



9. PARTICULARIDADES DE LA TERAPIA FUNDACIONAL EN PACIENTES CON NUEVO DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA Y FEVI REDUCIDA SECUNDARIA A TAQUICARDIOMIOPATÍA

Alberto Esteban Fernández¹, Inés Gómez Otero², Paula Fluvà Brugues³, Silvia López Fernández⁴, Miguel Rodríguez Santamarta⁵, Francisco José Pastor Pérez⁶, José Ángel Pérez Rivera⁷, Andrea López López⁸, José Manuel García Pinilla⁹, Juan Luis Bonilla Palomas¹⁰, Luis Almenar Bonet¹¹, Marta Cobo Marcos¹², Virgilio Martínez Mateo¹³, Alba Maestro Benedicto¹⁴ y José Ignacio Morgado García de Polavieja¹⁵

¹Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España, ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ³Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España, ⁴Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España, ⁵Complejo Asistencial Universitario, León, España, ⁶Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, ⁷Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España, ⁸Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España, ⁹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España, ¹⁰Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén), España, ¹¹Hospital Universitario La Fe, Valencia, España, ¹²Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España, ¹³Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real), España, ¹⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España y ¹⁵Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de insuficiencia cardiaca (IC) recomiendan la implementación precoz de la cuádruple terapia (4T) en pacientes con IC y fracción de eyección (FEVI) reducida, sin hacer distinciones según su etiología. Una causa frecuente de IC, en la que existe poca evidencia sobre el tratamiento farmacológico, es la taquicardiomiopatía (TCMP).

Métodos: Registro prospectivo multicéntrico (32 centros a nivel nacional), incluyendo todos los pacientes con nuevo diagnóstico de IC y FEVI < 40%. Se recogieron sus características basales y analíticas, así como el tratamiento farmacológico: en el momento basal (alta de hospitalización o primera consulta ambulatoria en el plazo máximo de 1 mes tras el diagnóstico ecocardiográfico), al mes y a los 3 meses. Se realizó un análisis en función de la etiología, considerando la TCMP frente al resto, y una regresión logística binaria para estudiar los predictores de recuperación de la FEVI en ese grupo.

Resultados: Se incluyeron 532 pacientes (71,8% varones), con una edad de 65,7 años (DE:12,9). Las etiologías más frecuentes fueron isquémica (151, 28,4%) y dilatada (113, 21,2%), objetivándose TCMP en 112 pacientes (21,1%). Las características basales y en el seguimiento se muestran en la tabla. El diagnóstico de TCMP fue: 82,1% durante la hospitalización y 12,5%, en urgencias, con un tiempo desde el diagnóstico hasta la vista basal de 4 días [IQI: 0; 11,5]. La presencia de FA fue más frecuente en el grupo de TCMP, desapareciendo en el 36% de los pacientes a los 3 meses. En ambos grupos de observó una mejoría de la FEVI, siendo cuantitativamente más relevante en el grupo de TCMP (17,8 vs 12,2%). La recuperación de la FEVI fue más frecuente en el grupo de TCMP. La implementación de la 4T fue similar en ambos grupos, aunque la optimización de fármacos fue menos frecuente en el grupo de TCMP. En la regresión logística, se identificó el inicio de la 4T basal (OR: 2,52; IC95% 1,47-4,30) como predictor de recuperación de la FEVI, corregido por 4T a 3 meses, FA basal y a 3 meses y frecuencia cardiaca basal y a 3 meses.

Características y tratamiento de los pacientes en función de la etiología de la IC

Parámetro	Etiología taquicardiomiopatía (N = 112)			Otras etiologías (N = 420)			p
	Basal	3 meses	p	Basal	3 meses	p	
Sexo mujer-n (%)	35 (31,3)			115 (27,4)			0,243
Edad (años)	66,3 (1,3)			65,5 (0,6)			0,569
FA-n (%)	87 (77,7)	47 (42,0)	0,0001	59 (14,1)	43 (10,2)	0,09	0,0001
Clase funcional NYHA I-II-n (%)	85 (77,3)	97 (97,0)	0,0001	297 (74,1)	374 (95,4)	0,0001	0,290
Clase funcional NYHA III-IV-n (%)	25 (22,7)	3 (3,0)		104 (25,9)	18 (4,6)		
FEVI (%)	29,5 (0,8)	47,3 (1,4)	0,00001	28,7 (0,5)	40,9 (0,7)	0,0001	0,101
Recuperación FEVI-n (%)		38 (55,9)		59 (23,9)			0,0001
Disfunción VD (TAPSE 17 mm)-n (%)	56 (60,9)	10 (19,2)	0,0001	138 (39,3)	26 (15,4)	0,0001	0,322
iSRAA-n (%)	104 (92,9)	99 (93,4)	0,876	397 (94,5)	389 (95,8)	0,388	0,318
Sac/val-n (%)	70 (62,5)	71 (67,0)	0,489	314 (74,8)	330 (81,2)	0,024	0,008
BB-n (%)	111 (99,1)	105 (99,1)	0,969	394 (93,8)	391 (96,3)	0,100	0,012
ARM-n (%)	84 (75,0)	86 (81,1)	0,2748	328 (78,1)	352 (87,1)	0,0006	0,282
iSGLT2-n (%)	77 (68,8)	88 (83,0)	0,01	324 (77,1)	379 (93,3)	0,0001	0,046
Diurético asa-n (%)	81 (72,3)	54 (50,9)	0,001	310 (73,8)	215 (53,0)	0,0001	0,418

Cuádruple terapia-n (%)	63 (56,3)	75 (70,8)	0,026	251 (59,9)	312 (76,8)	0,0001	0,277
Eventos totales seguimiento (urgencias o ingreso)-n (%)		1 (3,2)			30 (96,8)		0,0001

FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; VD: ventrículo derecho.

Conclusiones: Según los datos de nuestro trabajo, el tratamiento de los pacientes con IC y FEVI reducida por TCMP es similar al del resto de etiologías, aunque la optimización del tratamiento en el seguimiento es menor. Los pacientes con TCMP tienen más probabilidad de normalizar la FEVI, siendo el inicio precoz de la 4T uno de los factores más relevantes.