹

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

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida ($\leq 40\%$) o insuficiencia cardiaca (IC) tiene indicación de bloqueadores beta (B-Bloq), inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II) y antagonistas del receptor mineralocorticoideo (ARM). El objetivo fue caracterizar el tratamiento neurohormonal con beneficio pronóstico en IC con FEVI reducida (ICFEr) en pacientes con IAM y FEVI reducida.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes supervivientes tras IAM con FEVI $\leq 40\%$ entre enero 2018-diciembre 2020 en un hospital de tercer nivel.

Resultados: De un total 252 pacientes ingresados, sobrevivieron al alta 210 (83,3%) (tabla). El 66,7% presentaron síntomas de IC durante el ingreso. Al alta se indicó tratamiento neurohormonal con inhibidores del sistema renina-angiotensina (iSRA) y B-bloq en más del 80%, en 55,2% ARM, siendo la prescripción de inhibidor de receptor de neprilisina y angiotensina (ARNI) sacubitrilo-valsartán e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) poco frecuente (tabla). Tras una mediana de seguimiento 20 [30] meses, alrededor del 80% recibían iSRA y B-bloq, 57% ARM y 19,8% iSGLT2 (tabla, pacientes con tratamiento conocido n = 167). Los pacientes que recibieron iSRA y ARM al alta presentaron menor mortalidad por cualquier causa. Observamos una tendencia, aunque no estadísticamente significativa a menor mortalidad por cualquier causa en los tratados con B-bloq, sin diferencias en el ingreso por IC o SCA en el seguimiento, y sin diferencias en la aparición de eventos adversos en cuanto a la administración de iSGLT2 (fig.). Observamos una mayor proporción de recuperación de FEVI ($> 50\%$) en los tratados con iSRA (16,2 vs 6,4%, p = 0,024) y B-bloq (16,2 vs 8,1%, p = 0,034).

Características basales, datos al ingreso, tratamiento y de seguimiento (n = 210)

Características basales

Factores riesgo cardiovascular (n, %)	Edad (años) (media $\pm$ DE)	72,8 $\pm$ 13,9	Isquémica	63 (30)
	Sexo (varón) (n, %)	164 (78)	Taquiarritmia	10 (4,8)
	Hipertensión	122 (58,1)	Valvular	4 (1,9)
	Dislipemia	91 (43,3)	Cardiopatía previa (n, %)	
	Tabaquismo	94 (44,8)		
	Diabetes	75 (35,7)		
	Enolismo	24 (11,4)		
Factores riesgo cardiovascular (n, %)	Obesidad	52 (24,8)	Enf. vascular periférica	
			EPOC	20 (9,5)
			ACV	18 (8,6)
			Enf. renal	16 (7,6)
			crónica	42 (20)
			Neoplasia	34 (16,2)
Situación al ingreso por infarto agudo de miocardio				
Clínica (n, %)	Killip máximo		FEVI (%)	33,7 $\pm$ 6,1
	Killip I	70 (33,3)	Imagen cardiaca (media $\pm$ DE)	Disfunción ventricular derecha (n, %)
				28 (13,3)

Killip II	74 (35,2)	VTDVI index	74,3 ± 22,5	
Killip III	35 (16,7)	ETT (ml/m ²)	48,9 ± 17,5	
Killip IV	31 (14,8)	VTSVI index	47 (22,4)	
Edema agudo de pulmón	40 (19)	ETT (ml/m ²)		
<i>Shock</i> cardio	30 (14,3)	Valvulopatía grave concomitante		
génico	9 (4,3)			
IC derecha	17 (8,1)			
Parada cardíaca			Revascularización percutánea	
			Completa	
			Parcial	112 (53,3)
			Revascularización quirúrgica	65 (31)
		Revascularización (n, %)	Completa	1 (0,5)
			Parcial	1 (0,5)
Características del infarto (n, %)	SCACEST	111 (52,9)	Manejo médico conservador	21 (10)
	SCASEST	99 (47,1)		

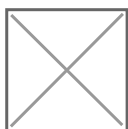
Localización				
Anterior	79 (37,6)			
Inferior	22 (10,5)			
Lateral	3 (1,4)			
Inferior+ VD	3 (1,4)	VM no invasiva	30 (14,3)	
		VM invasiva	15 (7,1)	
		TSR	1 (0,5)	
		Soporte circulatorio	7 (3,3)	
		ECMO-VA	3 (1,4)	
		Impella CP	3 (1,4)	
		BCIAo	1 (0,5)	
		Noradrenalina	26 (12,4)	
		Dobutamina	24 (11,4)	
Analítica	NT-proBNP (pg/ml) mediana [RI]	8.705 [11.300]	Adrenalina	3 (1,4)
	Troponina T US (pg/ml) mediana [RI]	3.520 [6.976]	Levosimendán	12 (5,7)
	Creatinina (mg/dl) (media ± DE)	1,3 ± 0,8		

Seguimiento

			ETT registrado en seguimiento (n, %)	
			FEVI(%) (media ± DE)	118 (56,2)
			Tamaño VI (media +DE)	42,9 ± 10,3
Supervivencia al alta (n, %)	210 (83)		VTDVI index. ETT (ml/m ²)	72,9 ± 2
			VTSVI index. ETT (ml/m ²)	42,8 ± 22,5
			FEVI recuperada (> 50%) (n, %)	31 (14,8)
			Imagen cardiaca (n = 118)	
	IECA	70 (41,9)	Disfunción ventricular derecha (n, %)	9 (4,3)
	ARA II	15 (9)		
	ARNI	52 (31,1)		
Fármacos al alta (n, %)	B-Bloq	136 (81)		
	ARM	96 (57,5)		
	Ivabradina	20 (12)		
	Digoxina	2 (1,2)		
	ISGLT2	33 (19,8)		

Furosemida	76 (45,5)				
	Clase funcional:			Fallecimiento seguimiento	49 (23,3)
	NYHA I	70 (33,3)		Ingreso por IC	33 (15,7)
	NYHA II	61 (29)	Eventos en el seguimiento (n = 140)	Ingreso por SCA	8 (3,8)
Situación clínica (n, %)	NYHA III	11 (5,2)		Arritmias ventriculares	2 (1)
	NYHA IV	3 (1,4)			
	No conocida	65 (31)			

ACV = accidente cerebrovascular, ARNI = inhibidor del receptor de la neprilesina y angiotensina, ARM = Antagonista del receptor mineralocorticoideo, ISGLT2 = inhibidor del cotrasportador 2 de sodio y glucosa.



Fármacos pronósticos al alta y eventos adversos.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la prescripción de fármacos pronósticos tras una IAM con FEVI reducida durante el ingreso y en el seguimiento es mejorable, sobre todo en cuanto a los ARM. El uso de ARNI e iSGLT2 durante el ingreso fue poco frecuente, aumentando su prescripción durante el seguimiento. Los pacientes tratados con iSRA, B-bloq y ARM al alta mostraron menor mortalidad por cualquier causa en el seguimiento. La FEVI se recuperó con más frecuencia en pacientes tratados con iSRA y B-bloq.