



4020-3. ¿ES POSIBLE INICIAR LA CUÁDRUPLE TERAPIA EN PACIENTES CON NUEVO DIAGNÓSTICO DE IC Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA? DATOS EN LA VIDA REAL DEL REGISTRO TIDY-HF

Alberto Esteban Fernández¹, Inés Gómez Otero², Silvia López Fernández³, Miguel Rodríguez Santamarta⁴, Francisco José Pastor Pérez⁵, Paula Fluvà Brugues⁶, José Ángel Pérez Rivera⁷, Andrea López⁸, José Manuel García Pinilla⁹, Juan Luis Bonilla Palomas¹⁰, Luis Almenar Bonet¹¹, Jorge Vázquez López-Ibor¹², Virgilio Martínez¹³, José María Segura Aumente¹⁴ y Enrique Sánchez Muñoz⁴

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

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías europeas de insuficiencia cardiaca (IC) de 2021, recomiendan el tratamiento con un inhibidor del eje renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA), un betabloqueante (BB), un antagonista del receptor de mineralocorticoides (ARM) y un inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa del tipo 2 (iSGLT2) en pacientes con IC y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) < 40%. Sin embargo, existen poca evidencia sobre la implementación de la cuádruple terapia en la práctica clínica.

Métodos: Se realizó un registro prospectivo multicéntrico (32 centros a nivel nacional), incluyendo a todos los pacientes con nuevo diagnóstico de IC con FEVI < 40% en la práctica clínica. Se recogieron sus características basales y analíticas, así como el tratamiento farmacológico: en el momento basal (alta de hospitalización o primera consulta ambulatoria en el plazo máximo de 1 mes tras el diagnóstico ecocardiográfico), al mes y a los 3 meses.

Resultados: A fecha de 1 de abril de 2022 se habían incluido 534 pacientes, de los cuales estaban disponibles los datos de 419. El 82,9% fueron diagnosticados durante un ingreso hospitalario. La edad media era de $65,3 \pm 13,5$ años, siendo el 71,7% varones. La FEVI media fue de $28,5 \pm 7,5\%$ y el TAPSE basal $18,0 \pm 4,2$ mm (45,2% con TAPSE ≥ 17 mm). El 20,7% tenían insuficiencia mitral grado III-IV y el 8,7% insuficiencia tricuspídea grado III-IV. El 61,9% estaban en NYHA II y el 27,1% en NYHA III-IV. Las causas más frecuentes de la IC eran: isquémica (23,9%), taquicardiomiopatía (16,9%) e idiopática (16,5%). El 48,4% eran dislipémicos, el 58,4% hipertensos y el 33,5% diabéticos. El 67,8% de los pacientes estaban en ritmo sinusal. Previamente al diagnóstico de la IC, el 44,4% llevaba tratamiento con iSRAA, el 21,3% con BB, el 6,9% con ARM, el 9,6% con iSGLT2 y el 25,8% con diuréticos. Los fármacos utilizados de manera basal y las modificaciones durante el seguimiento se muestran en la tabla.

Tratamiento farmacológico de manera basal y durante el seguimiento

FármacoN (%)	Inicio (n = 419)	Mes 1 (n = 272)	Mes 3 (n = 146)	p*
IECA	52 (12,4)	34 (12,5)	17 (11,6)	0,25
ARA-II	46 (11,0)	25 (9,1)	17 (11,6)	0,21
Sac/Val	304 (72,6)	217 (79,8)	113 (77,4)	0,001
iSRAA	391 (93,3)	266 (97,1)	137 (91,5)	0,035
BB	395 (94,2)	262 (97,8)	140 (93,8)	0,62
ARM	318 (75,9)	223 (80,0)	124 (82,8)	0,0007
iSGLT2	311 (74,2)	226 (82,0)	127 (84,9)	0,0001
Diurético asa	307 (73,3)	180 (66,2)	85 (58,2)	0,003
Quelante potasio	2 (0,5)	8 (2,9)	5 (3,4)	
Cuádruple terapia con iSRAA	240 (57,3)	184 (67,6)	103 (70,5)	0,0001
Cuádruple terapia con SV	209 (49,9)	159 (58,5)	85 (58,2)	0,0001
Triple terapia con iSRAA	115 (27,4)	64 (23,5)	32 (21,9)	
Triple terapia con SV	110 (26,3)	72 (26,5)	47 (32,2)	
Doble terapia	48 (11,4)	21 (7,7)	8 (5,5)	

*Test McNemar para muestras apareadas (Inicio frente mes 1 de seguimiento).

Conclusiones: Según los resultados preliminares, casi el 60% de los pacientes con IC y FEVI reducida de nuevo diagnóstico inician la cuádruple terapia durante el primer mes desde el diagnóstico, siendo sacubitrilo-valsartán el iSRAA preferido en la mayoría de los casos. La implementación de los fármacos con beneficio pronóstico está por encima del 70% de manera basal y llega al 80% durante el seguimiento, con una reducción progresiva de la utilización de diuréticos de asa.