Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 709

Revista Española de Cardiología

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 Fernández[1], Inés Gómez Otero[2], Eduard Solé González[3], Silvia López Fernández[4], Miguel Rodríguez Santamarta[5], Francisco José Pastor Pérez[6], Paula Fluvià Brugues[7], José Ángel Pérez Rivera[8], Andrea López López[9], José Manuel García Pinilla[10], Juan Luis Bonilla Palomas[11], Luis Almenar Bonet[12], Marta Cobo Marcos[13], Virgilio Martínez Mateo[14] y Javier de Juan Bagudá[15]

[1]Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España, [2]Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, [3]Hospital Clínic, Barcelona, España, [4]Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España, [5]Complejo Asistencial Universitario, León, España, [6]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, [7]Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España, [8]Complejo Asistencial de Burgos, Burgos, España, [9]Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España, [10]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España, [11]Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén), España, [12]Hospital Universitario La Fe, Valencia, España, [13]Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España, [14]Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real), España y [15]Hospital 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 # 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.