



## 5028-2. CAMBIOS EN LAS CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA (2019-2024): ¿SE ESTÁN APLICANDO LAS RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA Y LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA?

María Anguita Gámez<sup>1</sup>, Rafael González Manzanares<sup>1</sup>, Juan Luis Bonilla Palomas<sup>2</sup>, Alberto Esteban Fernández<sup>3</sup>, Juan Carlos Castillo Domínguez<sup>1</sup>, Alejandro Recio Mayoral<sup>4</sup>, Javier Muñoz García<sup>5</sup>, Sonia Mirabet Pérez<sup>6</sup> y Manuel Anguita Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España, <sup>2</sup>Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén), España, <sup>3</sup>Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España, <sup>4</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España, <sup>5</sup>Universidad de A Coruña, (A Coruña), España y <sup>6</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La insuficiencia cardiaca (IC) es un grave problema de salud. En las últimas décadas se han producido cambios progresivos en sus características y tratamiento. Sin embargo, estos cambios y la introducción de nuevos fármacos se han acelerado en los últimos años, lo que puede influir en cambios más rápidos en su manejo y pronóstico. El objetivo de nuestro estudio es evaluar si se han producido cambios significativos en las características clínicas y el manejo de la IC desde 2019 hasta la actualidad en España.

**Métodos:** Analizamos los datos del registro del programa de acreditación de calidad SEC-Excelente-IC de la Sociedad Española de Cardiología, con 2.468 pacientes con IC incluidos entre 2019 y 2024 por 68 unidades especializadas en IC. Los pacientes se incluyeron de forma consecutiva en dos cortes de 1 mes (marzo y octubre) en dicho periodo. La inclusión se realizó en 3 fases: 2019-2020, 2021-2022 y 2023-2024, y se compararon las características y el tratamiento recibido por los pacientes en esos tres periodos de tiempo.

**Resultados:** De los 2.468 pacientes, 667 fueron incluidos en 2019-2020, 1.050 en 2021-2022 y 765 en 2023-2024. Se observó una reducción de la edad y proporción de mujeres en el periodo más reciente. No hubo diferencias entre los 3 periodos en la prevalencia de comorbilidades, salvo una menor prevalencia de anemia y mayor deficiencia de hierro en el periodo más reciente, ni en la etiología y gravedad de la IC. Hubo un aumento de la IC con FEVI reducida y una disminución de la FEVI conservada de 2019-2020 a 2023-2024. En cuanto al tratamiento, hubo una reducción significativa del uso de diuréticos, digoxina, ivabradina e IECA/ARA, y un aumento muy significativo de sacubitrilo/valsartán, ARM, inhibidores de SGLT2 y quelantes del potasio. También aumentó la proporción de pacientes sometidos a programas de rehabilitación cardiaca. No hubo diferencias en las tasas de muerte, ingresos por IC o descompensaciones de IC entre las 3 épocas (Tabla).

Incidencia de eventos a 1 año en relación con el período de inclusión

	Personas-año	N.º de eventos	Tasa de incidencia	IC95%	RR	IC95%	p
<b>Mortalidad</b>							
<i>Global</i>	2.000,87	339	16,94	15,23	18,85		
1.ª fase	499,19	97	19,43	15,93	23,71	Ref.	
2.ª fase	925,39	145	15,67	13,32	18,44	0,806	0,624
3.ª fase	576,29	97	16,83	13,79	20,54	0,866	0,654
<b>Ingreso por IC</b>							
<i>Global</i>	2.000,87	676	33,79	31,33	36,43		
1.ª fase	499,19	153	30,65	26,16	35,91	Ref.	
2.ª fase	925,39	280	30,26	26,91	34,02	0,987	0,811
3.ª fase	576,29	243	42,17	37,18	47,82	1,376	1,124
<b>Evento combinado: muerte o ingreso por IC</b>							
<i>Global</i>	1.829,77	626	34,21	31,63	37,00		
1.ª fase	455,77	171	37,52	32,30	43,59	Ref.	
2.ª fase	853,83	261	30,57	27,08	34,51	0,815	0,672
3.ª fase	520,18	194	37,29	32,40	42,93	0,994	0,809

**Conclusiones:** No hubo cambios significativos en las características clínicas de los pacientes entre 2019 y 2024, excepto una menor edad y proporción de mujeres y un aumento de la FEVI reducida por IC. El uso de sacubitrilo/valsartán, inhibidores de SGLT2 y ARM aumentó de forma muy marcada, lo que refleja una rápida implementación de la evidencia. Sin embargo, esto no se asoció a una menor tasa de mortalidad ni reingresos por IC.