

Bloqueo de rama izquierda en la insuficiencia cardiaca aguda: marcador de mayor gravedad y remodelado ventricular avanzado

Nuria Gil Mancebo(1), Alfonso Fraile Sanz(1), Paula Rodríguez Montes(1), Miguel de la Serna Real de Asúa(1), Silvia Humanes Ybañez(1), Miguel Gutiérrez Muñoz(1), Edhisson Parrales Sánchez(1), Alberto Vílchez Alcocer(1), Cristina Utrilla Pérez(1), Inés Miralles Gil(1), Rebeca Mata Caballero(1), Jesús Ángel Perea Egido(1), Bárbara Izquierdo Coronel(1), Victoria García López(1) y Joaquin Jesús Alonso Martín(1) de (1)Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) - España

Introducción: El bloqueo de rama izquierda (BRI) es frecuente en la insuficiencia cardiaca y refleja disincronía eléctrica que puede empeorar el remodelado y la función sistólica. Su perfil clínico y pronóstico en la insuficiencia cardiaca aguda descompensada (ICAD) no están bien definidos. El objetivo es evaluar prevalencia, perfil estructural, impacto pronóstico e implicaciones terapéuticas del BRI en ICAD.

Métodos: Estudio observacional prospectivo con 358 pacientes consecutivos ingresados por ICAD (2020-2026). El BRI se definió por criterios morfológicos y QRS ?120 ms. Se analizaron variables clínicas, analíticas, electrocardiográficas y ecocardiográficas (tabla 1) La mediana de seguimiento fue de 9 meses [4–18].

Resultados: El BRI estuvo presente en 72 pacientes (20%). Edad, sexo y factores de riesgo fueron similares. Sin embargo, presentaron mayor comorbilidad (Charlson 7 [5–8] vs. 6 [4–7], p=0,01), más enfermedad renal crónica (44% vs. 28%, p=0,004) y cardiopatía isquémica (43% vs. 28%, p=0,01).

Se asoció a mayor gravedad clínica: bajo gasto (18% vs. 7%, p=0,004), soporte vasoactivo (17% vs. 5%, p<0,001), edema agudo de pulmón (19% vs. 9%, p=0,007) y más arritmias ventriculares. Ecocardiográficamente, mostraron remodelado izquierdo con mayor dilatación ventricular (72% vs. 46%, p<0,001) y menor fracción de eyección (35% [25–44] vs. 46% [32–60], p<0,001), con menor afectación derecha.

Durante el seguimiento, presentaron mayores tasas de mortalidad intrahospitalaria (4,2% vs. 1,4%), total (23% vs. 16%), cardiovascular (19% vs. 11%) y reingreso por IC (37% vs. 26%), sin significación estadística.

Entre los pacientes con BRI, el 54% presentaba un QRS >150 ms, pero solo el 13% portaba terapia de resincronización cardiaca (TRC). Cabe destacar que el 56% ingresó por un primer episodio de IC y el tratamiento pronóstico al alta fue frecuentemente incompleto.

Conclusiones: El BRI está presente en 1 de cada 5 pacientes con ICAD e identifica un fenotipo de IC izquierda avanzado, con mayor dilatación, peor función sistólica y mayor compromiso hemodinámico. Aunque no se asocia

independientemente a mortalidad, presenta mayor carga de eventos. La alta prevalencia de disincronía junto con la baja implantación de TRC señala una clara oportunidad de optimización terapéutica precoz.

Tabla 1

	BRI (N=72)	No BRI (N=286)	P
Edad, mediana [RIC]	77 [73-82]	77 [70-81]	0.5
Sexo femenino, n (%)	23 (32)	136 (39)	0.3
Fibrilación auricular, n (%)	36 (50)	184 (52)	0.7
Tabaquismo, n (%)	28 (40)	110 (32)	0.17
Alcoholismo, n (%)	1 (1)	33 (9.5)	0.02
Diabetes, n (%)	41 (57)	172 (49)	0.2
Dislipemia, n (%)	47 (65)	202 (57)	0.2
Hipertensión arterial, n (%)	58 (81)	279 (79)	0.8
Duración del QRS, mediana [RIC]	151 [133-166]	109 [93-140]	<0.001
Creatinina, mediana [RIC]	1.3 [1.02-1.86]	1.09 [0.85-1.53]	0.003
NT-proBNP, mediana [RIC]	6754 [2504-15781]	4286 [2335-10775]	0.05
IECA, n (%)	23 (33)	119 (34)	0.85
ARA II, n (%)	16 (23)	85 (24)	0.8
Betabloqueantes, n (%)	56 (80)	256 (73)	0.2
iSGLT2, n (%)	44 (63)	237 (68)	0.4
ARM, n (%)	29 (41)	149 (43)	0.8
IRNA, n (%)	13 (19)	40 (11)	0.1