



7003-14. TRIPLE BLOQUEO NEUROHORMONAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA DE DEBUT INICIADO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

David Dobarro Pérez, Sergio Raposeiras Roubín, Emad Abu-Assi, Isabel Pousa Muñoz y María Cespón Fernández, del Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: En la Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER) 4 clases farmacológicas han demostrado aumentar la supervivencia: IECA/ARA2, bloqueadores beta, antialdosterónicos (ARM) y los ARNI. Existe consenso en el inicio de estos fármacos en la fase de estabilidad tras un episodio de insuficiencia cardiaca aguda. Las guías actuales apoyan, en la ICFER de debut, el tratamiento combinado inicial con bloqueadores beta e IECA/ARA2, añadiendo ARM si una vez optimizado la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es inferior al 40% y persisten síntomas. Las guías canadienses más recientes, sin embargo, sugieren el inicio directamente con el triple bloqueo neurohormonal (TBNH) con IECA/ARA2, bloqueadores beta y ARM. En este trabajo presentamos por primera vez en la literatura cómo de frecuente es el uso del TBNH inicial en ICFER de debut y los resultados obtenidos.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo de pacientes dados de alta de nuestro centro entre enero de 2009 y enero de 2016 con ICFER de debut tras un episodio de insuficiencia cardiaca aguda con los criterios: Edad 15-85, creatinina $\geq 2,5$ mg/dl, potasio $\geq 5,5$ mEq/l y ausencia de valvulopatía grave primaria (se incluyeron pacientes con valvulopatías graves funcionales o isquémicas).

Resultados: Se identificaron 280 pacientes. Un 58% se dio de alta con TBNH, 16% con bloqueadores beta e IECA/ARA2 y 26% con bloqueadores beta o IECA/ARA2. La edad media fue $65,4 \pm 12,5$, FEVI $29,8 \pm 7,3\%$, creatinina $1,14 \pm 0,3$ mg/dl, potasio $4,2 \pm 0,6$ mEq/l y NT-ProBNP 5.478 ± 13.391 . Tras $43,4 \pm 26,6$ meses de seguimiento, un 25,7% de los pacientes falleció, con una supervivencia media de 76 meses. El grupo de TBNH tenía menos etiología isquémica (31,5 frente a 44,1%; $p = 0,03$), era más joven ($62,9 \pm 12,7$ frente a $69,0 \pm 11,4$; $p = 0,0001$), con peor FEVI ($28,7 \pm 7,4$ frente a $31,4 \pm 6,7\%$; $p = 0,002$) pero mejor creatinina ($1,08 \pm 0,3$ frente a $1,21 \pm 0,4$ md/dl; $p = 0,02$). La supervivencia media del grupo de TBNH fue superior (meses, $82,1 \pm 3,0$ frente a $68,6 \pm 3,8$; $p = 0,007$). En el análisis multivariado ajustado a riesgo, el TBNH siguió siendo un factor relacionado de forma independiente con una mayor supervivencia.



Regresión de Cox.

Conclusiones: El TBNH se usa de forma común en pacientes con ICFer de debut tras un episodio de insuficiencia cardiaca aguda. En nuestra cohorte, el TBNH demostró ser un factor relacionado con una mayor supervivencia.