

Insuficiencia cardíaca con FEVI ligeramente reducida en vida real: ¿estamos tratándola como debemos?

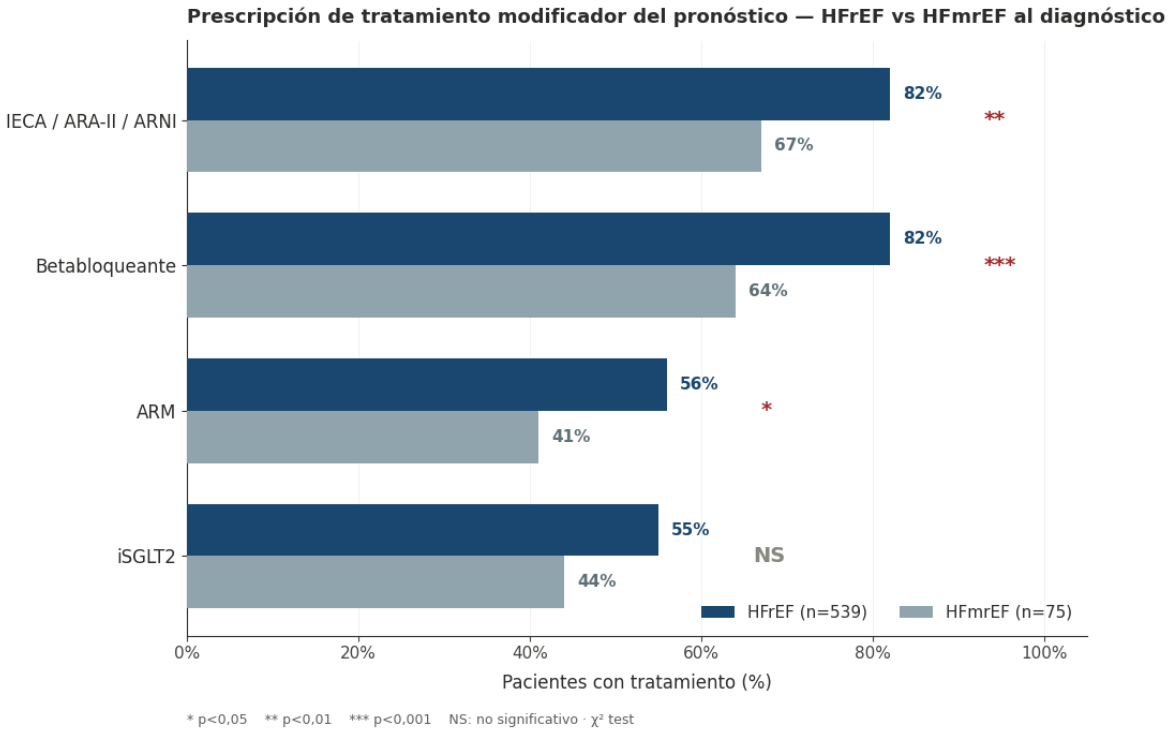
Elvis Amao Ruiz(1), María Ferré Vallverdú(1), Anna Seró Ariza(1), Anastasiya Sergiivn Mendela Andreychuk(1), Bàrbara Carbonell Prat(1), Jaume Servello Pons(2), Gloria Vives Masdeu(2), Raúl Sánchez Giménez(1), Francisco Fernández Salinas(1), Amine El Amrani Rami(1), Hernán Tajes Pascual(1), Óscar Palazón Molina(1), Cristina Moreno Ambroj(1) y Pilar Valdovinos Perdices(1) de (1)Servicio de Cardiología.y (2)Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Reus (Tarragona) - España

Introducción: La insuficiencia cardíaca con FEVI ligeramente reducida (HFmrEF) ha vivido durante años en una zona gris, sin un tratamiento claramente definido. Las guías ESC 2021 establecieron por primera vez recomendaciones para este subgrupo: Clase I para iSGLT2 (tras DELIVER y EMPEROR-Preserved) y Clase IIb para los pilares clásicos (IECA/ARA-II/ARNI, betabloqueantes y antagonistas mineralocorticoides). El objetivo es describir cómo es el paciente con HFmrEF en nuestra unidad y qué tratamiento está recibiendo en comparación con el HFrEF.

Métodos: Revisamos retrospectivamente el registro de pacientes seguidos en una unidad multidisciplinar de IC, comparando los pacientes con HFmrEF (FEVI 40-49%) frente a los HFrEF (FEVI <40%). Analizamos perfil clínico, comorbilidades, biomarcadores, ecocardiografía y tratamiento al diagnóstico. Las variables continuas se compararon con t-Student o U Mann-Whitney según distribución, y las categóricas con chi-cuadrado o test exacto de Fisher.

Resultados: Se incluyeron 614 pacientes (HFrEF n=539; HFmrEF n=75). Los pacientes con HFmrEF mostraron un perfil estructural más favorable (DTDVI 56 vs 60 mm, p=0,001; TAPSE 21 vs 19 mm, p<0,001) y NT-proBNP casi la mitad (1.088 vs 2.015 pg/mL, p=0,001), con mayor prevalencia de SAHS (16% vs 7%, p=0,012). Sin embargo, recibieron menos inhibidores del eje renina-angiotensina (67% vs 82%, p=0,006), menos betabloqueantes (64% vs 82%, p=0,001) y menos antagonistas mineralocorticoides (41% vs 56%, p=0,018), sin diferencias en iSGLT2 (44% vs 55%, p=0,138). La mortalidad fue similar (5% vs 8%, p=0,496).

Conclusiones: Los pacientes con HFmrEF presentan un perfil estructural más favorable que los HFrEF y mayor prevalencia de SAHS, pero con mortalidad comparable. Existe margen para considerar de forma más sistemática los pilares del tratamiento en este subgrupo, especialmente los iSGLT2, donde la evidencia actual es más sólida.



HFrEF vs HFmrEF — características y tratamiento

Variable	HFrEF (n=539)	HFmrEF (n=75)	p
Edad (años)	67,8 ± 12,2	68,6 ± 14,0	0,647
Sexo varón	74%	71%	0,657
FEVI (%)	30 [25–35]	42 [40–45]	<0,001
SAHS	7%	16%	0,012
NT-proBNP (pg/mL)	2.015 [912–3.727]	1.088 [539–2.590]	0,001
DTDVI (mm)	60 [54–65]	56 [50–60]	0,001
TAPSE (mm)	19 [16–21]	21 [18–24]	<0,001
IECA / ARA-II / ARNI	82%	67%	0,006
Betabloqueante	82%	64%	0,001
ARM	56%	41%	0,018
iSGLT2	55%	44%	0,138
Mortalidad total	8%	5%	0,496