



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

Alberto Esteban Fernández<sup>1</sup>, Inés Gómez Otero<sup>2</sup>, Paula Fluvà Bruges<sup>3</sup>, Silvia López Fernández<sup>4</sup>, Miguel Rodríguez Santamarta<sup>5</sup>, Francisco José Pastor Pérez<sup>6</sup>, José Ángel Pérez Rivera<sup>7</sup>, Andrea López López<sup>8</sup>, José Manuel García Pinilla<sup>9</sup>, Juan Luis Bonilla Palomas<sup>10</sup>, Luis Almenar Bonet<sup>11</sup>, Marta Cobo Marcos<sup>12</sup>, Virgilio Martínez Mateo<sup>13</sup>, Alba Maestro Benedicto<sup>14</sup> y José Ignacio Morgado García de Polavieja<sup>15</sup>

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