Rev Clin Esp. 2023;224(Supl 2):S975

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

294 - TITULACIÓN DE FÁRMACOS DESDE EL DIAGNÓSTICO A LA ÚLTIMA CONSULTA EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA WILD-TYPE (ATTRWT): EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

Rodrigo Miranda Godoy, José María Basauli Felices, Anatolio Alonso Crespo, Laura Ibarra Veganzones, Antonio Terrón Muñiz, Lucía de Jorge Huerta, Fernando Aguilar Rodríguez y Daniel Ferreiro López

Hospital 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Identificar cambios en titulación de fármacos en la cohorte de pacientes con amiloidosis cardiaca por ATTRwt de nuestro hospital.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico hecho a partir de una base de datos de todos los pacientes con amiloidosis cardiaca por ATTRwt en seguimiento por la Unidad de Insuficiencia Cardiaca de nuestro hospital. Fueron incluidos todos aquellos pacientes con diagnóstico confirmado por gammagrafía grado 2 o 3 y test genético negativo, considerándose fecha del diagnóstico como fecha de realización de dicha gammagrafía. 18,2% presentaron pico monoclonal descartándose amiloidosis AL por parte del equipo médico tratante. Se consideró la prescripción y dosis de cada fármaco al momento del diagnóstico y en la última consulta. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS. Las variables cualitativas se expresaron como porcentaje y se determinó contraste de hipótesis mediante test McNemar de muestras apareadas. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar y se determinó el contraste de hipótesis mediante T de Student para datos apareados. En todas las pruebas se consideró nivel de significación 0,05.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes con amiloidosis ATTRwt, 75,8% varones de 87,7 ± 4,8 años de edad. Las comorbilidades más frecuentes fueron DM2 (84,8%), HTA (75,8%), ERC (62,1%) y FA (59,1%). Al momento del diagnóstico, la mayoría de los pacientes estaba en NYHA II (48,5%) y presentaba FEVI 54,7 ± 10,5% con un grosor de septo 16,8 ± 2,9 mm. Ningún paciente recibió tratamiento con tafamidis. El tiempo de seguimiento desde el diagnóstico a la última consulta fue de 1,6 ± 1,5 años, periodo en el cual los pacientes presentaron aumento de los niveles de ProBNP (5.075 ± 4.701 a 8.491 ± 9.539) junto con disminución de FEVI (52,11 ± 11% a 49,9 ± 12,7%) y aumento del grosor septal (16,6 ± 2,8 mm a 17,2 ± 3 mm) de forma significativa. Presentaron además deterioro de la función renal (Creatinina 1,32 ± 0,6 a 1,57 ± 0,74). No hubo diferencias en el porcentaje de prescripción de iECA, ARAII, sacubitrilo/valsartán, betabloqueadores o antialdosterónicos en ese periodo. Sin embargo, hubo un aumento del porcentaje de pacientes con SGLT2 (13,6% a 56,9%), furosemida (78,8% a 93,1%, con aumento de dosis 47,7 ± 36,5 mg a 60 ± 41 mg) y furosemida + clortalidona (6,1% a 10,3%). Presentaron además mayor dosis de espironolactona no significativa (25,8 ± 23 a 32,5 ± 23,4 mg) y menor dosis de iECA/ARAII (14,9 ± 11,7 mg a 8,5 ± 11,5 mg).

	Población (n=66)
Sexo	75,8% hombres
Edad	87,7 ± 4,8 años
DM2	84,8 %
HTA	75,8 %
ERC	62,1 %
FA	59,1 %
DLP	51,5 %
CI	13,6 %
EPOC	9,1 %
FEVI Dg	54,7 ± 10,5 %
Grosor septo Dg	16,8 ± 2,9 mm
NYHA I	34,8 %
NYHA II	48,5 %
NYHA III	13,6 %
NYHA IV	3 %

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

	Diagnóstico	Última consulta	Valor p
Cambios fármacos (n=58)			
iECA	16,7%	17,2%	1,0
ARAII	6,1%	5,2%	1,0
ARNI	4,5%	8,6%	0,5
BB	43,9%	36,2%	0,3
ALD	33,3%	37,9%	0,79
SGLT2	**13,6%**	**56,9%**	**<0,05**
Furosemida	**78,8%**	**93,1%**	**0,02**
Cambios analíticos (n=66)			
Crea	**1,32 ± 0,63**	**1,57 ± 0,74**	**<0,05**
ProBNP	**5075 ± 4701**	**8491 ± 9539**	**0,01**
Cambios ecográficos (N=32)			
FEVI	52,1% ± 11	49,9% ± 12,7	0,28
Grosor septo	16,6 ± 2,8 mm	17,2 ± 3 mm	0,20

	Dosis Diagnóstico	Dosis Última consulta	Valor p
Enalapril (o dosis equivalente)	14,9 ± 11,7 mg	8,5 ± 11,5 mg	0,01
Bisoprolol (o dosis equivalente)	3,75 ± 3,2 mg	3,0 ± 3,3 mg	0,21
Espironolactona (o dosis equivalente)	25,8 ± 23 mg	32,5 ± 23,4 mg	0,23
Furosemida (o dosis equivalente)	47,7 ± 36,5 mg	60 ± 41 mg	0,02
Solo furosemida	72,7%	82,8%	0,01
Furosemida + Clortalidona	6,1%	10,3%	

Conclusiones: A medida que progresa la enfermedad, nuestra cohorte presenta deterioro de FEVI y aumento del grosor septal con mayores niveles de proBNP a pesar del tratamiento farmacológico, todos datos de mal pronóstico en contexto de evolución natural de la enfermedad. Esto además se acompaña de mayor resistencia diurética, con tendencia significativa a aumentar la dosis de los fármacos diuréticos (SGLT2, furosemida y furosemida + clortalidona) y reducir dosis de fármacos hipotensores (iECA/ARAII). Hacen falta más estudios para determinar la forma más adecuada de titulación de fármacos en pacientes con amiloidosis cardiaca por ATTRwt.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.