


# Impacto pronóstico y remodelado inverso de cavidades derechas en pacientes con ICFEr tratados con vericiguat, hipertensión pulmonar e insuficiencia tricuspídea: registro VERISEC

Alberto Esteban Fernández(1), Beatriz Calvo Bernal(2), Raquel López Vilella(3), Gregorio de Lara Delgado(4), Laia Carla Belarte Tornero(5), Moisés Barrantes Castillo(6), Inés Gómez Otero(7), Julio Núñez Villota(8), Carolina Robles Gamboa(9), José López Aguilera(10), Gonzalo Luis Alonso Salinas(11), Pablo Díez Villanueva(12), Ángel Manuel Iniesta Manjavacas(13), María Melendo Viu(14) y Alejandro Recio Mayoral(15) de (1)Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés (Madrid) - España, (2)Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real (Cádiz) - España, (3)Hospital Universitario La Fe, Valencia - España, (4)Hospital Universitario de Torrevieja, Torrevieja (Alicante) - España, (5)Hospital del Mar, Barcelona - España, (6)Hospital de Palamós, Palamós (Girona) - España, (7)Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España, (8)Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia - España, (9)Hospital Universitario de Toledo, Toledo - España, (10)Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España, (11)Hospital Universitario de Navarra, Pamplona (Navarra) - España, (12)Hospital Universitario de la Princesa, Madrid - España, (13)Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (14)Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra) - España y (15)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla - España

Introducción: La afectación de las cavidades derechas es un factor pronóstico crítico en la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFEr). Este estudio evaluó la evolución clínica, los eventos a un año y el remodelado ecocardiográfico de pacientes que iniciaron vericiguat en un entorno de vida real, estratificados por la presencia de hipertensión pulmonar (HTP) e insuficiencia tricuspídea (IT).

Métodos: Se analizaron 835 pacientes del registro prospectivo y multicéntrico VERISEC. Los pacientes se categorizaron en 3 grupos según su estado basal: 1) sin HTP ni IT moderada-grave; 2) con HTP o IT moderada-grave; y 3) con ambas (HTP, independientemente del grado, e IT moderada-grave). El análisis se centró en la titulación y seguridad de vericiguat, la supervivencia al año y los cambios ecocardiográficos a los 12 meses, incorporando el cociente TAPSE/PSAP como marcador subrogado del acoplamiento entre el VD y la arteria pulmonar (VD-AP).

Resultados: La edad era de 71,3 años (78% varones), y el 48% presentaba afectación de cavidades derechas. Los pacientes con HTP e IT combinadas presentaron mayor complejidad, incluida una presión arterial sistólica más baja y una mayor proporción de NYHA III/IV (Tabla 1). Pese a su complejidad, vericiguat mostró alta tolerabilidad: el 60% del grupo con HP+IT alcanzó los 10 mg, con una tasa de interrupción similar a los grupos de menor riesgo (p=0,090)
Hubo un remodelado inverso en los supervivientes: el 51,3% redujo ?1 grado de IT y el 38,9% normalizó el tamaño del VD, con un incremento del TAPSE de 17,5 a 18,2 mm. Respecto a los eventos, la combinación de HTP e IT fue predictor de mortalidad, con una supervivencia al año del 81,3% frente al 93,7% en pacientes sin ninguna de estas

condiciones (p<0,001) (Figura 1). Tanto la dilatación del VD como un menor cociente TAPSE/PSAP (10,9 en fallecidos y 12,9 en supervivientes) fueron predictores independientes de muerte CV (p=0,010).

Conclusiones: La combinación de HTP e IT identifica un fenotipo de ICFEr de alto riesgo. Sin embargo, vericiguat es bien tolerado, lo que permite una titulación exitosa incluso en estos pacientes. Una proporción sustancial de supervivientes presenta un remodelado inverso significativo de las cavidades derechas, con reducción de la IT y normalización de las dimensiones del VD. Estos hallazgos sugieren que vericiguat podría facilitar la recuperación estructural derecha al mejorar las resistencias vasculares pulmonares y el acoplamiento VD-AP.

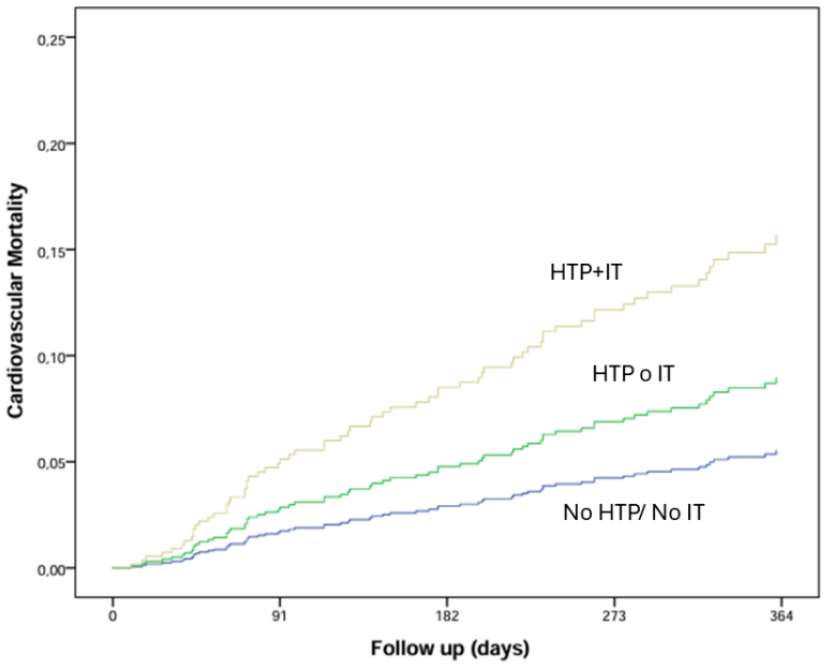



**Tabla 1. Perfil clínico, ecocardiográfico y resultados según el estado de las cavidades derechas**

| Variable | Sin HTP / Sin IT (n=422) | HTP o IT (n=266) | HTP e IT (n=123) | p |
|---|---|---|---|---|
| **Perfil Clínico Basal** | | | | |
| Edad, años (media) | 70,9 | 71,2 | 73,3 | 0,116 |
| Varones, n (%) | 329 (78,0) | 211 (79,3) | 96 (78,0) | 0,909 |
| PA Sistólica, mmHg | 117,7 ± 18,2 | 115,2 ± 17,5 | 113,2 ± 18,4 | <0,05 |
| NYHA III/IV, n (%) | 152 (36,2) | 103 (38,7) | 56 (45,5) | 0,030 |
| **Ecocardiografía Basal** | | | | |
| FEVI, % | 30,2 ± 7,4 | 30,5 ± 7,9 | 29,8 ± 7,1 | 0,650 |
| TAPSE, mm | 18,4 ± 3,8 | 17,1 ± 4,1 | 15,6 ± 3,9 | <0,001 |
| Dilatación del VD, n (%) | 38 (9,0) | 42 (15,8) | 32 (26,0) | <0,001 |
| **Titulación de Vericiguat** | | | | |
| Dosis objetivo (10 mg) a 3m, % | 55,9 | 60,5 | 60,0 | 0,090 |
| Suspensión a los 12m, % | 8,7 | 17,3 | 17,4 | 0,082 |
| **Seguimiento 12m (Remodelado)** | | | | |
| Mejora del grado de IT, %* | - | 17,6 | 28,6 | <0,001 |
| Normalización tamaño VD, %** | - | - | 38,9 | - |
| Incremento medio de FEVI, % | 30,2 → 35,8 | 30,5 → 34,9 | 29,8 → 34,1 | 0,412 |
| **Eventos clínicos a 12 meses** | | | | |
| Supervivencia a 1 año, % | 93,7 | 90,9 | 81,3 | <0,001 |
| Cociente TAPSE/PSAP (Muerte CV)* | Superv: 12,9 | | Muerte CV: 10,9 | 0,010 |

Los valores se expresan como media ± desviación estándar o n (%). HP: hipertensión pulmonar; IT: insuficiencia tricuspídea; PAS: presión arterial sistólica; NYHA: New York Heart Association; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; VD: ventrículo derecho; TAPSE: tricuspid annular plane systolic excursion; PSAP: presión sistólica de la arteria pulmonar; CV: cardiovascular.