



## 6012-2. INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA *DE NOVO* CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA EN LA VIDA REAL: ORIGEN, MANEJO Y PRONÓSTICO A LARGO PLAZO

Carmen Martín Domínguez<sup>1</sup>, Julia Jiménez Ranchal<sup>1</sup>, Rafael Bravo Marques<sup>1</sup>, Carlos Martín Alfaro<sup>1</sup>, Susana Pérez Córdoba<sup>1</sup>, Eloísa Mariscal López<sup>1</sup>, María José Vaquero Sánchez<sup>2</sup>, Almudena Valle Alberca<sup>1</sup>, Francisco Ruiz Mateas<sup>1</sup> y Francisco J. Torres Calvo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga y <sup>2</sup>Hospital Comarcal Valle de los Pedroches, Pozoblanco, Córdoba.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) se puede presentar de dos formas: ICA descompensada, en pacientes con IC conocida previamente e ICA *novo* o de debut. Los pacientes con ICA *de novo* y FEVI 40% se encuentran peor representados en los ensayos clínicos y con un tiempo de seguimiento relativamente corto. Desconocemos el pronóstico a largo plazo si mantuvieran los 4 pilares de tratamiento. Por ello, se analiza una cohorte de pacientes con dichas características en la vida real.

**Métodos:** Se analizó de forma observacional y retrospectiva a una cohorte de pacientes, que ingresaron en Cardiología entre enero 2019-marzo 2021 por ICA *de novo* con FEVI 40%. Se analizaron características basales, etiología de la IC, tratamiento y pronóstico a largo plazo.

**Resultados:** Se analizaron un total de 93 pacientes. La edad media de  $63 \pm 10$  años, 76% varones. El 33% DM, 62% HTA y 50% dislipemia. El 35% fumador activo y 31% enolismo activo. 34% tenían FA y el 23% cardiopatía isquémica previa. En cuanto al origen de la ICA, el 40% fue origen isquémico, 20% taquimiocardiopatía por FA, 12% idiopático y 28% restante a otras etiologías (enólico, valvulopatías o miocarditis). En cuanto al tratamiento, 37 pacientes (39%) se fueron al alta con cuádruple terapia (ARNI + BB+ ARM+ iSGLT2), 50 (53%) con triple (ARNI+ BB+ ARM), 2 (2,1%) con triple (IECA+BB+ARM), 3 biterapia (1 con ARNI+BB y 2 con ARNI +ARM) y 1 BB en monoterapia. A los 12 meses, el 34,4% se encontraban en triple terapia con (BB+ ARNI+ ARM) y el 64,5% con cuádruple terapia (BB+ ARNI+ ARM+ iSGLT2). De los pacientes que no se fueron de alta con iSGLT2 pero que, si lo recibieron en el seguimiento, tardaron una media de 42 semanas en iniciarlo. A los 12 meses, el 46% recuperaron FEVI a  $> 50\%$ . En la tabla vemos que a los 12 meses, mejoraron la CF, el NT-pro-BNP descendió de 6.909 a 746 ( $p < 0,05$ ) y un remodelado inverso del VI con mejoría de FEVI +14% ( $p < 0,05$ ). En cuanto a los eventos, en una mediana de seguimiento de 76 meses, la tasa de hospitalización por IC fue 14% y de mortalidad por causa cardiovascular del 6,5% (fig.).

Etiología de la ICA. Parámetros clínicos y pruebas complementarias a los 12 meses. Tratamiento al alta y a los 12 meses

n = 93 Etiología de la insuficiencia cardiaca aguda (n, %)

Origen Isquémico	38, 41%		
Taquimiocardiopatía	19, 20%		
Idiopático	12, 12%		
Valvulopatía	9, 10%		
Enólico	8, 9%		
Otros	7, 8%		
Exploración física y pruebas complementarias	Al ingreso	12 meses	p
Clase funcional NYHA			
Clase funcional NYHA 1	0	23 (27,4%)	
Clase funcional NYHA 2	7 (8,3%)	45 (53,6%)	0,05
Clase funcional NYHA 3	47 (56,6%)	16 (19%)	
Clase funcional NYHA 4	30 (36,1%)	0	
Tensión arterial sistólica y diastólica (mmHg)	132 ± 34/79 ± 16	123 ± 13/70 ± 13	0,05
ECG			
Ritmo sinusal (n, %)	58, 64%	66 73,3%	0,05
Fibrilación auricular (n, %)	32, 35%	24, 26,7%	
Parámetros de laboratorio			

Hemoglobina, g/dl	13,5 ± 1,8	14 ± 2	0,05
Creatinina, mg/dl	1,1 ± 0,4	1,27 ± 0,4	0,05
Filtrado glomerular (CKD-EPI), ml/min	65 ± 19	58 ± 19	0,05
Na (mEq/l)	139 ± 2,8	139 ± 2,8	ns
K (mEq/l)	4 ± 0,5	4,6 ± 0,4	0,05
NT-pro-BNP (pg/ml)	6.809 RIQ (2.918-12.631)	746 RIQ (358-1.604)	0,05
Parámetros ecocardiográficos			
Diámetro telediastólico VI (mm)	58 ± 7	54 ± 5	0,05
FEVI (%)	32 ± 6	46 ± 10	0,05
Diámetro AI (mm)	44 ± 6	42 ± 5	0,05
Diámetro VD (mm)	39 ± 9	37 ± 4	0,05
TAPSE (mm)	17 ± 4	19 ± 3	0,05
PSAP (mmHg)	38 ± 12	33 ± 8	0,05
Tratamiento	Al alta	12 meses	p
Sacubitrilo-valsartán	86, 96,6%	89, 98%	
Dosis 24/26 mg cada 12 horas	75%	13,30%	0,05
Dosis 49/51 mg cada 12 horas	23%	43,30%	

Dosis 97/103 mg cada 12 horas	2%	43,30%	
Bloqueadores beta	91, 97,8%	92, 98,9%	
Dosis baja	40,60%	40,70%	ns
Dosis media	37,30%	36,70%	
Dosis alta	21,90%	23,10%	
Antialdosterónicos	91, 97,8%	92, 98,9%	
Dosis baja	57,10%	41,80%	0,05
Dosis alta	42,80%	58,20%	
iSGLT2	38, 40,9%	60, 64%	0,05



*Curvas de supervivencia. A: Muerte por cualquier causa. B: Hospitalización por insuficiencia cardiaca.*

**Conclusiones:** Los pacientes con ICA *de novo*, presentan un remodelado inverso del VI y una baja tasa de eventos en el seguimiento; casi en la mitad de los pacientes recuperan FEVI a > 50% a los 12 meses. El tratamiento pautado, según las últimas recomendaciones de las guías, fue bien tolerado y sin eventos adversos en el seguimiento.