



## EV-51. - FACTORES RELACIONADOS CON LA INFRAUTILIZACIÓN DE IECA Y ARA II EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

M. Sánchez Galián<sup>1</sup>, S. Manzano Fernández<sup>1</sup>, F. Cambronero Sánchez<sup>3</sup>, J. Abellán Alemán<sup>2</sup>, Á. López Cuenca<sup>4</sup>, P. Flores Blanco<sup>1</sup>, M. Sánchez Martínez<sup>1</sup>, A. Mateo Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia. <sup>2</sup>Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica San Antonio. Murcia.

<sup>4</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia.

### Resumen

**Objetivos:** 1. Identificar el porcentaje de prescripción de IECA y ARA II en una cohorte de pacientes hospitalizados por un síndrome coronario agudo. 2. Estudiar qué variables clínicas se asocian con una menor indicación de IECA y ARA II en una cohorte de síndrome coronario agudo de nuestro medio.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes ingresados de manera consecutiva desde enero 2012 hasta enero 2013 en dos hospitales de nuestra región por SCA. Se excluyeron los pacientes con intolerancia o alergia a IECA y/o ARA II. Se realizó un análisis de regresión logística multivariable para identificar los factores asociados con la no prescripción de IECA-ARA II al alta tras un SCA.

**Resultados:** Se incluyeron 641 pacientes (68 [58-77] años; 73. 5% varones) de los que 559 (87%) recibieron IECA y/o ARA II al alta; con una mayor prescripción de IECA (56%) frente a ARA II (31%). Se observó que aquellos pacientes que recibían estos agentes al alta eran más añosos (68 [62-86] vs 61 [54-73];  $p = 0,001$ ) y tenían con más frecuencia FRCV como HTA (80% (444) vs 52% (43);  $p < 0,001$ ) y DM (48% (266) vs 26% (21);  $p < 0,001$ ). También tenían con más frecuencia FEVI  $< 50\%$  (31,5% (168) vs 10,8% (8);  $p < 0,001$ ), antecedente de SCACEST previo (14,3% (80) vs 6% (5);  $p = 0,04$ ) y tenían mayor prescripción de beta bloqueantes al alta (95% (531) vs 87% (71);  $p = 0,01$ ). No hubo diferencias en la función renal entre ambos grupos (TFG  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>: 3,8% (21) vs 8,5% (7);  $p = 0,2$ ). En análisis multivariante fueron predictores de menor prescripción de IECA-ARA II al alta, la ausencia de HTA (OR 0,33 (0,91-0,57);  $p < 0,001$ ), una FEVI  $> 50\%$  (OR 0,30 (0,13-0,65),  $p = 0,002$ ), no recibir beta-bloqueantes al alta (OR 0,42 (0,18-0,97);  $p = 0,041$ ) y el no ser DM (OR 0,54 (0,31- 0,96);  $p = 0,038$ ).

**Discusión:** En los últimos años se han publicado diversos trabajos en los que ha quedado de manifiesto la importancia pronóstica de cumplir las recomendaciones de las guías de práctica clínica, observándose menor mortalidad al año en aquellos que reciben un adecuado tratamiento; de ahí la importancia de identificar factores que se asocian con menor prescripción de estos agentes. En este trabajo se comprueba que en nuestra población con SCA existe un elevado grado de cumplimiento de las guías de práctica clínica en cuanto a la indicación de IECA y ARA II al alta. Además, resultaron factores predictores de menor indicación de IECA-ARA II el no ser hipertenso,

diabético, una FEVI  $\geq$  50% y no recibir beta-bloqueantes al alta.

*Conclusiones:* 1. Existe un elevado grado de prescripción de IECA y ARA II al alta hospitalaria tras un síndrome coronario agudo, de acuerdo con las guías de práctica clínica vigentes. 2. Se identificaron como predictores de un menor uso de IECA y/o ARA II al alta tras un SCA, una función sistólica ventricular izquierda normal (FEVI  $\geq$  50%), no ser hipertenso, diabético y/o no recibir  $\beta$ -bloqueantes al alta.