



7. EXPERIENCIA INICIAL EN ESPAÑA DE LA TERAPIA DE ACTIVACIÓN BARORREFLEJA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Clemencia de Rueda Panadero¹, Javier de Juan Bagudá², Manuel Gómez Bueno³, Ainhoa Robles Mezcuá⁴, Marta Jiménez-Blanco Bravo¹, Susana del Prado Díaz¹, Paloma Remior Pérez¹, María Ascensión San Román Guerrero¹, Sandra González Martín¹, José Luis Zamorano Gómez¹, Jesús Álvarez García¹ y David Cordero Pereda¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ³Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España y ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La terapia de activación barorrefleja (TAB) ha demostrado mejoría de la capacidad funcional, calidad de vida y disminución de NT-ProBNP en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) con fracción ventricular izquierda reducida (ICFER). Aún se desconoce el beneficio en eventos como la mortalidad o las hospitalizaciones por IC, así como su seguridad a largo plazo. Este trabajo describe el perfil clínico, la eficacia y seguridad de los pacientes con ICFER con TAB en España.

Métodos: Estudio de cohortes, retrospectivo, multicéntrico, en el que se incluyeron consecutivamente todos los pacientes a los que se les implantó un dispositivo de BAT por ICFER en España desde el primer implante, en febrero de 2017, hasta diciembre de 2021. Evaluamos la tasa anual de ingresos por IC, el número de visitas ambulatorias para administración de diurético intravenoso (iv) y la clase funcional NYHA antes y después del implante, además de los eventos adversos al año del implante.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes procedentes de 4 hospitales terciarios. La mayoría presentaban una clase funcional avanzada y la etiología principal de la IC era no isquémica. La fracción de eyección ventricular izquierda basal media fue del $30 \pm 9,8\%$ y la mediana de NT-ProBNP fue de 1.119 (450-2.763) pg/ml (tabla). Tras un seguimiento de 1 año, se observó una reducción significativa de la tasa anual de hospitalización por IC (1,52 frente a 0,76; $p = 0,042$) y una tendencia a una mejora de la clase funcional NYHA al año ($p = 0,054$) (figura). No se observaron diferencias significativas en el número de visitas ambulatorias para diurético iv, en la FEVI, en los valores de NT-ProBNP o en la tasa de descargas apropiadas del desfibrilador. No se reportaron complicaciones mayores al año.

Resumen de resultados antes y después del implante

	Preimplante	1 año posimplante	p
Tasa de ingresos por IC	1,52	0,76	0,04

Furosemida (% pacientes)	95,24	76,19	0,559
Higrotona (%)	28,57	33,33	0,082
Ivabradina (%)	19,05	9,52	0,573
ARNI/IECA/ARAII (%)	95,24	76,19	0,526
Bloqueadores beta (%)	61,90	47,62	0,249
NTProBNP	1.119 (450-2.763)	1.148,5 (498,8-4.798,2)	0,756
Hemoglobina	14,2 ± 1,62	14,97 ± 2,33	0,244
FEVI (media)	0,30 ± 0,09	0,32 ± 0,11	0,689
FEVI (mediana)	0,30 (0,26-0,31)	0,32 (0,24-0,39)	
DTDVI (media)	58,79 ± 6,28	60,92 ± 5,65	0,325
DTDVI (mediana)	60 (55,50-62)	59 (58-64)	
FC (media)	75,14 ± 14,23	70,67 ± 14,99	0,348
FC (mediana)	70 (64-85)	70 (60-83,75)	
TAS (media)	116,2 ± 17,53	116,6 ± 20,38	0,946
TAS (mediana)	118 (100-125)	110 (101-125,8)	
Tasa de filtrado glomerular	50,48 ± 26,94	46,06 ± 28,27	0,622
% de estimulación por TRC	92,92 ± 4,49	75,97 ± 42,12	0,420



Número de pacientes según clase funcional de la NYHA basal, 6 y 12 meses del seguimiento. B. Tasa de ingresos anual antes y después del implante de BAT.

Conclusiones: La experiencia inicial de la BAT en pacientes con ICFeR en España en vida real mostró una reducción significativa de la tasa de ingresos por IC a 1 año y una tendencia hacia una mejora de la clase de la NYHA, sin que se produjeran acontecimientos adversos clínicos graves. La BAT es un tratamiento prometedor y seguro en pacientes seleccionados con ICFeR, que podría conducir a mejores resultados en salud y a una reducción de la carga de los costes sanitarios.