Rev Clin Esp. 2023;224(Supl 2):S976

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

919 - TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA. ¿PODEMOS OPTIMIZAR?

Ainhoa Castiella Aranzasti, María López de San Román Luque, Pablo Aragón Muñoz, Maider Olaizola Guerrero, Maddi Taboada Palacios, Ander Goyache Moreno, Enara Echauri Carlos, June García Báscones y Julio Sánchez Álvarez

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

Resumen

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo del tratamiento fundacional para el manejo de la insuficiencia cardíaca (IC), antes y después de una descompensación de que requiere de ingreso en un Servicio de Medicina Interna.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo del manejo terapéutico de la IC en pacientes que ingresan por descompensación de la misma desde Urgencias en planta de Medicina Interna de un Hospital de Tercer Nivel, durante tres meses (desde el 01/01/2023 al 31/03/2023).

Resultados: Contamos con un total de 181 casos; la edad media fue de 69 años (rango 50-97) y la distribución por sexos fue de 81 mujeres (45%) y 100 hombres (55%). La tasa de *exitus* global fue del 21% (38/181). Pudimos recoger la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) de 169 pacientes, de los cuales 59 tenían FEVI deprimida (15 *exitus*; 25% de *exitus* global) y 109 FEVI preservada (18 *exitus*; 19% de *exitus* global) (tabla 1). En pacientes con FEVI deprimida, destacaba que casi todos (> 90%) llevaban biterapia, y hasta un 70% triple terapia; 3 pacientes llevaban cuádruple-terapia (1 de ellos *exitus*). Al alta, la triple terapia aumenta al > 80%, y 5 pacientes llevaban cuádruple-terapia (+3). Asimismo, revisamos la diferencia de uso de i-SGLT-2 entre pacientes diabéticos (DM2) y no diabéticos (No DM2) según su FEVI (tabla 2).

Tabla 1

	Al ingreso			*Exitus*			Al alta		
	Total (n = 181)	FEVId (n = 59)	FEVIp (n = 122)	Total (n = 38)	FEVId (n = 15)	FEVIp (n = 23)	Total (n = 143)	FEVId (n = 44)	FEVIp (n = 99)

BB	Sí	114 (63%)	44 (75%)	70 (58%)	23 (20%)	12 (27%)	11 (16%)	97 (68%)	37 (84%)	60 (60%)
	No	66 (34%)	15 (25%)	51 (41%)	15 (23%)	3 (20%)	12 (24%)	45 (32%)	7 (16%)	38 (38%)
IECA/ARA2	Sí	82 (46%)	25 (42%)	57 (46%)	15 (18%)	7 (28%)	8 (14%)	69 (48%)	21 (48%)	48 (48%)
	No	98 (54%)	34 (38%)	64 (64%)	24 (19%)	8 (24%)	15 (24%)	74 (52%)	23 (52%)	51 (52%)
ARM	Sí	25 (14%)	10 (17%)	15 (13%)	8 (32%)	3 (30%)	5 (33%)	33 (23%)	14 (32%)	19 (20%)
	No	155 (86%)	49 (83%)	106 (87%)	30 (19%)	12 (25%)	18 (17%)	110 (77%)	30 (68%)	80 (80%)
ARNI	Sí	7 (4%)	6 (10%)	1 (1%)	2 (28%)	2 (33%)	0 (0%)	9 (6%)	5 (11%)	4 (5%)
	No	174 (96%)	53 (90%)	121 (99%)	36 (20%)	13 (24%)	23 (19%)	134 (94%)	39 (89%)	95 (95%)
iSGLT-2	Sí	36 (20%)	18 (30%)	18 (15%)	10 (28%)	5 (28%)	5 (28%)	62 (43%)	24 (55%)	38 (38%)
	No	144 (80%)	41 (70%)	103 (85%)	28 (19%)	10 (24%)	18 (18%)	81 (57%)	20 (45%)	61 (60%)

Tabla 2

		Al ingreso	*Exitus*	Al alta
DM2 (n = 69)	FEVI preservada (n = 40)	12 (45%)	4	18 (50%)
	FEVI deprimida (n = 29)	13 (45%)	3	17 (65%)

	FEVI preservada (n = 69)	5 (7%)	1	17 (25%)
No DM2 (n = 99)				
	FEVI deprimida (n = 30)	5 (17%)	2	7 (25%)

Discusión: Recientemente, los nuevos ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) han cambiado el *gold-standard* del tratamiento de la IC con FEVI deprimida (FEVId). Parece que esto ha supuesto un cambio claro en la práctica clínica: en nuestra muestra, existe un aumento en el uso de TODOS estos fármacos al alta, todavía mayor en pacientes con FEVId[1-8]. No obstante, en nuestro análisis sorprende que quienes, al ingreso, llevaban ARM, ARNI y/o i-SGLT2, tenían una mayor tasa de mortalidad; tanto en FEVIp como FEVId. Esto quizá se deba a que estos fármacos se reservan a pacientes con IC más avanzada. A pesar de existir escasas evidencias que demuestren el beneficio del uso combinado de estos fármacos, hay estudios que sugieren que la terapia "fundacional" (o cuádruple-terapia) podría tener un efecto aditivo con respecto a la eficacia de estos fármacos de forma individual. Con todo, el perfil de paciente candidato a estos tratamientos podría ser diferente en nuestro contexto: una media de edad mucho mayor que en los ECAs; un porcentaje de comorbilidad mayor.... Además, todavía no sabemos cómo aplicar esta evidencia a la FEVIp. Por último, el uso de i-SGLT2 plantea un serio debate, en particular, en pacientes SIN DM2, en los que su uso cada vez es más frecuente en contexto de IC.

Conclusiones: Los ingresos por IC son un momento crítico para la optimización del tratamiento de los pacientes con IC. Esto es ya una realidad, aunque todavía hay una ventana de oportunidad de mejora - especialmente con respecto a BB e iSGLT-2 en FEVIp (estos últimos, particularmente en pacientes con DM2). Sin embargo, es posible que los pacientes que ingresan en MI puedan ser peores candidatos a la "optimización" del tratamiento, por su complejidad (alta mortalidad hospitalaria), como por ser un grupo de pacientes peor estudiados.

Bibliografía

1. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure.
2. Sharma A, *et al*. Optimizing foundational therapies in patients with hfref, JACC: Basic to Translational Science. 2022;7(5):504-17.
3. Dixit NM, *et al*. Cost-effectiveness of comprehensive quadruple therapy for heart failure with reduced ejection fraction, JACC: Heart Failure. 2023;11(5):541-51.
4. McMurray JJVV, Packer M, Desai AS, *et al*. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. N Engl J Med. 2014;371:993-1004.
5. McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, *et al*. Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction. N Engl J Med. 2019;381:1995-2008.
6. Zannad F, McMurray JJV, Krum H, *et al*. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. N Engl J Med. 2011;364:11-21.
7. Krumholz H, *et al*. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomised trial. Lancet. 1999;353:2-3.
8. Packer M, Coats A, Fowler MB, *et al*. Effect of Carvedilol on Survival in Severe Chronic Heart Failure. N Engl J Med. 2001;344:1651-8.

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