



2. IMPACTO A CORTO PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA FUNDACIONAL EN PACIENTES CON NUEVO DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA Y BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA

Alberto Esteban Fernández¹, Inés Gómez Otero², Eduard Solé González³, Silvia López Fernández⁴, Miguel Rodríguez Santamarta⁵, Francisco José Pastor Pérez⁶, Paula Fluvà Brugues⁷, José Ángel Pérez Rivera⁸, Andrea López López⁹, José Manuel García Pinilla¹⁰, Juan Luis Bonilla Palomas¹¹, Luis Almenar Bonet¹², Marta Cobo Marcos¹³, Virgilio Martínez Mateo¹⁴ y Javier de Juan Bagudá¹⁵

¹Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España, ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ³Hospital Clínic, Barcelona, 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 Dr. Josep Trueta, Girona, España, ⁸Complejo Asistencial de Burgos, Burgos, España, ⁹Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España, ¹⁰Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España, ¹¹Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén), España, ¹²Hospital Universitario La Fe, Valencia, España, ¹³Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España, ¹⁴Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real), España y ¹⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de insuficiencia cardiaca (IC) recomiendan la implementación precoz de la cuádruple terapia en pacientes con IC y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida, sin hacer distinciones en función de su etiología. Estudios recientes sugieren que la cuádruple terapia puede tener utilidad limitada en pacientes con bloqueo de rama izquierda (BRI).

Métodos: Registro prospectivo multicéntrico (32 centros a nivel nacional), incluyendo a todos los pacientes con nuevo diagnóstico de IC con FEVI $\leq$ 120 ms).

Resultados: Se incluyeron 532 pacientes (71,8% varones), con edad media de 65,7 años (DE:12,9). Se dispone de datos sobre la presencia de BRI en 497 pacientes (93,4%), estando presente en 131 (26,4%). Las características basales y en el seguimiento se muestran en tabla. Los pacientes con BRI eran más frecuentemente mujeres y más mayores, siendo la causa más frecuente de IC la miocardiopatía dilatada. No hubo diferencias en los fármacos instaurados ni en el porcentaje de cuádruple terapia de inicio. En el seguimiento, ambos grupos mejoraban significativamente la FEVI, aunque lo hacía en mayor cuantía el grupo sin BRI (10,1 vs 14,9%). En el grupo de BRI se conseguía una reducción de la duración del QRS en 6 ms. La clase funcional mejoraba de forma similar en ambos grupos. El número de eventos (ingresos o visitas a urgencias por cualquier causa) era mayor en el grupo de BRI.

Evolución de diferentes parámetros en función de la presencia de BRI

Parámetro	BRI (N = 132)	No BRI (N = 365)	p
-----------	---------------	------------------	---

	Basal	3 meses	p	Basal	3 meses	p	
Sexo mujer-n (%)	50 (37,9)			94 (25,8)			0,01
Edad (años)	69,7 (1,0)			64,5 (0,7)			0,0001
Etiología isquémica-n (%)	22 (16,7)			115 (31,5)			
Etiología Idiopática-n (%)	45 (34,1)			66 (18,1)			
Duración QRS (ms)	152,3 (1,8)	146,7 (2,1)	0,004	107,9 (1,4)	107,3 (1,4)	0,433	0,0001
Historia de FA-n (%)	34 (25,6)			118 (32,3)			0,07
Clase funcional NYHA I-II-n (%)	93 (73,8)	111 (94,9)	0,0001	268 (75,1)	330 (95,9)	0,0001	0,725
Clase funcional NYHA III-IV-n (%)	33 (26,2)	6 (5,1)		89 (24,9)	14 (4,1)		
FEVI (%)	28,9 (0,9)	39,0 (1,1)	0,0001	28,6 (0,5)	43,5 (0,8)	0,001	0,08
Disfunción VD (TAPSE 17 mm)-n (%)	39 (35,5)	3 (5,9)	0,0001	146 (46,9)	33 (20,2)	0,0001	0,212
RAASi-n (%)	123 (93,2)	121 (93,7)	0,84	346 (94,8)	335 (96,0)	0,778	0,312
BB-n (%)	125 (94,7)	122 (94,6)	0,964	345 (94,5)	340 (97,4)	0,0497	0,571
ARM-n (%)	101 (76,5)	112 (86,8)	0,03	284 (77,8)	297 (85,6)	0,007	0,423
iSGLT2-n (%)	102 (77,3)	120 (93,0)	0,0004	276 (75,6)	317 (90,8)	0,0001	0,400
Diurético asa-n (%)	97 (73,5)	72 (55,8)	0,003	271 (74,3)	176 (50,4)	0,0001	0,475
Cuádruple terapia-n (%)	75 (56,8)	97 (75,2)	0,002	220 (60,4)	265 (75,9)	0,0001	0,266

Eventos totales seguimiento (urgencias o ingreso)-n (%)	18 (66,7)	9 (33,3)	0,002
---	-----------	----------	-------

BRI: bloqueo rama izquierda; FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción eyección ventrículo izquierdo.

Conclusiones: Según los datos de nuestro trabajo, la implementación de la terapia fundacional no varía en función de la presencia de BRI. La mejoría de la FEVI se produce en ambos grupos, aunque es cuantitativamente mayor en pacientes sin BRI. La mejoría en la clase funcional es similar en ambos grupos, siendo más frecuente la presencia de eventos clínicos en aquellos con BRI.