Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 600

Revista Española de Cardiología

6031-3. EFECTOS DEL TRATAMIENTO MÉDICO DIRIGIDO POR LAS GUÍAS DE CLÍNICA DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA INDUCIDA POR EL BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA

Federico García-Rodeja Arias, Inés Gómez Otero, Noelia Bouzas Cruz, David García Vega, Teba González Ferrero, Carlos Minguito Carazo, M. Amparo Martínez Monzonís, José Ramón González Juanatey y Moisés Rodríguez Mañero

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: La miocardiopatía inducida por el bloqueo de rama izquierda (MCPI-BRIHH) es una patología poco estudiada que se presenta en pacientes con bloqueo de rama izquierda (BRIHH) de larga duración. Es característico que presenten hiperrespuesta a las terapias de resincronización cardiaca (TRC). Sin embargo, hay poca información sobre su respuesta a la terapia médica dirigida por las guías (GDMT) y el riesgo de eventos cardiacos. El objetivo de este estudio es evaluar la respuesta de estos pacientes al tratamiento médico dirigido por las guías para la insuficiencia cardiaca (IC).

Métodos: Se trata de un análisis retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes valorados en la unidad de IC de un Hospital Universitario español entre 2020 y 2021, que presentaban una miocardiopatía no isquémica con disfunción ventricular *de novo* (fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) 40%) y que tenían antecedentes de BRIHH de larga evolución sin otras posibles causas de miocardiopatía. El resultado primario de este estudio fue el cambio en la FEVI después de un período de 3 meses tras la titulación de fármacos neurohormonales.

Resultados: Se analizaron 1.497 pacientes de los cuales 21 fueron finalmente elegibles. La edad media fue de 67,9 ± 13,0 años y el 57,1% eran mujeres. Ninguno de los 19 pacientes a los que se les realizó una RMN cardiaca presentaba cicatriz intramiocárdica de gadolinio o realce tardío. El tiempo medio desde el primer diagnóstico de BRIHH hasta la primera consulta fue de 4,05 ± 4,1 años y la duración media del QRS fue de 163,7 ± 17,2 ms. La FEVI media desde la primera consulta hasta el final de la titulación mejoró del 29,5 ± 5,7% al 32,7 ± 8,6% (p = 0,17) y ninguno recuperó la función ventricular al final del seguimiento. La clase funcional de la New York Heart Association mejoró de 1,91 ± 0,46 a 1,81 ± 0,53 (p = 0,54). Tras la implantación del dispositivo de TRC en 8 pacientes, la FEVI mejoró un 14,5 ± 3,5% (p = 0,003).

Cambio en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo de los pacientes: A) Al finalizar la titulación farmacológica B) Tras el implante de un dispositivo de resincronización cardiaca.

Conclusiones: La GDMT ha demostrado ser ineficaz para mejorar la FEVI y la clase funcional en pacientes con IC *de novo* y MCPI-BRIHH. Teniendo en cuenta la respuesta positiva a la TRC en la normalización de la

FEVI, debería considerarse la implantación temprana de TRC en este subconjunto de pacientes.