



13. DIFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO AL ALTA TRAS UN INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA SEGÚN LOS DIFERENTES RANGOS DE FRACCIÓN DE EYECCIÓN

Clea González Maniega¹, Miguel Rodríguez Santamarta¹, Álvaro Margalejo Franco², Javier Tobar Ruíz³, Pedro Daniel Perdiguero Martín⁴, Inés Toranzo Nieto⁵, Andrea Moreno Arciniegas⁶, Álvaro Roldán Sevilla⁷, Luis Eduardo Enríquez Rodríguez⁸, Sebastián Isaza Arana⁹, Ramón Andión Ogando¹⁰, María Elena Tundidor Sanz⁶, Adrián Lozano Ibáñez³ y José Ángel Pérez Rivera²

¹Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de León, León, España, ²Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España, ³Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ⁴Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España, ⁵Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España, ⁶Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España, ⁷Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero (Burgos), España, ⁸Hospital Santa Bárbara, Soria, España, ⁹Hospital Comarcal de Medina del Campo, Medina del Campo (Valladolid), España y ¹⁰Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Recientemente, hemos asistido a un cambio de paradigma en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca (IC). Se aboga por un abordaje transversal, introduciendo fármacos con efecto pronóstico de forma precoz y simultánea. Si bien las recomendaciones se basan en estudios realizados en el ámbito ambulatorio, se aconseja iniciar el tratamiento previo al alta tras un ingreso por descompensación. No hay registros en nuestro medio de la prescripción de estos fármacos al alta.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y multicéntrico en el que se han incluido 633 pacientes con ingreso por IC aguda de manera consecutiva durante 1 año. El objetivo del estudio es describir el tratamiento prescrito al alta en los pacientes con IC en función de los diferentes rangos de fracción de eyección (FE).

Resultados: En nuestra muestra, el 63% eran varones y la edad media fue de $72,8 \pm 11,96$ años. En cuanto a la prescripción al alta de los fármacos del tratamiento neurohormonal en la muestra global, el 65% recibió inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA), el 75% bloqueadores beta (BB), el 57% antagonistas de la aldosterona (ARM) y el 61% iSGLT2. En los pacientes con FE reducida, se prescribió iSRAA a un 77%, de los cuales un 55% recibió ARNI, predominando la dosis baja frente a la intermedia y alta (64 vs 27% y 9% respectivamente) (figura). Los BB se prescribieron en un 84%, ARM en 74% e iSGLT-2 en un 77% de los pacientes. En el rango de FE ligeramente reducida, recibieron iSRAA un 70% (ARNI 16%), predominando también la dosis baja frente a la intermedia y alta (75 vs 0% y 25%) (figura). Recibieron BB un 80%, ARM 44,7% e iSGLT-2 un 53,2% de los pacientes. Por último, en el caso de la FE conservada, recibieron iSRAA 51% (49% IECA o ARAII). Los BB se pautaron en el 62% de los pacientes, los ARM en el 40% y un 45% recibieron iSGLT2.

Prescripción del tratamiento neurohormonal al alta según la fracción de eyección

Tratamiento Rango de FE

	FE reducida	FE ligeramente reducida	FE conservada
IECA/ARA II	21,7%	53,9%	49%
ARNI	54,7%	15,8%	2%
Bloqueadores beta	84%	80,3%	62%
ARM	74,2%	44,7%	40,2%
iSGLT2	77,4%	53,2%	44,7%

FE: fracción de eyección; ARM: antagonistas del receptor mineralocorticoide; iSGLT2: inhibidor del cotransportador sodio-glucosa.



Dosis de ARNI al alta.

Conclusiones: El porcentaje de prescripción de tratamiento modificador de la enfermedad tras ingreso hospitalario es alto, superando el 55% en todos los grupos farmacológicos. En los pacientes con IC y FE reducida, existe margen de mejora en la prescripción de ARNI, al igual que la prescripción de iSGLT-2 en el grupo de ICFE conservada. En el grupo de ICFE ligeramente reducida la prescripción es sustancialmente menor al de ICFE reducida. Probablemente, la existencia de protocolos conjuntos mejoraría el porcentaje de prescripción en todos los grupos de pacientes.