



342 - ¿ES ADECUADO EL MANEJO DE LA CONGESTIÓN Y LA FASE ESTABLE EN LOS INGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA? APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Sara Rodríguez Vega, Alejandro Licetti Bermúdez, Elena Criado Hevia, Claudia Saavedra Fernández, Ana María Álvarez Suárez, Marta Suárez Acebedo, Carmen Quintana López y María Jesús Barragán González

Hospital de Cabueñes, Gijón, España.

Resumen

Objetivos: Revisar el manejo clínico de la fase congestiva y la fase estable en los ingresos por insuficiencia cardiaca (IC). Valorar el grado de aplicabilidad de las guías en el manejo de la insuficiencia cardiaca aguda (ICA).

Métodos: Estudio descriptivo de los ingresos con diagnóstico de IC en el Servicio de Medicina Interna de un hospital terciario durante un periodo de 1 mes. Se utiliza el protocolo de ICA de la SEMI integrado en el programa informático.

Resultados: Se recogen un total de 37 pacientes ingresados por IC en mayo 2023. El 56,75% mujeres y la edad media era 85,18 años. Presentaban FEVI preservada (62,16%), reducida (24,32%) intermedia (8,11%) y desconocida (5,41%). Respecto a la fase congestiva, solo en el 8,10% se retiró los fármacos modificadores de la enfermedad (1 caso por inestabilidad, 1 hiperpotasemia y 1 por deterioro renal). El 16,21% precisó ventilación mecánica no invasiva. En relación al tratamiento inicial: furosemida 20-40 mg iv (89,18%) y furosemida > 40 mg iv (10,81%), teniendo un 18,91% > 80 mg de furosemida oral en el domicilio. Un caso precisó nitroglicerina iv. El 78,37% se mantuvo congestivo a las 24h o con diuresis < 3 L por lo que en el 96,55% de estos se duplicó la dosis de furosemida, en 5,40% se asoció tiazida y 2,70% acetazolamida. Respecto a la fase estable, se inició modificadores de la enfermedad: 48,64% betabloqueantes, 40,54% inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), 29,72% inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de angiotensina (ARA2), 24,32% antagonistas del receptor mineralocorticoide (ARM), 2,70% inhibidor del receptor angiotensina-nepriilisina (ARNI). El 5,40% recibió hierro carboximaltosa. Al alta en FEVI preservada estaba optimizado 52,17% con iSGLT2. En reducida e intermedia estaba optimizado con: betabloqueante (91,66%) IECA/ARNI (58,33%), iSGLT2 (50%) y ARM (41,66%). Se inicio seguimiento en unidad de IC en el 10,81%. El riesgo de reingreso estimado fue 40,54%.

Discusión: En la fase congestiva la retirada de fármacos modificadores de la enfermedad fue < 10% y el motivo fue según las consideraciones de las guías. Al ingreso la dosis inicial de furosemida fue 20-40 mg en el 89,18%. Teniendo en cuenta la dosis de diurético previo en la mayoría la tendencia fue a pautar la misma dosis que en el domicilio, aunque las recomendaciones tienden a recomendar

hasta 2,5 veces la dosis previa. En el 96,55% al persistir congestivo se duplicó la dosis de furosemida adecuadamente. Respecto a la fase estable, el uso de iSGLT2 está demostrado que reduce la mortalidad cardiovascular e ingresos por IC aunque en esta serie en algo más del 40% no se inició al alta. En FEVI reducida destaca el escaso inicio de ARNI < 3%, fármaco junto con betabloqueantes, dentro de los 4 modificadores, que más aumenta la supervivencia. Aunque el tratamiento con al menos 1 fue superior al 40%.

Conclusiones: El tratamiento inicial diurético podría intensificarse así como en fase estable optimizarse el inicio de fármacos modificadores valorando el alto riesgo de reingreso. Este protocolo puede ser un medio facilitador de revisión del tratamiento pautado y una herramienta útil.