



781 - ADECUACIÓN TERAPÉUTICA GUIADA POR FEVI TRAS INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: ¿ESTAMOS REALIZANDO BIEN NUESTRO TRATAMIENTO?

Ana Rodríguez Borrell, Jose Luis Puerto Alonso, Marta Millán Orge y Antonio Javier Ramos Guerrero

Medicina Interna, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz, España.

Resumen

Objetivos: Determinar si la adecuación de la GMDT al alta difiere entre pacientes con HFrEF, HFmrEF y HFpEF y las características de los pacientes que en los que se cumplen/inclumplen dicho tratamiento.

Métodos: Se realizó una cohorte retrospectiva que incluía el diagnóstico de insuficiencia cardíaca al alta. Se incluyeron de forma consecutiva 284 pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca aguda entre enero de 2023 y enero de 2024. La FEVI se categorizó según guías: HFrEF (FEVI $\leq$ 40%), HFmrEF (41-49%) y HFpEF ($\geq$ 50%). Se extrajeron las prescripciones al alta de IECA/ARA2, ARNI, betabloqueantes, ARM e inhibidores SGLT2. Se definió GMDT adecuada, para HFrEF y HFmrEF, como la prescripción simultánea de las cuatro clases; en HFpEF se consideró adecuada la prescripción de iSGLT2. Las proporciones de adecuación por categoría de FEVI se compararon mediante test exacto de Fisher, con $p < 0,05$ como umbral de significación.

Resultados: La cohorte incluyó 242 pacientes (edad media $81,2 \pm 8,4$ a, 49,6% mujeres), con FEVI: HFrEF 44 (18,2%), HFmrEF 43 (17,8%) y HFpEF 155 (64,0%). NT-proBNP mediana: 5.631 pg/mL. En HFrEF, 31,8% recibieron GMDT completa; en HFmrEF, 37,2% ($p = 0,656$). En HFpEF, 52,3% continuó iSGLT2 ($p = 0,166$). La prescripción de IECA/ARA2 fue 72,3% en HFrEF, 79,1% en HFmrEF y 61,9% en HFpEF; betabloqueantes 86,4%, 88,4% y 68,4%; ARM 65,9%, 72,1% y 45,8%. ARNI se indicó en 15,9% de HFrEF, 11,6% de HFmrEF y 8,4% de HFpEF ($p_{\text{ARNI}} = 0,041$). La adherencia a GMDT completa fue significativamente inferior en pacientes mayores de 80 años ($p = 0,029$).

Discusión: La baja adherencia a GMDT completa en HFrEF y HFmrEF contrasta con las recomendaciones de inicio inmediato de todas las clases farmacológicas (McDonagh *et al.* 2022). El empleo parcial de iSGLT2 en HFpEF refleja su adopción temprana, pero solo alcanza a la mitad de los pacientes. Este estudio unicéntrico y retrospectivo limita la generalización de los hallazgos.

Conclusiones: La adecuación de la GMDT en insuficiencia cardíaca aguda es insuficiente en HFrEF y HFmrEF y subóptima en HFpEF en pacientes destinado de una cohorte real. Son necesarias intervenciones orientadas a mejorar la implementación de guías en el alta hospitalaria.

Bibliografía

1. McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, et al. Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction. N Engl J Med. 2019;381(21):1995-2008. doi:10.1056/NEJMoa1911303

2. Packer M, Anker SD, Butler J, et al. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. *N Engl J Med*. 2020;383(15):1413-24. doi:10.1056/NEJMoa2022190

3. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al.; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2022;24(1):4-131. doi:10.1002/ejhf.2333