



9. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CUÁDRUPLE EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI 50% DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA, ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR? EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Beatriz de Tapia Majado, Miguel Hernández Hidalgo, Ángel Víctor Hernández Martos, Laura de la Fuente Blanco, Alfredo Barrio Rodríguez, Estefanía Iglesias Colino, Soraya Merchán Gómez, Francisco Martín Herrero, M^a Jesús Velasco Cañedo, Carmen Oreja Sánchez, Daniel Alejandro Bracho Bracchitta y Pedro Luis Sánchez Fernández

Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento cuádruple con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o inhibidores de la neprilisina (INRA o ARNI), bloqueadores beta (BB), antagonistas del receptor mineralocorticoide (ARM) e inhibidores del cotransportador sodio glucosa (iSGLT2) es actualmente el pilar de tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida (FEVI-r, 40%) o ligeramente reducida (FEVI-lr, 40-49%). Todos ellos han demostrado reducción de hospitalizaciones por IC y mortalidad; al igual que sucede con los programas de rehabilitación cardiaca (RC), un entorno ideal para optimizar este tratamiento farmacológico.

Métodos: Se analizaron los pacientes que completaron el programa de RC en nuestro centro desde abril de 2022 hasta abril de 2023. Se realizó un estudio descriptivo de la muestra. Se valoró la significación estadística mediante análisis univariable con test t de Student para muestras independientes.

Resultados: En total completaron el programa 227 pacientes, de los cuales el 37,9% tenían IC con FEVI reducida o ligeramente reducida. El 82,6% eran varones, y solo un 17,4% mujeres. La edad media fue de 62 años. La etiología principal fue la cardiopatía isquémica (77,9%), con un 74,6% de estos pacientes como síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Un 14% tenían miocardiopatía dilatada idiopática, seguida de otras etiologías menos frecuentes recogidas en la tabla. La FEVI media antes del inicio del programa de RC era del 36,7%, mejorando hasta 44,1% tras completarlo. Los pacientes con cardiopatía isquémica presentaron una FEVI significativamente mayor que el resto de etiologías. Además, en los pacientes con menor FEVI hay una mayor prescripción de ARNI, ARM e iSGLT2 y menor de IECA/ARA-2. En la evaluación tras el programa de RC, además de una mejoría en la FEVI, se objetiva una optimización significativa del tratamiento con ARNI, ARM e iSGLT2.

Rehabilitación cardiaca en insuficiencia cardiaca

Tamaño muestral

86 (100)

Edad	62 ± 10,5
------	-----------

Género

Hombre	71 (82,6)
--------	-----------

Mujer	15 (17,4)
-------	-----------

Cardiopatía Isquémica	67 (77,9)
-----------------------	-----------

SCACEST	50 (74,6)
---------	-----------

SCASEST	17 (25,4)
---------	-----------

Otros

Miocardiopatía dilatada idiopática	12 (14)
------------------------------------	---------

Cardiopatía valvular	4 (4,7)
----------------------	---------

Cardiopatía congénita	1 (1,2)
-----------------------	---------

Amiloidosis	1 (1,2)
-------------	---------

Cardiotoxicidad	1 (1,2)
-----------------	---------

FEVI

≥ 40%	54 (62,8)
-------	-----------

41-49%	32 (37,2)
--------	-----------

FEVI

Previa	36,7 ± 7,7
--------	------------

Posterior	44,1 ± 9,7
-----------	------------

p	0,001
---	-------

Tratamiento previo

IECA/ARA-2	46 (53,5)
------------	-----------

ARNI	34 (39,5)
------	-----------

BB	77 (89,5)
----	-----------

ARM	66 (76,7)
-----	-----------

ISGLT2	60 (69,8)
--------	-----------

Tratamiento posterior

IECA/ARA-2	31 (36)
------------	---------

ARNI	50 (58,1)
------	-----------

BB	82 (95,3)
----	-----------

ARM	69 (80,2)
-----	-----------

ISGLT2	74 (86,6)
--------	-----------

FEVI previa - Cardiopatía Isquémica

Sí	38,5 ± 7,03
----	-------------

No	30,8 ± 7,08
----	-------------

p	0,001
---	-------

FEVI previa-IECA/ARA-2 previo

Si $38,9 \pm 8,6$

No $34,1 \pm 5,7$

p 0,004

FEVI previa-ARNI/ARM/iSGLT2 previo

Sí $33,3 \pm 5,3/34,6 \pm 7,4/34,3 \pm 7,4$

No $38,8 \pm 8,3/43,6 \pm 3,8/42,2 \pm 5,5$

p 0,001

FEVI posterior - Cardiopatía isquémica

Sí $46,2 \pm 9,6$

No $37,2 \pm 6,3$

p 0,001

FEVI posterior-IECA/ARA-2 posterior

Sí $39,5 \pm 6,6$

No $52,4 \pm 9$

p 0,001

FEVI posterior-ARNI, BB, ARM e iSGLT2 posterior

Sí $39,1 \pm 6,3/43,5 \pm 9,4/41,5 \pm 8,2/42,4 \pm 8,5$

No 51 ± 9,5/56,8 ± 7,7/54,6 ± 8,3/54,8 ± 10,3

p 0,001/0,007/0,001/0,001

IECA/ARA-2 posterior

FEVI ? 40% previa 7 (13)

FEVI 41-49% 24 (75)

p 0,001

ARNI posterior

FEVI ? 40% previa 44 (81,5)

FEVI 41-49% 6 (18,8)

p 0,001

BB posterior

FEVI ? 40% previa 53 (98,1)

FEVI 41-49% 29 (90,6)

p 0,112

ARM posterior

FEVI ? 40% previa 53 (98,1)

FEVI 41-49% 16 (50)

p 0,001

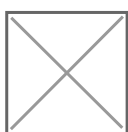
iSGLT2 posterior

FEVI $\geq$ 40% previa 52 (96,3)

FEVI 41-49% 22 (68,8)

p 0,001

Las variables cuantitativas están expresadas como media $\pm$ desviación estándar. Las variables cualitativas están expresadas como números (porcentajes). La significación estadística está expresada como p.



Gráficos de barras y sectores de la etiología de la insuficiencia cardiaca y de la tasa de tratamiento neurohormonal previo y posterior al programa de rehabilitación cardiaca.

Conclusiones: La RC es un entorno ideal para abordar desde un punto de vista multidisciplinar la IC, especialmente en los pacientes con FEVI reducida. Por ello, estos programas constituyen una gran oportunidad para optimizar el tratamiento farmacológico con demostrado beneficio cardiovascular en este grupo de pacientes, que, a su vez se refleja en una mejoría de la FEVI.