



### 3. MANTENIMIENTO DE LA TERAPIA FUNDACIONAL A LOS 6 MESES DEL DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Alberto Esteban Fernández<sup>1</sup>, Inés Gómez Otero<sup>2</sup>, Marta Cobo Marcos<sup>3</sup>, Silvia López Fernández<sup>4</sup>, Miguel Rodríguez Santamarta<sup>5</sup>, Francisco José Pastor Pérez<sup>6</sup>, Paula Fluvià Bragues<sup>7</sup>, José Ángel Pérez Rivera<sup>8</sup>, Andrea López López<sup>9</sup>, José Manuel García Pinilla<sup>10</sup>, Juan Luis Bonilla Palomas<sup>11</sup>, Luis Almenar Bonet<sup>12</sup>, Virgilio Martínez Mateo<sup>13</sup>, Vanesa Alonso Fernández<sup>14</sup> y Cristina Goena Vives<sup>15</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España, <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, <sup>3</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España, <sup>4</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España, <sup>5</sup>Complejo Asistencial Universitario, León, España, <sup>6</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, <sup>7</sup>Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España, <sup>8</sup>Complejo Asistencial de Burgos, Burgos, España, <sup>9</sup>Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España, <sup>10</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España, <sup>11</sup>Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén), España, <sup>12</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia, España, <sup>13</sup>Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real), España, <sup>14</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), España y <sup>15</sup>Hospital de Mendaro, Mendaro Guipúzcoa, España.

#### Resumen

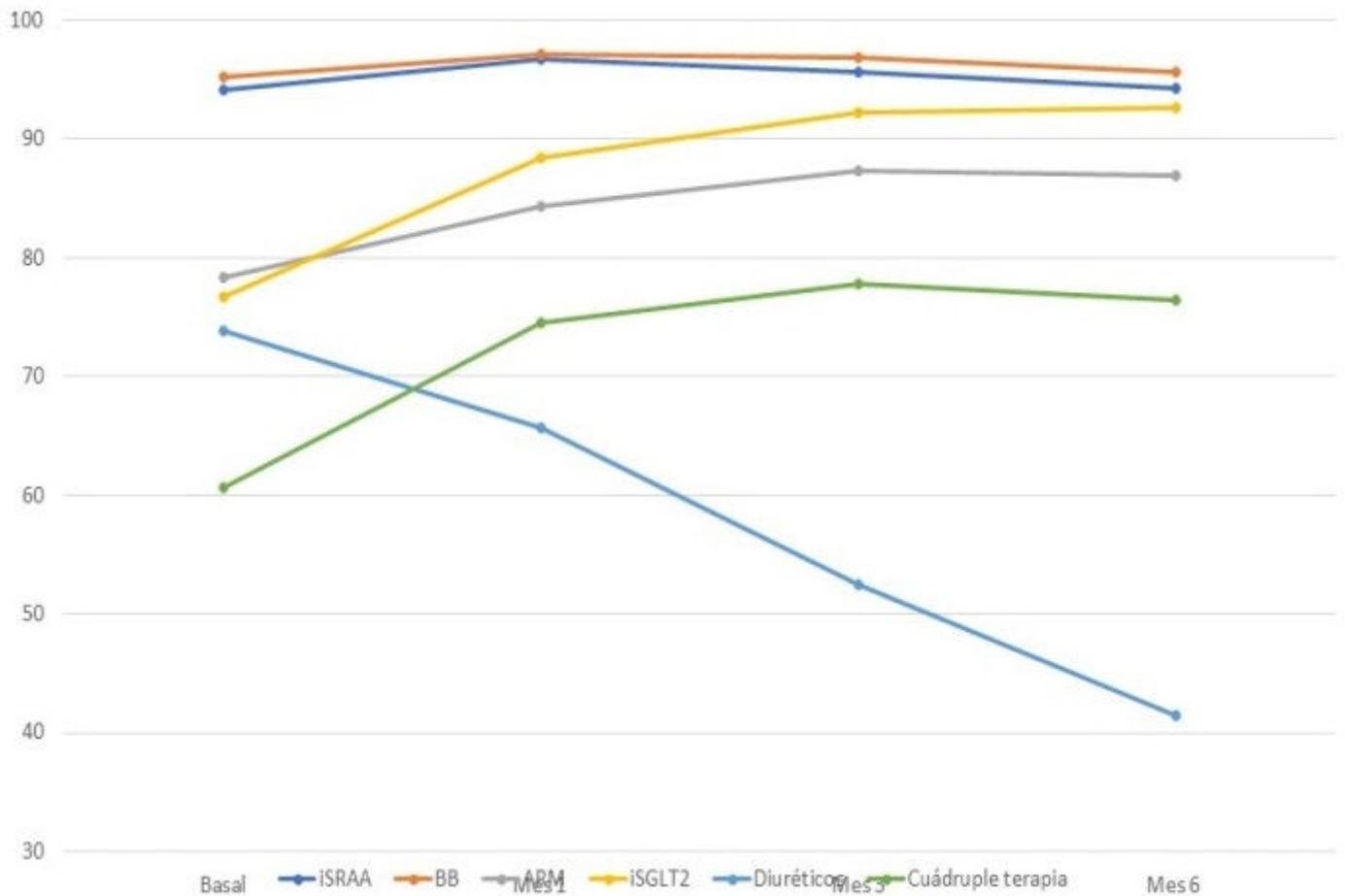
**Introducción y objetivos:** Las guías europeas de insuficiencia cardiaca (IC) recomiendan la implementación rápida de la cuádruple terapia en pacientes con IC y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) < 40%. Sin embargo, existen pocos datos sobre la posibilidad de iniciarla precozmente y poder mantenerla a medio plazo.

**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, 3 meses y 6 meses. Para el análisis de los fármacos utilizados de manera basal y las modificaciones realizadas durante el seguimiento se seleccionaron los pacientes de los que se disponía de todos los datos disponibles en los 4 momentos de seguimiento. Para el análisis se utilizó el test de Cochran para proporciones emparejadas.

**Resultados:** Se incluyeron 532 pacientes (71,8% varones), con una edad media de 65,7 años (DE: 12,9). El 82,3% fueron diagnosticados durante un ingreso hospitalario. El 32,4% eran fumadores activos, el 57,4% hipertensos, el 48,3% dislipémicos y el 33,8% diabéticos. El 69,6% estaba en ritmo sinusal y la FEVI media fue de 28,7% (DE: 7,4). El 64,6% estaban en NYHA II y el 25,2% en NYHA III-IV. Las causas más frecuentes de la IC eran: isquémica (28,4%), idiopática (21,2%) y taquicardiomiopatía (21,1%). Previamente al diagnóstico de la IC, el 41,7% llevaba tratamiento con iSRAA, el 22,6% con BB, el 10,6% con ARM, el 11,5% con iSGLT2 y el 25,3% con diuréticos. La descripción de los fármacos utilizados y de aquellos en los que se implementó la cuádruple terapia se muestran en la tabla y en la figura.

## Tratamiento farmacológico de manera basal y durante el seguimiento

	Basal	Mes 1	Mes 3	Mes 6	p
iSRAA (N = 456)	429 (94,1)	441 (96,7)	436 (95,6)	430 (94,3)	0,04
Sac/val (N = 453)	335 (73,9)	364 (80,3)	365 (80,6)	352 (77,8)	0,001
IECA (N = 455)	49 (10,9)	41 (9,2)	40 (8,9)	41 (9,2)	0,16
ARA II (N = 444)	44 (9,9)	37 (8,3)	32 (7,2)	37 (8,3)	0,108
BB (N = 456)	434 (95,2)	443 (97,1)	442 (96,9)	436 (95,6)	0,06
ARM (N = 452)	354 (78,3)	381 (84,3)	395 (87,4)	393 (86,9)	0,00001
iSGLT2 (N = 455)	349 (76,7)	402 (88,4)	420 (92,3)	422 (92,7)	0,00001
Diurético asa (N = 455)	336 (73,8)	299 (65,7)	239 (52,5)	189 (41,5)	0,00001
Cuádruple terapia (N = 455)	276 (60,7)	339 (74,5)	354 (77,8)	348 (76,4)	0,0001



*Evolución del tratamiento farmacológico durante el seguimiento.*

**Conclusiones:** Según los resultados de nuestro trabajo, las modificaciones del tratamiento fundacional se producen mayoritariamente durante los 3 primeros meses de tratamiento, manteniendo la mayoría de los pacientes la cuádruple terapia a los 6 meses del diagnóstico. Entre los 3 y los 6 meses, la proporción de pacientes con iSRAA se reduce discretamente, mientras que la de diuréticos de asa se reduce de manera muy significativa.