



5030-3. LIMITACIONES PARA EL INICIO Y TITULACIÓN DE FÁRMACOS CON BENEFICIO PRONÓSTICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA DE NUEVO DIAGNÓSTICO. DATOS EN LA VIDA REAL DEL REGISTRO TIDY-HF

Alberto Esteban Fernández¹, Inés Gómez Otero², Silvia López Fernández³, Miguel Rodríguez Santamarta⁴, Francisco José Pastor Pérez⁵, Paula Fluvià Bruges⁶, José Ángel Pérez Rivera⁷, Andrea López López⁸, José Manuel García Pinilla⁹, Juan Luis Bonilla Palomas¹⁰, Luis Almenar Bonet¹¹, Jorge Vázquez López-Ibor¹², Virgilio Martínez Mateo¹³, Vanesa Alonso Fernández¹⁴ y Cristina Goena Vives¹⁵

¹Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña), ³Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, ⁴Complejo Asistencial Universitario, León, ⁵Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, ⁶Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, ⁷Complejo Asistencial de Burgos, ⁸Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo, ⁹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, ¹⁰Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén), ¹¹Hospital Universitario La Fe, Valencia, ¹²Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), ¹³Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real), ¹⁴Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y ¹⁵Hospital de Mendaró, Guipúzcoa.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías europeas de IC de 2021 recomiendan la implementación del tratamiento cuádruple en pacientes con IC y FEVI \geq 40%. Sin embargo, existen algunas limitaciones que dificultan el inicio y ajuste de dosis de algunos de estos fármacos.

Métodos: Se realizó un registro prospectivo multicéntrico (32 centros a nivel nacional), incluyendo a todos los pacientes con nuevo diagnóstico de IC con FEVI \geq 40%. Se recogieron sus características clínicas y analíticas, así como los cambios en el tratamiento farmacológico al mes y a los 3 meses. Se analizó la aparición de eventos adversos que impidieron el inicio o la titulación de los fármacos: deterioro de la función renal, hipotensión arterial, alteraciones hidroelectrolíticas y otros.

Resultados: En abril de 2022 se habían incluido 534 pacientes, de los cuales estaban disponibles los datos de 419. La edad media era de $65,3 \pm 13,5$ años, siendo el 71,7% varones. La FEVI media fue de $28,5 \pm 7,5\%$, estando el 61,9% en NYHA II. 134 pacientes (32,0%) estaban en FA. La PA sistólica basal era $120,0 \pm 18,4$ mmHg y la FC de $77,6 \pm 17,4$ lpm. 62 pacientes (14,8%) tenían ERC, siendo la Cr basal $1,08 \pm 0,49$ mg/dL (TFG $71,8 \pm 22,3$ ml/min). Las cifras basales de K eran de $4,3 \pm 0,5$ mEq/l. El tratamiento inicial instaurado fue: inhibidores del sistema RAA (iSRAA) en 391 pacientes (93,3%), bloqueadores beta (BB) en 395 (94,2%), antagonistas del receptor mineralocorticoides (ARM) en 318 (75,9%), iSGLT2 en 311 (74,2%) y diuréticos de asa en 307 (73,3%). En la tabla se muestran las principales causas que limitaron el inicio o la titulación de los fármacos. A los 3 meses, de los 146 pacientes con datos disponibles, 137 llevaban iSRAA (93,8%), 140 BB (95,9%), 124 ARM (84,9%), 127 iSGLT2 (87,0%) y 85 (58,2%) diuréticos de asa. 8 pacientes (1,9%) recibieron quelantes para el control de la hiperpotasemia.

Efectos adversos que limitan el inicio o titulación de los fármacos

Fármacos	Basal	Mes 1	Mes 3
iSRAA	n = 80	n = 127	n = 85
Renal	12 (15,0)	15 (11,8)	6 (7,1)
Hiperpotasemia	1 (1,3)	10 (7,9)	5 (5,9)
Hipotensión	39 (48,8)	58 (45,7)	44 (51,8)
BB	n = 109	n = 136	n = 83
Bradicardia/BAV	44 (40,4)	54 (39,7)	39 (47,0)
Hipotensión	25 (22,9)	38 (27,9)	18 (21,7)
Astenia	2 (1,8)	8 (5,9)	2 (2,4)
ARM	n = 125	n = 151	n = 84
Renal	23 (18,4)	18 (11,9)	8 (9,5)
Hiperpotasemia	12 (9,6)	20 (13,3)	17 (20,2)
Hipotensión	31 (24,8)	40 (26,5)	26 (31,0)
iSGLT2	n = 64	n = 49	n = 21
Infección genital	2 (3,1)	0 (0)	0 (0)
Deterioro renal	15 (23,4)	12 (24,5)	6 (28,6)
Diuréticos asa	n = 228	n = 118	n = 46

Congestión presente	144 (63,2)	22 (18,6)	9 (19,6)
Congestión ausente	49 (21,5)	70 (59,3)	25 (54,4)
Deterioro renal	5 (2,2)	7 (5,9)	2 (4,4)

Se incluyen los eventos adversos de los pacientes en los que no se pudieron iniciar o titular los fármacos.

Conclusiones: En una cohorte de pacientes con IC y FEVI ? 40%, la tasa de eventos adversos no impidió el inicio del tratamiento cuádruple en más del 85% de los pacientes. La hipotensión fue la principal limitación para el uso y ajuste de dosis de iSRAA y ARM, seguido del deterioro de la función renal. En el caso de los BB fueron la bradicardia y las alteraciones de la conducción. En el caso de los iSGLT2 el deterioro de la función renal, siendo las infecciones genitales anecdóticas. La reducción progresiva del uso de diuréticos se debió a la ausencia de congestión.