



4020-4. ¿EL INICIO DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA CON LA CUÁDRUPLE TERAPIA MEJORA LOS RESULTADOS CLÍNICOS, ANALÍTICOS Y ECOCARDIOGRÁFICAS FRENTE AL INICIO CON UNA TRIPLE TERAPIA?

Alberto Esteban Fernández¹, Inés Gómez Otero², Silvia López Fernández³, Miguel Rodríguez Santamarta⁴, Francisco José Pastor Pérez⁵, Paula Fluvià Bragues⁶, José Ángel Pérez Rivera⁷, Andrea López López⁸, José Manuel García Pinilla⁹, Juan Luis Bonilla Palomas¹⁰, Luis Almenar Bonet¹¹, Virgilio Martínez Mateo¹², Vanesa Alonso Fernández¹³, Cristina Goena Vives¹⁴ y Enrique Sánchez Muñoz⁴

¹Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña), ³Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, ⁴Complejo Asistencial Universitario, León, ⁵Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, ⁶Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, ⁷Complejo Asistencial de Burgos, ⁸Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo, ⁹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, ¹⁰Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén), ¹¹Hospital Universitario La Fe, Valencia, ¹²Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real), ¹³Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y ¹⁴Hospital de Mendaró (Guipúzcoa).

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías europeas de IC de 2021 recomiendan la implementación de la cuádruple terapia en pacientes con IC y FEVI $\geq 40\%$. En la práctica clínica existen limitaciones que impiden su rápida implementación, y existe poca evidencia sobre el beneficio que supone el inicio de una cuádruple terapia frente a una triple terapia.

Métodos: Se realizó un registro prospectivo multicéntrico (32 centros a nivel nacional), incluyendo a todos los pacientes con nuevo diagnóstico de IC con FEVI $\geq 40\%$ en la práctica clínica. Se recogieron las características de los pacientes de manera basal, al mes y a los 3 meses. Se analizaron los cambios en diferentes parámetros en función de la instauración de una triple o cuádruple terapia de manera inicial, conforme a lo recomendado en las guías europeas. Se consideró tratamiento basal al que llevaba el paciente al alta de la hospitalización o en primera consulta ambulatoria, con un plazo máximo de 1 mes tras el diagnóstico ecocardiográfico.

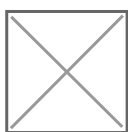
Resultados: Se incluyeron 534 pacientes, de los cuales estaban disponibles de manera basal los datos de 419. La edad media era de $65,3 \pm 13,5$ años, siendo el 71,7% varones. El 82,9% fueron diagnosticados durante un ingreso hospitalario. La FEVI media fue de $28,5 \pm 7,5\%$. El tratamiento inicial instaurado fue: inhibidores del SRAA en 391 pacientes (93,3%), bloqueadores beta en 395 (94,2%), antagonistas del receptor mineralocorticoides en 318 (75,9%), iSGLT2 en 311 (74,2%) y diuréticos de asa en 307 (73,3%). Se inició cuádruple terapia en 240 pacientes (57,3%) y triple en 115 (27,4%). A los 3 meses, 103 pacientes (70,5%) llevaban cuádruple terapia y 32 (21,9%) triple terapia. En la tabla se muestran los resultados en función del inicio con una cuádruple o triple terapia. El comportamiento del NTproBNP en función del esquema de tratamiento se muestra en la figura.

Comparación de diferentes parámetros en función del esquema inicial de tratamiento

	Triple terapia			Cuádruple terapia		
	Basal	3 meses	Valor p	Basal	3 meses	Valor p
FEVI (%)	26,4 (1,7)	37,6 (2,1)	0,0001	29,7 (1,2)	42,8 (1,6)	0,0001
TAPSE (mm)	17,8 (0,7)	20,0 (1,0)	0,08	17,6 (0,8)	20,1 (0,7)	0,01
NTproBNP (pg/ml)	6966,0 (1660,4)	2289,0 (591,6)	0,007	3619,4 (431,3)	1629,6 (266,8)	0,0001
Cr (mg/dl)	1,09 (0,1)	1,1 (0,1)	0,92	1,07 (0,1)	1,07 (0,1)	0,89
TFG (ml/min)	72,1 (4,8)	73,3 (5,1)	0,61	68,6 (2,1)	70,7 (2,2)	0,21
K (mEq/l)	4,5 (0,1)	1,7 (0,1)	0,007	4,3 (0,1)	4,7 (0,1)	0,00001
Clase NYHA I-n (%)	12 (10,9)	11 (31,4)	0,47	27 (11,8)	34 (40,5)	0,024
Clase NYHA II-n (%)	69 (62,7)	23 (65,7)		138 (60,3)	47 (56,0)	
NYHA III-n (%)	21 (19,1)	1 (2,9)		46 (20,1)	3 (3,6)	
NYHA IV-n (%)	8 (7,3)	0 (0)		18 (7,9)	0 (0)	
PA sistólica (mmHg)	118,5 (3,1)	116,3 (2,9)	0,52	117,4 (1,9)	117,2 (2,2)	0,93
Frecuencia cardiaca (lpm)	71,8 (2,6)	64,6 (1,7)	0,003	74,6 (1,9)	69,3 (1,6)	0,006
Visitas urgencias o ingresos-n (%)*		5 (27,7)			7 (38,8)	
Implante TRC-n (%)**		3 (33,3)			3 (33,3)	

Implante DAI-n (%)**	5 (41,7)	4 (33,3)
Revascularización coronaria-n (%)***	5 (27,8)	10 (55,6)
Intervencionismo valvular-n (%)****	0 (0)	2 (66,7)

Test t Student para variables cuantitativas apareadas Test exacto de Fisher para comparación de proporciones *18 visitas a urgencias o ingresos hospitalarios **9 implantes de TRC y 12 implantes de DAI ***18 revascularizaciones coronarias.



Evolución del NTproBNP en función del esquema de tratamiento de inicio.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la instauración de la cuádruple terapia durante el primer mes tras el diagnóstico de la IC podría posibilitar una mayor recuperación de la fracción de eyección y de la clase funcional, con un perfil similar de seguridad. Estos hallazgos pueden explicarse por el efecto aditivo y beneficio precoz de algunos fármacos, aunque es necesario estudiar si este beneficio también se produce cuando se alcanza la cuádruple terapia de manera progresiva durante el seguimiento o si el beneficio depende del esquema concreto de fármacos empleados.