



Revista Española de Cardiología



6054-482. TITULACIÓN DE FÁRMACOS NEUROHUMORALES EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Cristina Goena Vives¹, Vanessa Escolar², Ainara Lozano², Kattalin Echegaray³, Patricia Gil⁴, Maitane Pérez de Nanclares⁴, Irene Rilo⁵, Laura Quintas¹, Cristina Gómez⁶, Alaitz Romero⁷, Ibón Rodríguez⁷ y Rubén Natividad⁸, del ¹Hospital de Mendaro, Mendaro (Guipúzcoa), ²Hospital Basurto, Bilbao (Vizcaya), ³Hospital de Zumárraga, Zumárraga (Guipúzcoa), ⁴Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava), ⁵Hospital Donostia, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa), ⁶Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya), ⁷Hospital de Galdakao, Galdakao (Vizcaya) y ⁸Hospital San Eloy, Barakaldo (Vizcaya).

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de insuficiencia cardiaca (IC) no establecen un plazo de tiempo para la titulación de fármacos neurohumorales en ICFeR y en las consultas de cardiología general es difícil alcanzar las dosis máximas toleradas (DMT) en un plazo breve de tiempo. El objetivo del estudio es determinar la capacidad de las unidades de IC (UIC) para titular fármacos neurohumorales en pacientes con ICFeR hasta la DMT.

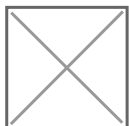
Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico (7 hospitales de distinto nivel). Se han recogido datos del tratamiento al inicio del registro y 16 semanas después, así como otras actitudes terapéuticas en ese intervalo.

Resultados: Se incluyeron 220 pacientes. Al inicio, el 80,1% recibía alguna dosis de IECA-ARAI, el 90,5% bloqueadores beta (BB) y el 60,1% antialdosterónicos. Sin embargo, la DMT era poco frecuente: 15% IECA-ARAI, 12,7% BB y 5,5% antialdosterónicos. En la semana 16 aumenta el uso de BB en el 92,2% y de antialdosterónicos en el 70,5%. El uso de IECA-ARA II alcanza mayor porcentaje de DMT pero disminuye su uso a un 54,5% a expensas del inicio de los ARNI en 94 pacientes (42,7%) y la intolerancia total en 27 pacientes. La ivabradina también aumenta su utilización de forma significativa (p 0,001). En 80 pacientes (40,6%) se redujo la dosis de diurético (tabla). Un alto porcentaje de pacientes al inicio (N = 177, 80,45%) presentan FEVI 35% y NYHA ? II. A pesar de haber pacientes aún en fase de titulación, al final del seguimiento los pacientes con FEVI 35% y síntomas resistentes se reducen a 138 (62,7%) con p 0,001. Durante el periodo de estudio se implantó 1 TRC, hubo una remisión a trasplante cardiaco y otro paciente incluido en programa de paliativos.

Dosis de fármacos neurohumorales al inicio y final del seguimiento

	Inicio (semana 1) DMT inicio		Final (semana 16)	DMT final	p
IECA/ARA-II	178 (80,1%)	33 (15%)	120 (54,5%)	50 (22,7%)	0,001

Bloqueadores beta	199 (90,5%)	28 (12,7%)	203 (92,2%)	94 (42,7%)	0,001
Antialdosterónico	134 (60,1%)	12 (5,5%)	155 (70,5%)	39 (17,7%)	0,001
ARNI	0	0	94 (42,7%)	54 (28,3%)	0,001
Ivabradina	33 (15%)	2 (0,9%)	37 (16,8%)	15 (8,1%)	0,001



Dosis máximas de fármacos neurohumorales en ICFEr al inicio y final del estudio.

Conclusiones: La optimización del tratamiento médico mejora la situación funcional de los pacientes con ICFEr en un plazo corto de tiempo. Las UIC son herramientas útiles en la titulación de fármacos neurohumorales con impacto pronóstico en pacientes con IC y FEr