



6006-34. USO DE LA CUÁDRUPLE TERAPIA EN PACIENTES COMPLEJOS TRAS UNA HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDIACA: IMPLEMENTACIÓN DE LAS NUEVAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y FACTORES LIMITANTES

Gonzalo García Martí, Inés Ramos González-Cristóbal, Miguel Ángel Márquez Rivera, Miriam García Cocera, Joaquín García Martínez, Josebe Goirigolzarri Artaza, María Alejandra Restrepo Córdoba, Irene Marco Clement, Juan Carlos Gómez Polo, Julia Playán Escribano, Javier Higuera Nafria, Isidre Vila Costa, Julián Pérez-Villacastín Domínguez y David Vivas Balcones

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: A pesar de la consolidación en las guías de práctica clínica de la cuádruple terapia para la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr), no es desdeñable el porcentaje de pacientes que son dados de alta sin alguna de las 4 líneas iniciada, especialmente si se trata de paciente complejos. El objetivo de nuestro trabajo es comparar la implementación del tratamiento médico óptimo entre pacientes mayores y menores de 85 años, así como en pacientes con y sin antecedente de cáncer.

Métodos: Se recogieron prospectivamente los datos de pacientes ingresados por descompensación de IC en un hospital terciario durante 16 meses entre finales de 2021 y 2023. Se recogieron datos clínicos, analíticos, ecocardiográficos y de su tratamiento al ingreso y alta; así como el seguimiento en cuanto a reingresos y mortalidad hasta abril de 2024.

Resultados: Entre los pacientes con IC-FEr mayores de 85 años ($n = 26$) se observa en el tratamiento al alta, en comparación con los menores de 85 años ($n = 152$), una menor proporción de pacientes con antagonistas del receptor mineralocorticoide (ARM), inhibidor de neprilisina y receptor de angiotensina (INRA) e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2 (iSGLT2), todo ello de forma estadísticamente significativa (tabla). El uso de bloqueadores beta es discretamente menor, aunque sin lograr la significancia. Por otra parte, en los mayores de 85 años, la proporción de pacientes tratados con inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA) es mayor, de forma no significativa. Si comparamos a los pacientes con IC-FEr y cáncer ($n = 40$), en el tratamiento al alta se objetiva una implementación significativamente menor de los INRA (7,5 vs 21,4%; $p = 0,022$) en comparación con los que no tienen cáncer ($n = 182$). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto al uso de iSRAA (42,5 vs 36,3%; $p = 0,276$), bloqueadores beta (42,5 vs 47,8%; $p = 0,32$), ARM (35,0 vs 36,3%; $p = 0,793$) ni iSGLT2 (42,5 vs 42,9%; $p = 0,915$).

Tratamiento al alta en
pacientes con IC-FEr en
función de la edad

| | IC-FEr 85 años (n = 152) | IC-FEr > 85 años (n = 26) | p |
|--|--------------------------|---------------------------|---|
| | | | |

| | | | |
|-----------------|--------|-------|--------------|
| Bloqueador beta | 50,76% | 45,9% | 0,359 |
| iSRAA | 44,0% | 52,2% | 0,460 |
| INRA | 42,8% | 11,5% | 0,002 |
| ARM | 57,0% | 30,4% | 0,018 |
| iSGLT2 | 55,3% | 13,0% | 0,001 |

IC-FEr: insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida;
iSRAA: inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona; INRA: inhibidor de neprilisina y receptor de angiotensina; ARM: antagonistas del receptor mineralocorticoide; iSGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2.

Conclusiones: Aunque la evidencia científica a favor de la cuádruple terapia es sólida y queda reflejada en las guías, existen ciertos factores que dificultan la implementación de la misma. En nuestro estudio, objetivamos cómo la edad superior a 85 años (posiblemente en relación con la inercia terapéutica) y el antecedente de cáncer son algunos de los motivos.