

Estrategias de optimización del tratamiento en insuficiencia cardíaca postinfarto con disfunción sistólica durante la rehabilitación cardíaca (fases 2 y 3)

Nuria Marques Cano(1), Salvador Cardona Tercero(1), Héctor Merenciano González(1), Carlos Bertolín Boronat(1), M. Luz Martínez Mas(1), Patricia Palau Sampío(1), Julio Núñez Villota(1), Juan Sanchís Forés(1), Vicente Bodí Peris(1) y Víctor Marcos Garcés(1) de (1)Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España

Introducción: La disfunción sistólica tras un infarto agudo de miocardio (IAM) es frecuente, especialmente en el IAM con elevación del ST (IAMCEST). La optimización del tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) es clave para mejorar síntomas y pronóstico.

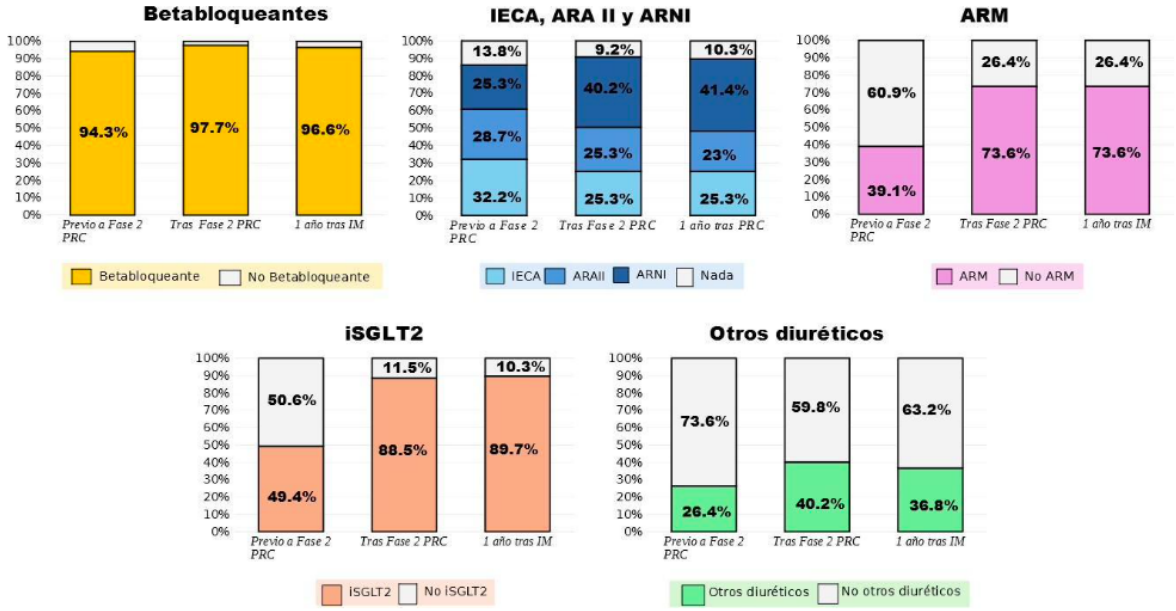
El objetivo es analizar la evolución del tratamiento de la IC en nuestro programa de rehabilitación cardíaca (PRC), centrándonos en los ajustes durante la Fase 2 y el seguimiento en Fase 3 (al año del IAM).

Métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes con IAM y disfunción sistólica (fracción de eyección del ventrículo izquierdo [FEVI] <50%) entre noviembre de 2021 y noviembre de 2024 que completaron la Fase 2 del PRC y ?1 visita al año en Fase 3. Se analizaron cambios en el tratamiento de la IC: betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II), inhibidores del receptor de angiotensina y neprilisina (ARNI), antagonistas del receptor mineralocorticoide (ARM), inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) y otros diuréticos.

Resultados: Se incluyó 87 pacientes (edad media 63,83±12 años, 80,5% varones, 46% exfumadores). La FEVI media fue 40,34±4,43%, con un 52,9% con disfunción leve (40–49%), 36,8% moderada (30–39%) y 10,3% severa (<30%). El ajuste del tratamiento de IC fue en 72 (82,8%) pacientes en Fase 2 y 12 (13,8%) al año. Se objetivó un uso universal de betabloqueantes (n=84, 96,6% al año), sin cambios en el seguimiento. Se observó un menor uso de IECA (32,2% a 25,3%) y ARA II (28,7% a 23%), con aumento del uso de ARNI (25,3% a 41,4%). El uso y la DE de ARM aumentó (39,1% y 1 [0,5–1] a 73,6% y 1 [1–1] de eplerenona 25 mg; p<0,001). El uso de iSGLT2 aumentó significativamente (49,4% a 89,7%; p<0,001), y también otros diuréticos (26,4% a 36,8%; p=0,006). Tras un año, no se alcanzaron las dosis objetivo de ningún fármaco excepto iSGLT2 (89,7%). El NT-proBNP disminuyó significativamente desde 2154 [1063,5–3796,5] pg/mL previo a la Fase 2 hasta 375,5 [195,75–624,5] pg/mL tras Fase 2 y 342,5 [170,25–661] pg/mL al año (p<0,001).

Conclusiones: Es posible optimizar significativamente el tratamiento farmacológico de la IC durante las fases 2 y 3 del PRC, especialmente con ARM e iSGLT2. No obstante, la mayoría no alcanza dosis objetivo, probablemente por

hipotensión o recuperación de la FEVI. Se requieren más estudios sobre sus implicaciones clínicas.



Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca antes y después de la Fase 2 de rehabilitación cardíaca y al año del infarto de miocardio (Fase 3)

Tratamiento farmacológico de IC	Antes Fase 2 PRC (n=87)	Después Fase 2 PRC (n=87)	Un año tras IAM (n=87)	p
Betabloqueantes, n (%)	82 (94,3)	85 (97,7)	84 (96,6)	0,42
Bisoprolol 2,5 mg (dosis equivalentes)	1 [1-1]	1 [1-1]	1 [1-1]	0,15
En dosis objetivo, n (%)	2 (2,3)	0 (0)	0 (0)	0,14
IECA, n (%)	28 (32,2)	22 (25,3)	22 (25,3)	0,12
Enalapril 2,5 mg (dosis equivalentes)	2 [2-2]	2 [1-4]	2 [1-4]	0,03
En dosis objetivo, n (%)	2 (2,3)	1 (1,1)	1 (1,1)	0,37
ARA II, n (%)	25 (28,7)	22 (25,3)	20 (23)	0,28
Valsartán 40 mg (dosis equivalentes)	4 [2-6]	2 [1-4]	2 [1-3]	0,02
En dosis objetivo, n (%)	6 (6,9)	2 (2,3)	1 (1,1)	0,02
ARNI, n (%)	22 (25,3)	35 (40,2)	36 (41,4)	<0,001
Sacubitrilo-valsartán 24/26 mg (dosis equivalentes)	1 [0,5-1]	1 [0,5-2]	1 [0,5-2]	<0,001
En dosis objetivo, n (%)	0 (0)	4 (4,6)	4 (4,6)	0,02
ARM, n (%)	34 (39,1)	64 (73,6)	64 (73,6)	<0,001
Eplerenona 25 mg (dosis equivalentes)	1 [0,5-1]	1 [1-1]	1 [1-1]	<0,001
En dosis objetivo, n (%)	0 (0)	1 (1,1)	2 (2,3)	<0,001
iSGLT2, n (%)	43 (49,4)	77 (88,5)	78 (89,7)	<0,001
En dosis objetivo, n (%)	41 (47,1)	75 (86,2)	77 (88,5)	<0,001
Otros diuréticos, n (%)	23 (26,4)	35 (40,2)	32 (36,8)	0,006
Furosemida 40 mg (dosis equivalentes)	1 [0,5-1]	0,5 [0,5-1]	0,5 [0,5-0,875]	0,66

IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, ARA II: antagonistas del receptor de angiotensina II, ARNI: inhibidores del receptor de angiotensina y neprilisina, ARM: antagonistas del receptor de mineralocorticoides, iSGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2, IC: insuficiencia cardíaca, IAM: infarto agudo de miocardio, PRC: programa de rehabilitación cardíaca.