LA ESTRATEGIA DE INTENSIFICACIÓN DE LA TERAPIA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN ES EFECTIVA: STRONG-HF

Autor: Marcos García Aguado (Ver bio en la sección "equipo")

Fecha de publicación: 18/11/2022

Patología: Insuficiencia cardiaca / Categoría: Novedades

Tiempo de lectura: 4 minutos.

CC BY NC ND

*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen enlaces a artículos publicados, u otros posts de **CARPRIMARIA**.*

Todos sabemos que la insuficiencia cardiaca *(IC)* tiene mal pronóstico, incluso a pesar de las terapias actuales.

Las estrategias terapéuticas buscan reducir la mortalidad usando fármacos y dispositivos con beneficios pronósticos, reducir las hospitalizaciones por su efecto deletéreo en la supervivencia y mejorar la calidad de vida.

Respecto a las hospitalizaciones por IC, hay dos tendencias claras:

- Anticiparse a las descompensaciones con estrategias para la detección en fase preclínica, con intención de evitar el episodio clínico y el ingreso hospitalario.
- Optimizar las terapias durante los ingresos por descompensación, con intención de mejorar el pronóstico y reducir las hospitalizaciones futuras *(más aún las precoces, aún más dañinas en el pronóstico).*

En las reuniones anuales de la **American Heart Association *(AHA)*** celebradas en noviembre en **Chicago** se ha presentado el estudio **STRONG-HF**: los pacientes hospitalizados por IC que eran tratados con una estrategia rápida y temprana de fármacos con impacto pronóstico en IC, en comparación con la atención habitual, reducían el ingreso a los 6 meses y el riesgo de muerte en un 34%.

Se trata de un estudio con un total de 1.078 pacientes hospitalizados por IC aguda en países de Europa, América del Sur, África y Oriente Medio. El 77% eran blancos y el 60% hombres. El estudio incluyó más de 2/3 de los pacientes con FEVi < 40%.

El brazo activo consistía en una optimización de la terapia pronóstica *(en este caso betabloqueantes, bloqueante de los mineralocorticoides y un bloqueante del sistema renina-angiotensina:* ***IECA****,* ***ARA II*** *o* ***ARNI****, sin incluir los* ***iSGLT2*** *porque el estudio se diseñó antes de la inclusión de este fármaco)* buscando alcanzar el 50% de la dosis objetivo recomendada por las guías de práctica clínica durante la hospitalización, con incremento posterior a las dos semanas *(ya a nivel ambulatorio)* para alcanzar la dosis máxima.

Esta estrategia de alta intensidad ha sido bien tolerada por los pacientes con mejoras en su calidad de vida. Aunque tenían más efectos secundarios, estos no eran relevantes.

Los resultados se consideraron tan positivos que el estudio se detuvo de forma temprana al plantearse como poco ético que los pacientes del brazo estándar no recibieran esta optimización terapéutica.

La estrategia de alta intensidad obligaba a un seguimiento más estrecho, con más número de visitas en los primeros 90 días después del alta.

Todos los parámetros medidos mejoraron significativamente en el grupo de pacientes con estrategia de alta intensidad, y la muerte a los 180 días por cualquier causa o la rehospitalización por IC alcanzó un RR del 34% en el grupo de alta intensidad *(IC 95% con IC 0,50-0,86. P=0,02)*. Además, los pacientes con péptidos natriuréticos basales más altos presentaban una mejor respuesta a la estrategia de alta intensidad.

Ya sabemos que en IC con FEVI reducida se están produciendo cambios importantes:

- Ahora la IC ligeramente reducida se trata como la reducida.
- La tendencia en titulación consiste en incluir todos los fármacos pronósticos al mismo tiempo, o buscar estrategias que acorten los tiempos de titulación para alcanzar las dosis máximas toleradas *(en vez de tardar 24 semanas se busca, si es posible, hacerlo en 10 semanas o menos).*
- Se potencia la estrategia de mayor intensidad con la inclusión de los fármacos pronósticos durante la hospitalización, con éxito de resultados en el estudio **STRONG-HF**.

Ahora bien, todas estas estrategias pasan por grupos de trabajo transversales y multidisciplinares. No podemos optimizar y mejorar el pronóstico de nuestros pacientes con IC sin:

- Contar con grupos de trabajo transversal que den protagonismo a la especialidad de medicina de familia y comunitaria, además de la inclusión de otras especialidades como nefrología, urgencias o medicina interna.
- Potenciar los hospitales de día.
- Incluir a la enfermería, fundamental en las estrategias de IC.

Nuestro hospital, el **Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda,** cuenta con un grupo transversal de cardiología y atención primaria para la continuidad asistencial, avanzando en rutas de acción para el paciente con IC, que se unen a nuestro hospital de día y al grupo de trabajo cardiorenal.

Ilustración 1. Tendencias actuales en el manejo de los pacientes con IC

REFERENCIAS

Lancet 2022. Nov 4.