Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 101

Revista Española de Cardiología

6104-5. EFICACIA DE UNA ESTRATEGIA MODERADA FRENTE A INTENSIVA EN LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO PARA LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Cristina Cánovas Galindo[1], Jesús Gabriel Sánchez Ramos[1], Diego Segura Rodríguez[1], Ángel Prades Sánchez[1], Nacho Arroyo Crespo [1], Ana Vallejo Yuste[1], Hadi Nagib Raya[1], Daniel Montes Chacón[1], Sara Corpas Pérez[1], Alfredo José Pardo Cabello[2], María Teresa Molina Ruiz[1], Norberto Herrera Gómez[1], Alicia Bautista Pavés[1], Pablo Toledo Frías[1] y Eduardo Moreno Escobar[1]

[1]Servicio de Cardiología y [2]Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La actualización de las guías europeas recomienda una estrategia «intensiva» de titulación en las primeras 6 semanas tras el diagnóstico de insuficiencia cardiaca (IC). Sin embargo, los pacientes atendidos en la práctica clínica difieren sustancialmente de los ensayos clínicos. El objetivo es comparar una estrategia «moderada» de inicio y titulación progresiva frente a la estrategia intensiva, en porcentajes de titulación y eventos (reingresos por IC o muerte a 180 días).

Métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte propia con estrategia moderada, de pacientes consecutivos con diagnóstico reciente de IC con fracción de eyección reducida y seguidos en una unidad especializada. Se iniciaron las cuatro líneas de medicamentos cuanto antes con titulación progresiva cada 2 semanas, idealmente durante los primeros 3 meses, y con el apoyo de una enfermera especializada. Se compara con una cohorte de estrategia intensiva del grupo de cuidados de alta intensidad del estudio Strong-HF.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes en la estrategia moderada, el 66% procedentes de alta hospitalaria y el resto de consulta externa, con una edad media de 65 años y mujeres el 28%. Con respecto a la cohorte intensiva, nuestra cohorte tenía mayor edad, mayor grado funcional II-III y menor fracción de eyección (tabla). Se inició terapia cuádruple en 53 (35,3%) pacientes, triple en 57 (38%) y doble en 28 (18,7%), y a los tres meses ya estaban con terapia cuádruple 131 (87,3%) (p 0,001). Se completó la titulación dirigida por guías en los primeros tres meses en 116 (77,3%) pacientes y en otros 23 (15,3%) más en los siguientes tres meses. Se alcanzó al final la dosis igual o superior a la mitad de la objetivo en el 98,3% de antialdosterónicos, 69,2% de IECA/ARAII/ARNi y 69,9% de bloqueadores beta. Además, el 92% recibieron tratamiento con iSGLT2 (figura). La mediana de visitas de enfermería fue 5 y médicas 3. 6 pacientes (4%) tuvieron reingreso por insuficiencia cardiaca o muerte en los primeros 180 días, frente a 72 (14,6%) descrita en la cohorte intensiva (p 0,001).

Características basales de las cohortes de comparación			
	Moderada intensidad (Cohorte propia) (n = 150)	Alta intensidad (Cohorte Strong-HF) (n = 542)	p

Edad	65,2 (12,8)	62,9 (13,5)	0,03
Sexo (mujer)	42 (28%)	216 (40%)	0,001
Fibrilación auricular	43 (28,6%)	229 (42%)	0,001
Diabetes	49 (32,7%)	152 (28%)	0,2
SCA	49 (32,7%)	166 (31%)	0,3
Bypass coronario	3 (2%)	27 (5%)	0,11
ICP	50 (33%)	80 (15%)	0,001
DAI	5 (3,3%)	3 (0,6%)	0,02
NYHA II o III	124 (83%)	363 (67%)	0,001
Etio isquémica	65 (43,3%)	260 (39,9%)	0,43
FEVI inicial	31,9 (7,2)	36,7 (12,57)	0,001

Porcentajes de titulación objetivo FEVI reducida.

Conclusiones: Una estrategia de moderada intensidad en el inicio y titulación de fármacos en una unidad especializada, consigue lograr una terapia cuádruple de forma temprana y a dosis adecuadas en pacientes con IC de diagnóstico reciente. Esta estrategia no parece acompañarse de mayor mortalidad ni de ingresos por insuficiencia cardiaca.