

Artículo Original de Investigación

Perfil clínico, evaluación, tratamiento y evolución de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada en Argentina: resultados finales del Registro ArFey-Preser.

Clinical profile, evaluation, treatment and outcomes of heart failure with preserved ejection fraction in Argentina: final results from the ArFey-Preser Registry.

Eduardo R Perna^{1,2}; María L Coronel^{1,2}; Diego Echazarreta^{1,3}; Cecilia Moris^{1,4}; Guillermo Cursack^{1,5}; Juan P Escalante^{1,6}; Juan M Brunialti^{1,7}; Diana Piñero^{1,7}; Nicolas Renna⁹; Lilia L Lobo Marquez^{1,9}; Luis Lema^{1,10}; Gustavo Castiello^{1,11}; Daniel Hernandez^{1,12}; Diego Picchio^{1,13}; Valentina Botelli Dagum^{1,14}; Juan P Cimbaro Canella^{1,2}.

1 Comité de Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar, Federación Argentina de Cardiología. 2 Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral", Corrientes. 3 Hospital San Juan de Dios, La Plata. Centro Médico Capital, La Plata, Buenos Aires. 4 Centro Integral de Arritmias de Tucumán, Tucumán. 5 Sanatorio Esperanza, Esperanza, Santa Fe. 6 Instituto Cardiovascular de Rosario, Santa Fe. 7 Hospital San Juan de Dios, La Plata, Buenos Aires. 8 Hospital Español de Mendoza, Mendoza. 9 Instituto de Cardiología Tucumán, Tucumán. 10 Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba. 11 Hospital Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 12 Sanatorio González Lelong, Formosa. 13 Polymedic Santa Rosa, La Pampa. 14 Hospital San Bernardo, Salta..

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 17 de Abril de 2026

Aceptado después de revisión

el 29 de Junio de 2026.

www.revistafac.org.ar

Los autores declaran no tener
conflicto de intereses.

Palabras clave:

Insuficiencia cardíaca,
fracción de eyección preservada,
registros

RESUMEN

Introducción: la insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección preservada (ICFEP) está subrepresentada en registros argentinos. Los objetivos de este reporte fueron analizar perfil clínico, manejo y evolución de ICFEP en Argentina.

Material y métodos: ArFey-Preser fue un registro multicéntrico, observacional que incluyó pacientes ambulatorios o prealta hospitalaria con fracción de eyección del ventrículo izquierdo $\geq 50\%$, signos-síntomas de IC y evidencia de cardiopatía estructural. Los puntos finales fueron mortalidad y hospitalización por IC al año y supervivencia al final del estudio.

Resultados: entre diciembre/22 y mayo/24, se incluyeron 638 pacientes, edad $72,4 \pm 11,3$ años, 62,1% mujeres, FEVI $60,5 \pm 6,4\%$. Las comorbilidades más prevalentes fueron: hipertensión arterial 90%, enfermedad renal 54,2%, obesidad 50,3%, diabetes 44,5%, fibrilación/aleteo auricular 40,4%, anemia 36,7% y coronariopatía 26%. La clase funcional fue 3-4 en 34,2% y hospitalizaciones previas por IC en 58,6%. La evaluación incluyó: ecocardiograma 100%, péptidos natriuréticos 57%, búsqueda de isquemia 39,3%, cinecoronariografía 58,8%, métodos adicionales 6,9%. La medicación basal fue inhibidores del cotransportador sodio glucosa 2 (iSGLT2) 42,3%, antagonista mineralocorticoideo (ARM) 42,3%, inhibidores del sistema renina-angiotensina (iSRA) 82,4% y betabloqueantes (BB) 79,6%; con incremento al año en iSGLT2 17,2% y reducción de BB -8,6% e iSRA -8,1 (todos $p < 0,001$). la mortalidad anual fue 7,3% y hospitalización por IC 11,5%; con supervivencia a 24 meses 90,3%.

Conclusiones: la ICFEP en Argentina se caracterizó por predominio de mujeres, añosos, multimorbilidad y eventos frecuentes. La búsqueda de coronariopatía fue elevada, con bajo uso de métodos adicionales. La subutilización de iSGLT2 y ARM indica una brecha con recomendaciones actuales.

Clinical profile, evaluation, treatment and outcomes of heart failure with preserved ejection fraction in Argentina: final results from the ArFey-Preser Registry.

ABSTRACT

Introduction: Heart failure (HF) with preserved ejection fraction (HFpEF) is underrepresented in Argentine registries. The objectives of this report were to analyze clinical profile, evaluation, and treatment of HFpEF in Argentina.

Material and methods: ArFey-Preser was a multicenter, observational registry that included ambulatory or pre-hospital discharge patients, with LV ejection fraction $\geq 50\%$, signs-symptoms of HF, and evidence of structural heart disease. Endpoints were mortality and HF related admissions within one year and total mortality at the end of the study.

Keywords:

Heart failure,
preserved ejection fraction,
registry.

Results: between December/22-May/24, 638 patients were included, 72.4 ± 11.3 years, 62.1% women, LVEF $60.5 \pm 6.4\%$. The most prevalent comorbidities were hypertension 90%, chronic kidney disease 54.2%, obesity 50.3%, diabetes 44.5%, atrial fibrillation/flutter 40.4%, anemia 36.7%, and coronary artery disease 26%. Functional class was 3-4 in 34.2% and previous hospitalizations due to HF in 58.6%. The evaluation included: echocardiogram 100%, natriuretic peptides 57%, ischemia search 39.3%, coronary angiography 58.8%, additional methods 6.9%. Baseline medication included sodium-glucose transport protein 2 inhibitors (SGLT2i) 42.3%, mineralocorticoid receptor antagonists (MRA) 42.3%, diuretics 78.2%, renin-angiotensin system inhibitors (RASi) 82.4% and beta-blockers (BB) 79.6%; with 12-month increment in iSGLT2 of 17.2% and reduction in BB of -8.6% and RASi of -8.1 (all $p < 0.001$). Annual mortality was 7.3% and hospitalization for HF 11.5%; while 24-month survival was 90.3%.

Conclusions: HFpEF in Argentina is characterized by a predominance of women, elderly patients, multimorbidity and frequent events. The screening for coronary heart disease was high, with low use of additional methods. The underuse of MRA and SGLT2i indicates a gap with current recommendations.

INTRODUCCIÓN

El fenotipo de insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) $\geq 50\%$, definida como preservada (ICFEP), está presente en más de la mitad de los pacientes con diagnóstico de IC en el ámbito hospitalario y ambulatorio^{1,2}. Entre los desafíos actuales para el manejo de esta condición se encuentran: el diagnóstico, que requiere evidencia objetiva de anomalías cardíacas estructurales y/o funcionales y niveles elevados de péptidos natriuréticos, la caracterización del fenotipo clínico y la etiología que permitan una mejor identificación de aquellos sujetos que merecen tratamientos específicos, y el uso de terapias contemporáneas con evidencia demostrada, como los inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (iSGLT2) y los antagonistas del receptor mineralocorticoideo (ARM), especialmente no esteroideos^{3,4,5,6,7,8,9}. Como característica distintiva, la multimorbilidad constituye un hallazgo frecuente que ha limitado la disponibilidad de tratamientos basado en evidencias^{2,10}.

Típicamente, la ICFEP ha estado subrepresentada en registros argentinos. En reportes previos a las estrategias actuales de manejo de esta entidad, alrededor de un tercio tenían FEVI $\geq 40\%$ y 20% FEVI $\geq 50\%$, mientras que datos más recientes han informado una prevalencia entre 15,6 y 35,5%^{11,12,13,14}. En todos ellos, el diagnóstico fue eminentemente clínico, tanto en escenarios de IC crónica como aguda, y ninguno se focalizó específicamente en ICFEP.

Las evidencias recientes, con nuevas estrategias terapéuticas en ICFEP han cambiado el paradigma del manejo, y han llevado a generar nuevas recomendaciones nacionales e internacionales^{7,8,15}. Por lo tanto, resulta relevante el conocimiento de la situación actual en la Argentina. La hipótesis de este registro fue que las estrategias diagnósticas y terapéuticas en ICFEP en el país son subóptimas con relación a las recomendaciones contemporáneas de las guías, lo cual tendría impacto en la evolución. Por ello, los objetivos de este trabajo fueron analizar las características clínicas, evaluación, tratamiento y evolución de ICFEP en Argentina.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Registro Argentino de Insuficiencia Cardíaca con Fracción de Eyección Preservada (ArFey-Preser) fue un proyecto del Comité de Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar de la Federación Argentina de Cardiología, y el protocolo completo ha sido publicado previamente¹⁶. En resumen, fue un registro multicéntrico, prospectivo, observacional que incluyó entre diciem-

bre/2022 y mayo/2024 pacientes con ICFEP, con un seguimiento final al año del último paciente reclutado.

Población

Se registraron pacientes evaluados en una visita ambulatoria o al momento del alta hospitalaria, con diagnóstico de ICFEP con los criterios de la definición universal de insuficiencia cardíaca³: 1-signos y síntomas actuales o previos de IC; 2-FEVI $\geq 50\%$ en un ecocardiograma Doppler y 3-evidencia de cardiopatía estructural, definida por al menos uno de los siguientes: hipertrofia ventricular (septum o pared posterior $\geq 1,2$ cm o índice de masa del VI ≥ 115 g/m² para hombres y ≥ 95 g/m² para mujeres), o dilatación de aurícula izquierda (al menos uno: ancho ≥ 4 cm, largo $\geq 5,0$ cm, o área > 20 cm² o volumen > 55 mL o volumen indexado > 34 mL/m²), o E/e' promedio ≥ 15 , o elevación en los péptidos natriuréticos (ritmo sinusal: NTproBNP > 125 pg/mL o BNP > 35 pg/mL; fibrilación o aleteo auricular: NTproBNP > 375 pg/mL o BNP > 105 pg/mL). Los criterios de exclusión fueron síndrome coronario agudo, cirugía de revascularización coronaria o reemplazo valvular en los 3 meses previos, diagnóstico confirmado de miocardiopatía infiltrativa, miocardiopatía hipertrófica o enfermedad valvular severa, enfermedad grave (neoplásica, hepática o renal) con pronóstico ominoso menor de un año e insuficiencia renal crónica en diálisis permanente.

Se utilizó un sistema de captura electrónico de datos a través de internet diseñado por el Centro de Teleinformática Médica de la Federación Argentina de Cardiología (CETIFAC), y se almacenaron en una base de datos protegida para acceso no autorizado. Cada investigador tenía acceso exclusivo a los datos de su centro. Dos coordinadores llevaron a cabo el monitoreo de la base para control de calidad de datos y solicitud de resolución de reclamos al investigador.

Diseño del registro

El tamaño de la muestra se calculó en base a una estimación de mortalidad anual del $10 \pm 3\%$, un error tipo I de 0,05 y tipo II de 20%, requiriéndose 630 participantes.

En la visita inicial se registraron características demográficas, factores de riesgo, comorbilidades, antecedentes cardiovasculares, historia de IC, etiología, tratamiento previo, uso de dispositivos, evaluación clínica, antropometría, electrocardiograma (ECG), ecocardiograma Doppler, laboratorio con bio-

TABLA 1.
Parámetros clínicos, laboratorio y ecocardiograma.

	N	Media	DE
Edad, años	638	72,50	11,18
Tiempo de IC, meses	638	21,17	27,81
EQ-5D-5L, puntos	634	62,61	18,93
PAS, mmHg	637	131,36	20,61
PAD, mmHg	637	79,67	13,64
Frecuencia cardíaca, lpm	636	76,59	18,62
Índice de masa corporal, kg/m ²	636	30,93	6,65
Clase funcional	634	2,29	0,71
Hemoglobina, g/dl	591	13,18	8,49
Glóbulos blancos, x mm ³	608	7539,88	3071,01
Glucemia, mg/dl	593	117,07	42,97
Urea, g/l	595	0,49	0,27
Creatinina, mg/dl.	608	1,19	0,61
Tasa de filtrado glomerular, ml/min/1,73 m ²	618	60,41	25,11
Sodio, mEq/l	605	138,61	4,07
Potasio, mEq/l	590	4,10	0,57
TSH, ng/dl	315	3,60	8,66
Ácido úrico, mg/dl	236	5,85	1,81
BNP, pg/ml	93	583,38	907,60
NT-ProBNP, pg/ml	275	1844,10	3446,96
HbA1c, %	233	6,88	1,77
DDVI, mm	630	49,32	16,58
DSVI, mm	626	37,55	130,47
FEVI, %	638	60,47	6,45
Septum, mm	627	12,00	4,51
Pared posterior, mm	615	11,15	2,07
Volumen indexado de AI, ml/m ²	432	45,74	16,68
Área AI,	412	31,24	12,01
Diámetro AI, mm	478	45,13	8,77
PSAP, mmHg	500	37,75	14,76
E/e'	366	13,83	5,43

IC: insuficiencia cardíaca; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; TSH: hormona estimulante de tiroxina; BNP: péptido natriurético cerebral; NT-ProBNP: porción aminoterminal del proBNP; HbA1c: hemoglobina glicosilada; DDVI: diámetro diastólico del ventrículo izquierdo; DSVI: diámetro sistólico del ventrículo izquierdo; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; AI: aurícula izquierda; PSAP: presión sistólica de arteria pulmonar; E/e': onda E transmitral / onda e' tisular.

marcadores y otros estudios complementarios efectuados. Se realizó cuestionario de calidad de vida EQ-5D-5L.

El seguimiento incluyó un contacto a 6 y 12 meses. En este último se reevaluó medicación, cuestionario de calidad de vida y clase funcional. Al final del estudio se realizó un contacto telefónico para establecer estado vital.

Puntos finales

El punto final primario fue mortalidad por cualquier causa al final del seguimiento. Además se analizaron a los 12 meses la mortalidad por todas las causas, hospitalizaciones por IC y el punto final combinado de ambos eventos.

La hospitalización por IC fue definida como la aparición o empeoramiento de los síntomas de IC que requieran admisión hospitalaria para el tratamiento intravenoso, con una permanencia mayor a 12 hs.

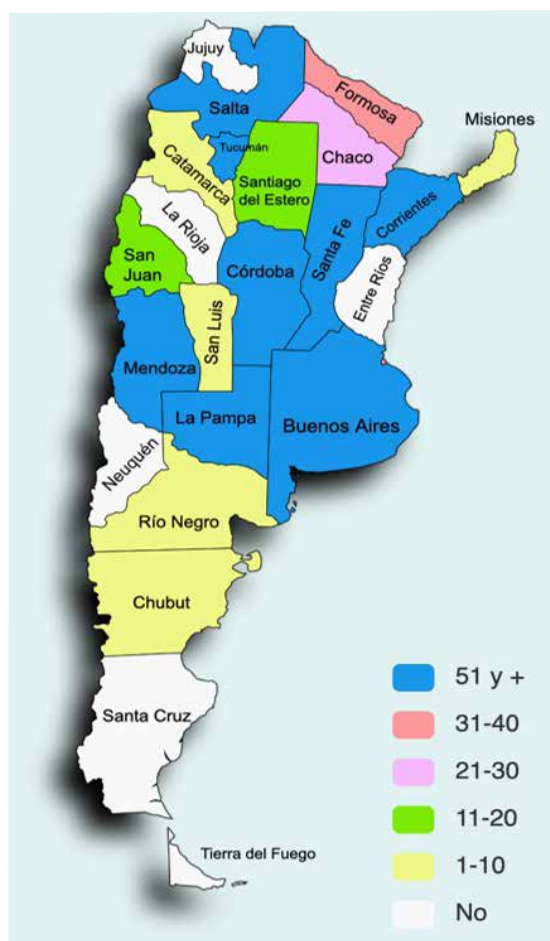


FIGURA 1.
Reclutamiento de pacientes según provincia.
El color representa el número incluido.

Consideraciones éticas

El protocolo fue aprobado por las Secretarías de Investigación Médica y de Docencia de FAC, así como por la Mesa Directiva de FAC. Además, fue evaluado por el Comité de Bioética Centro Médico Framingham, en La Plata Región Sanitaria XI. La versión final del protocolo ha sido sometida al Registro Nacional de Investigaciones en Salud (RENIS) Investigador IN006122. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado.

Este proyecto contó una beca sin restricciones del laboratorio Boehringer Ingelheim S.A., quien no participó en el diseño, ejecución o análisis del mismo.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se expresan como porcentajes, y se compararon las proporciones en el uso de drogas al inicio y al año con la prueba McNemar. Las variables continuas se presentan como media y desvío estándar, o mediana e intervalo intercuartil 25-75% (IIC), según distribución normal o no normal. Se construyó la curva de supervivencia de Kaplan-Meier. Un valor de $p < 0,05$ en todos los análisis se consideró estadísticamente significativo. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 27.0 (SPSS Inc., Chicago, IL)

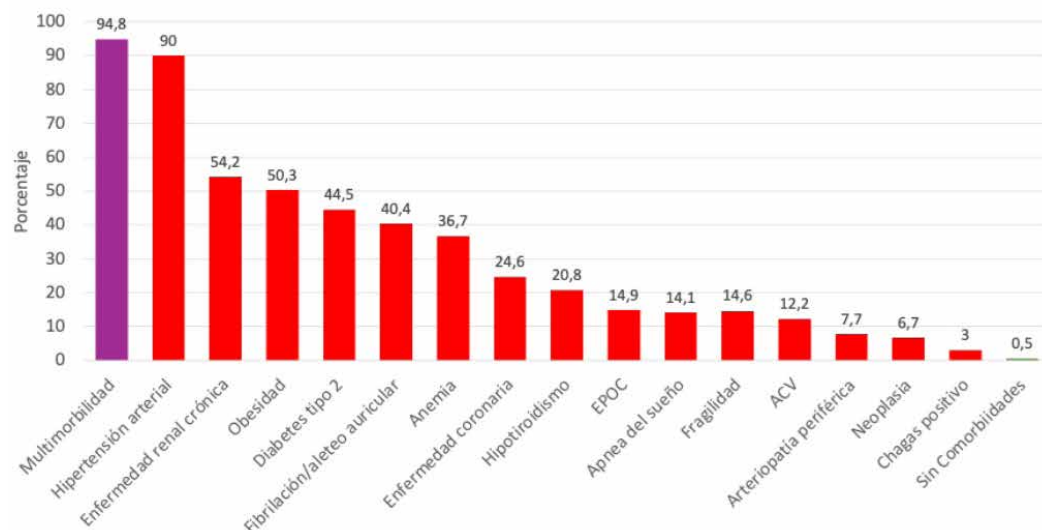


FIGURA 2.

Comorbidades en ICfEp

EPOC: Enfermedad pulmonar crónica; ACV: Accidente cerebrovascular, ICfEp: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada.

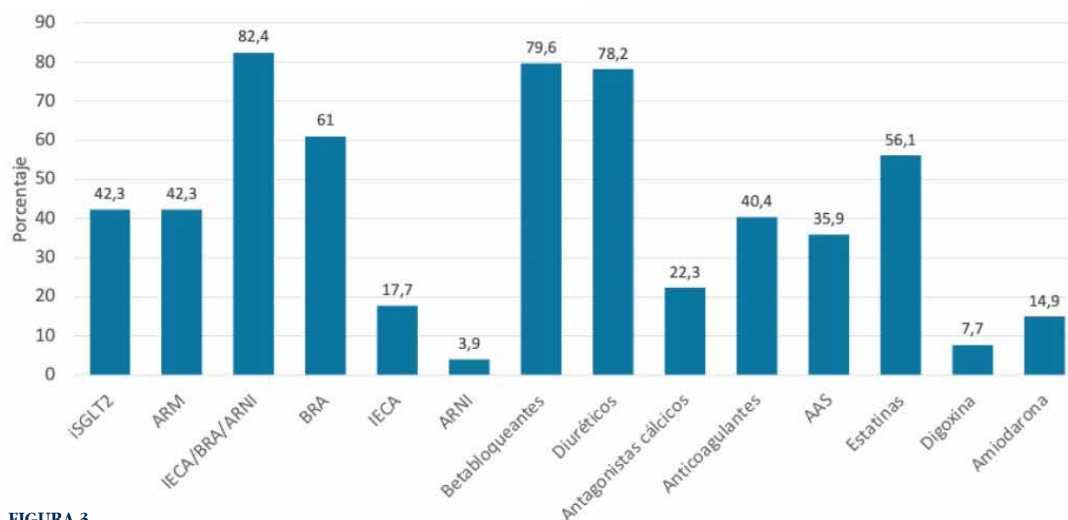


FIGURA 3.

Tratamiento utilizado al momento de la inclusión.

iSGLT2: inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa; ARM: antagonistas del receptor mineralocorticoide; IECA inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina; BRA: bloqueantes del receptor de angiotensina; ARNI: inhibidores del receptor de angiotensina y neprilisina; AAS: ácido acetilsalicílico.

RESULTADOS

Entre diciembre/22 y mayo/24, 47 investigadores de 18 provincias incluyeron 638 pacientes, con edad media de $72,4 \pm 11,3$ años (rango 26-99), 62,1% mujeres y FEVI media de $60,5 \pm 6,4\%$ (rango 50-84%). El reclutamiento por provincia se muestra en la *figura 1*.

Las proporción de las comorbilidades más relevantes se presentan en la *figura 2*. La mediana de condiciones presentes fue de 4 (IIC 3-5, rango 0 a 11). Multimorbilidad, definida como la coexistencia de al menos dos afecciones, estuvo presente en el 94,8% de los casos, mientras que ninguna de ellas se presentó solo en 3 pacientes (0,5%). La hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, obesidad, diabetes tipo 2 y fibrilación/aleteo auricular afectaron de manera individual a más del 40% de la población. Uno de 4 pacientes tuvo diagnóstico de enfermedad coronaria.

La historia de IC se reflejó con una mediana de evolución de 12 meses (IIC 4-24). La clase funcional 3-4 se evidenció en

34,2%, y 58,6% tuvieron hospitalizaciones previas por IC en el último año.

Evaluación y uso de métodos complementarios

La evaluación reportada incluyó: electrocardiograma 100%, ecocardiograma 100%, laboratorio en 98,3%, péptidos natriuréticos 57%, búsqueda de isquemia 39,3% y cinecoronariografía 58,8%. Métodos adicionales para evaluación diagnóstica se realizaron en 44 casos (6,9%), incluyendo ecocardiograma de ejercicio en 5, centellografía cardíaca con bifosfonato en 31 y cateterismo cardíaco derecho en 13.

Tratamiento basal y al año. Uso de iSGLT2

La medicación registrada al ingreso se muestra en la *Figura 3*. Los iSGLT2 y ARM se utilizaron en menos de la mitad de los pacientes, mientras que las drogas más utilizadas fueron inhibi-

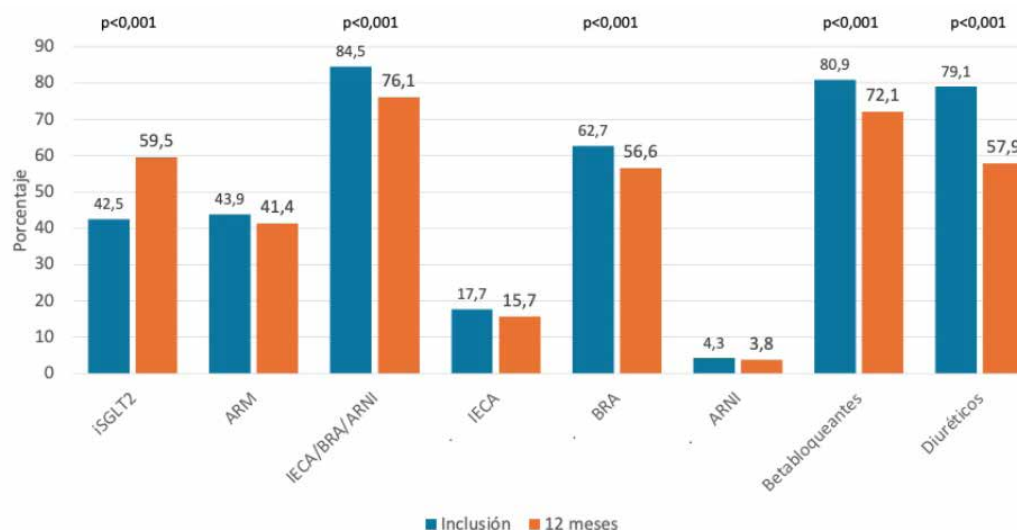


FIGURA 4.

Cambios en el tratamientos utilizados al momento de la inclusión y al año.

La comparación entre ambos períodos se realizó en 560 pacientes con seguimiento que sobrevivieron a 12 meses.

iSGLT2: inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa; ARM: antagonistas del receptor mineralocorticoideo; IECA inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina; BRA: bloqueantes del receptor de angiotensina; ARNI: inhibidores del receptor de angiotensina y neprilisina.

dores del sistema renina-angiotensina (iSRA), incluyendo inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA), bloqueantes del receptor de angiotensina (BRA) e inhibidores del receptor de angiotensina y neprilisina (ARNI), betabloqueantes y diuréticos. Los cambios en el tratamiento entre la visita basal y la de 12 meses fueron evaluados en los pacientes que completaron la visita de 12 meses (N=560) y se muestran en la *figura 4*. Se observó un incremento en la prescripción de iSGLT2 de 17,2% (Intervalo de confianza del 95 [IC] 12.8-21.7; <0,001), con reducción de betabloqueantes de -8,6% (IC -12.2 a -5.0; p<0,001) e iSRA de -8,1 (IC -11.6 a -4.6; <0,001) (*Tabla 2*).

Eventos en el seguimiento

El seguimiento se completó en 618 pacientes (97%). Al año, la tasa de mortalidad fue 7,3% y hospitalización por IC 11,5%, con

una incidencia del punto final combinado de 16%. La supervivencia acumulativa a 24 meses fue 90,3% (*Figura 5*).

DISCUSIÓN

Este registro es el primero dirigido exclusivamente a evaluar la ICFeP en Argentina, y aporta datos relevantes. Primero, la población es predominantemente femenina, individuos añosos, con alta carga de multimorbilidad; segundo, la utilización de métodos adicionales para el diagnóstico etiológico es muy bajo; tercero, el tratamiento empleado es acorde parcialmente con las recomendaciones actuales; y cuarto, la incidencia de eventos es elevada.

La situación epidemiológica de la ICFeP está íntimamente relacionada a los cambios demográficos poblacionales, como el incremento en la expectativa de vida, combinado con un aumento progresivo de comorbilidades. Globalmente, se estima

TABLA 2

Cambios en el tratamientos utilizados al momento de la inclusión y al año. La comparación entre ambos períodos se realizó en 560 pacientes con seguimiento que sobrevivieron a 12 meses.

Droga	Sobrevivientes a 1 año/ N=560		
	Inclusión	Seguimiento	McNemar P=
iSGLT2	42,5	59,5	<0,001
ARM	43,9	41,4	NS
iSRA	84,5	76,1	<0,001
• IECA	17,7	15,7	NS
• BRA	62,7	56,6	<0,001
• ARNI	4,3	3,8	NS
Betabloqueantes	80,9	72,1	<0,001
Diuréticos	79,1	57,9	<0,001

iSGLT2: inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa; ARM: antagonistas del receptor mineralocorticoideo; iSRA: inhibidores del sistema renina-angiotensina; IECA inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina; BRA: bloqueantes del receptor de angiotensina; ARNI: inhibidores del receptor de angiotensina y neprilisina.

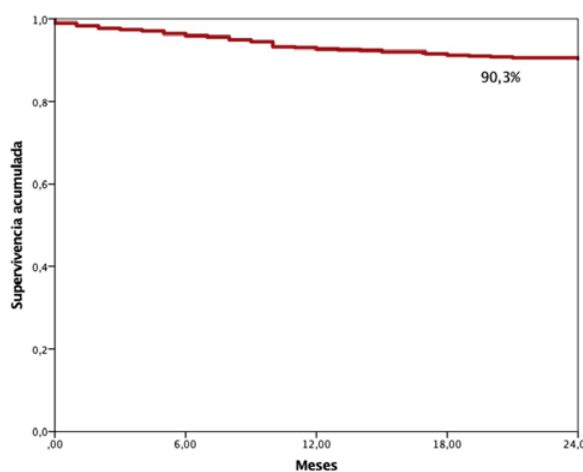


FIGURA 5.

Supervivencia acumulativa a 24 meses

que alrededor del 50% de los pacientes con IC se presentan con FEVI $\geq 50\%$, con una tendencia en ascenso¹⁷. Varios registros a gran escala que incluyen datos sobre ICfEp están disponibles, pero existen muy pocos que se han centrado exclusivamente en este fenotipo. En ellos, la proporción ICfEp fue 16-52%, dependiendo de la región o país, escenario (IC aguda vs IC ambulatoria) y definición utilizada ($>40\text{-}45\%$ vs $\geq 50\%$)^{2,18}. Los registros argentinos previos a la última década informaron la presencia de ICfEp en 17-41,3%, mientras que fue 15,6-35,5% en los más recientes^{11,12,14}. Esta proporción no refleja la prevalencia real de esta condición, donde el subdiagnóstico es frecuente.

Por el contrario, la disponibilidad de registros que evalúen específicamente la ICfEp es escasa^{19,20,21}. Sólo uno de ellos incluyó en un estudio multirregional pacientes con IC ambulatoria, mientras que los tres restantes evaluaron paciente hospitalizados por IC. Los criterios de inclusión utilizados fueron los de Framingham o la combinación de signos, síntomas y anomalías estructurales, y en la mayoría se requirió elevación de péptidos natriuréticos. El Registro ARFEY-Preser como características distintivas utilizó la definición universal de IC, con evidencia de anomalías estructurales en el ecocardiograma, donde los péptidos natriuréticos podían utilizarse como criterio diagnóstico, sin ser obligatorios, reflejando la práctica clínica habitual en Argentina.

Conceptualmente, la ICfEp es un síndrome heterogéneo caracterizado por la presencia de múltiples comorbilidades, con dificultades para el diagnóstico que demanda la exclusión de otras entidades “simuladoras”. En el presente estudio, la multimorbilidad, definida por la presencia de al menos dos comorbilidades fue la regla y se presentó en 95% de los casos. Este hallazgo es similar a lo reportado en un análisis conjunto de los estudios TOPCAT-Américas (*Treatment of Preserved Cardiac Function Heart Failure With an Aldosterone Antagonist*) y PARAGON-HF (*Prospective Comparison of ARNI With ARB Global Outcomes in HF With Preserved Ejection Fraction*), donde además, las combinaciones más frecuentes incluyeron condiciones cardio-reno-metabólicas como hipertensión, diabetes, obesidad, enfermedad renal crónica y fibrilación auricular, también altamente prevalentes en el Registro ARFEY-Preser¹⁰.

Uno de los desafíos más importante es el diagnóstico preciso, no sólo de la presencia clínica de IC y FEVI preservada, sino que implica identificar la etiología y descartar otras afecciones que pueden simular ICfEp. Para ello se han establecido sistemas de puntuación que permiten establecer la probabilidad de su presencia y, basados en esta sospecha, se han propuestos algoritmos de evaluación que incluyen la utilización desde el ecocardiograma Doppler y biomarcadores, hasta valoración hemodinámica o con imágenes de esfuerzo y de acuerdo con la presunción establecida, cinecoronariografía, cámara gamma y resonancia nuclear magnética^{8,15,22,23,24}. En el registro ARFEY-Preser las herramientas más utilizadas fueron el electrocardiograma y el ecocardiograma, con medición de péptidos natriuréticos y cinecoronariografía en poco más de la mitad de los casos. Métodos adicionales como ecocardiograma de ejercicio, centellografía cardíaca con bifosfato y cateterismo cardíaco derecho se realizaron en muy baja proporción. Si bien el antecedente establecido de miocardiopa-

tías específicas fue un criterio de exclusión y pudo estar vinculado a la baja solicitud de evaluaciones complementarias, este hallazgo refuerza la necesidad de cambiar la inercia, incluso en especialistas en IC, hacia la estrategia recomendada en la evaluación integral de la ICfEp.

El tratamiento de la ICfEp ha cambiado recientemente desde recomendaciones generales, sin evidencias concluyentes, al uso de drogas que han demostrado impacto significativo en la reducción de muerte cardiovascular y hospitalización por IC en el espectro completo de la FEVI, como los iSGLT2 y los ARM, principalmente no esteroideos, a lo que se puede agregar el uso de diuréticos, agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (a-GLP1) y ARNI en escenarios especiales^{2,5,9,15,25,26,27}. A pesar del cúmulo de evidencias disponibles de cómo tratar estos pacientes, el presente estudio, al igual que registros internacionales y nacionales contemporáneos así como cohortes exclusivas de ICfEp, muestra elevado uso de IECA, BRA y betabloqueantes, con baja tasa de prescripción de ARM e iSGLT2. Con respecto al uso de gliflozinas, el porcentaje de prescripción basal fue superior a varios de los reportes existentes, a lo cual se debe destacar un incremento del 17% en el curso del primer año. A diferencia de otros registros, las modificaciones en la intervención incluyeron reducción en el uso de iSRA, BB y diuréticos, reflejando una migración a las recomendaciones, pero dejando aún una brecha a acortar²⁸.

En el contexto del conocimiento actual del manejo de la ICfEp, resulta relevante la observación que el riesgo de muerte, hospitalizaciones por IC y el punto final combinado permanecen elevados, con una supervivencia a 24 meses de 90,3%. Comparativamente con registros específicos de ICfEp, la tasa de eventos es menor, probablemente relacionado al perfil de pacientes incluidos en Argentina y al tratamiento empleado^{19,21}.

Implicaciones clínicas

La identificación precisa de individuos con ICfEp requiere el reconocimiento rápido de sujetos con probabilidad elevada de padecerla, y de esta manera, seleccionar población de alto riesgo con métodos sencillos resulta crucial. Con ese objetivo, la aplicación de un algoritmo secuencial agregando métodos complementarios permitirá seleccionar subgrupos que puedan beneficiarse de tratamientos específicos. Mejorar las estrategias terapéuticas además, redundará en reducir la alta incidencia de eventos. El Registro Arfey-Preser permite reconocer la brecha existente entre la realidad de nuestro país y las intervenciones recomendadas, quedando como tarea pendiente el trabajo educativo en la comunidad médica y financiadores acerca de las nuevas estrategias de manejo para optimizar el diagnóstico y alinear el tratamiento con las evidencias actuales.

El interés creciente en conocer con mayor precisión el manejo de la ICfEp se refleja en al menos un proyecto de gran envergadura, actualmente en curso, destinado a conocer además otros aspectos clínicos y fisiopatológicos. El registro UK HFpEF (UK Heart Failure with Preserved Ejection Fraction Registry) es un proyecto diseñado en Reino Unido con el objetivo de caracterizar los fenotipos de ICfEp y establecer un biobanco para futuras investigaciones, con criterios estrictos de inclusión y planes para

la integración de datos de multiómicas e imagen, aunque aún no hay datos disponibles²⁹.

Limitaciones

El presente registro presenta como fortalezas el diseño prospectivo, con criterios de inclusión que reflejan una población homogénea federal y la práctica habitual del país, con seguimiento alejado en 97% de la cohorte. Entre las limitaciones inherentes a este tipo de proyectos, depende de la voluntad del investigador de incluir pacientes. Para reducir el sesgo de inclusión el número máximo de casos a incluir fue limitado. Otra limitación fue la participación exclusiva de integrantes del Comité de Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar de FAC, pudiendo existir un sesgo de selección relacionado con la participación voluntaria de centros con mayor interés y experiencia en IC, que tienen estándares altos de diagnóstico y tratamiento en esta patología, por lo que los resultados del manejo y tratamiento probablemente son mayores a otros escenarios, con pacientes no tratados por cardiólogos, o cardiólogos no especialistas en IC. Es importante mencionar también que la heterogeneidad en la disponibilidad de estudios complementarios pudo haber influido en la clasificación diagnóstica de algunos pacientes, así como el análisis ecocardiográfico puede ser otra fuente de variabilidad. La medición de péptidos natriuréticos no fue un requerimiento, pero eso es un fiel reflejo de la realidad.

CONCLUSIONES

ARFEY-Preser es el primer registro de ICFEP en Argentina y mostró que esta población se caracteriza por predominio de mujeres, individuos añosos, multimorbilidad y alta incidencia de eventos. La búsqueda de enfermedad coronaria fue elevada, pero con bajo uso de métodos adicionales. La utilización de iSGLT2 y ARM en menos en la mitad indica una brecha con las recomendaciones actuales.

LISTA DE INVESTIGADORES Y CENTROS PARTICIPANTES

Investigador	Centro		
Echazarreta Diego	Hospital San Juan de Dios de La Plata, Buenos Aires	Picchio Diego	Polymedic Santa Rosa, La Pampa
Piñero Diana	Hospital San Juan de Dios de La Plata, Buenos Aires	Botelli Dagum Valentina	Hospital San Bernardo, Salta
Brunialti Juan	Hospital San Juan de Dios de La Plata, Buenos Aires	Moris Cecilia	Centro Integral de Arritmias de Tucumán, Tucumán
Renna Nicolas	Hospital Español de Mendoza, Mendoza	Címbaro Canella Juan	Instituto de Cardiología J. F. Cabral, Corrientes
Coronel María	Instituto de Cardiología J. F. Cabral, Corrientes	Ceballos A	Hospital San Juan de Dios de La Plata, Buenos Aires
Lobo Márquez Lilia	Instituto de Cardiología, Tucumán	Escalante Juan	Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Santa Fe
Lema Luis	Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba	Acevedo Pablo	Hospital Regional, Goya, Corrientes
Perna Eduardo	Instituto de Cardiología J. F. Cabral, Corrientes	Colque Roberto	Sanatorio Allende, Córdoba
Castiello Gustavo	Hospital Argerich, Buenos Aires	Poy Carlos	Sanatorio Parque, Rosario, Argentina
Hernández Daniel	Sanatorio Gonzalez Lelong, Formosa	Manfredi Carlos	Yunes, Santiago del Estero
		Maydana Mariano	Hospital San Juan de Dios de La Plata, Buenos Aires
		Franchi Victor	Instituto Franchi de Cardiología, Chaco
		Brocal Lorena	Hospital Centeno General Pico, La Pampa
		García Zamora Sebastian	Sanatorio Delta, Rosario, Santa Fe
		Núñez Cristian	Clínica El Castaño, San Juan
		Nasca Pablo	Centro Privado de Cardiología, Tucumán
		Ricarte Juan	Sanatorio Allende, Córdoba
		Muñoz Luis	Hospital San Bernardo, Salta
		Altamirano Laura	Hospital de Córdoba, Córdoba
		Vega Gustavo	Hospital El Carmen, Mendoza
		Cardinali Re Brian	9 de Julio, Buenos Aires
		Gay Papp Matias	Comodoro Rivadavia, Chubut
		Ramirez Eliel	Hospital Español, Mendoza
		Ochoa Vanesa	Hospital Centro de Salud Zenon J Santillan, Tucumán
		Santa Cruz Cristina	Centro Médico Capital, La Plata, Buenos Aires
		Bichara Valentina	Centro médico GalberMed, Tucumán
		Ormachea Daniel	Sanatorio San Roque, Salta
		Ritondale Noelia	Sanatorio Plaza y Sanatorio de la Mujer, Rosario, Santa Fe
		Daghero Fernando	Sanatorio Allende, Córdoba
		Maidana Griselda	Centro Modelo de Cardiología, Tucumán
		Cursack Guillermo	Sanatorio Esperanza, Esperanza, Santa Fe
		Morales Patricia	Hospital Municipal Intendente Carrasco, Rosario, Santa Fe
		Becerra Paula	Fundación Médica de Río Negro y Neuquén, Cipolletti, Río Negro
		Rojas Angel	Clínica Privada Sanagec de la Ciudad de Córdoba
		Garcia Mario	Clinica Colón Mar del Plata, Bs As
		García Brasca Daniela	Córdoba
		Graziani Franco	Sanatorio Parque, Rosario, Santa Fe
		Gerez Silvana (ICC)	Instituto de Cardiología J. F. Cabral, Corrientes

BIBLIOGRAFIA

1. Cannata A, McDonagh TA. Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med* **2025**; 392: 173 - 184.
2. Lund LH, Maggioni AP, Crespo-leiro MG, et al. Outcomes of heart failure with reduced , mildly reduced , or preserved ejection fraction : the ESC HF III registry. *Eur Heart J* **2026**; 66: 1 - 16.
3. Bozkurt B, Coats AJ, Tsutsui H, et al. Universal Definition and Classification of Heart Failure: A Report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure. *J Card Fail* **2021**; 27: 387 - 413.
4. Anker SD, Usman MS, Anker MS, et al. Patient phenotype profiling in heart failure with preserved ejection fraction to guide therapeutic decision making. A scientific statement of the Heart Failure Association, the European Heart Rhythm Association of the European Society of Cardiology, and the European Society of Hypertension. *Eur J Heart Fail* **2023**; 25: 936 - 955.
5. Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al. Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med* **2021**; 385: 1451 - 1461.
6. Solomon SD, McMurray JJV, Claggett B, et al. Dapagliflozin in Heart Failure with Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med* **2022**; 387: 1089 - 1098.
7. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* **2023**; 44: 3627 - 3639.
8. Maydana M, Nasca P, Colque R, et al. Recomendaciones de la Federación Argentina de Cardiología para el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada. *Rev Fed Argen Cardiol* **2024**; 53: 3 - 21.
9. Solomon SD, McMurray JJV, Vaduganathan M, et al. Finerenone in Heart Failure with Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med* **2024**; 391: 1475 - 1485.
10. Yang M, Kondo T, Dewan P, et al. Impact of Multimorbidity on Mortality in Heart Failure with Mildly Reduced and Preserved Ejection Fraction. *Circ Heart Fail* **2025**; 18:e011598.
11. Perna ER, Coronel ML, Címbaro Canella JP, et al. Revisión de insuficiencia cardíaca en Argentina Avances y retrocesos luego de dos décadas de registros y más de 19000 pacientes incluidos. *Insuf Card* **2015**; 10: 2 - 10.
12. Cursack G, Echazarreta D, Nuñez C, et al. Epidemiología y tratamiento previo a una hospitalización por insuficiencia cardíaca: el diagnóstico precoz como área de intervención. Resultados del Registro Argentino de Insuficiencia Cardíaca (REARGIC). *Rev Fed Arg Cardiol* **2017**; 46: 96 - 102.
13. Lescano A, Soracio G, Soricetti J, et al. Registro Argentino de Insuficiencia Cardíaca Aguda (ARGEN-IC). Evaluación de cohorte parcial a 30 días. *Rev Argent Cardiol* **2020**; 88: 118 - 125.
14. Thierier J, Perna ER, Marino J, et al. Insuficiencia cardíaca crónica en Argentina. OFFICE IC AR, un registro conjunto de la Sociedad Argentina de Cardiología y de la Federación Argentina de Cardiología. *Rev Fed Arg Cardiol* **2022**; 51: 37 - 44.
15. Kittleson MM, Panjra GS, Amancherla K, et al. 2023 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Management of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *J Am Coll Cardiol* **2023**; 81: 1835 - 1878.
16. Perna E, Coronel ML, Echazarreta D, et al. Registro Argentino de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada: ArFey-Preser. *Rev Fed Arg Cardiol* **2023**; 52: 97 - 103.
17. Campbell P, Rutten FH, Lee MM, et al. Heart failure with preserved ejection fraction: everything the clinician needs to know. *Lancet* **2024**; 403: 1083 - 1092.
18. Savarese G, Becher PM, Lund LH, et al. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res* **2022**; 118: 3272 - 3287.
19. Magaña-Serrano JA, Almahmeed W, Gomez E, et al. Prevalence of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction in Latin American, Middle Eastern, and North African Regions in the I PREFER Study (Identification of Patients with Heart Failure and PREserved Systolic Function: An Epidemiological Regional Study. *Am J Cardiol* **2011**; 108: 1289 - 1296.
20. Suna S, Hikoso S, Yamada T, et al. Study protocol for the PURSUIT-HFpEF study: A Prospective, Multicenter, Observational Study of Patients with Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *BMJ Open* **2020**; 10: e038294.
21. Nagai T, Yoshikawa T, Saito Y, et al. Clinical Characteristics, Management, and Outcomes of Japanese Patients Hospitalized for Heart Failure with Preserved Ejection Fraction - A Report from the Japanese Heart Failure Syndrome with Preserved Ejection Fraction (JASPER) Registry. *Circ J* **2018**; 82: 1534 - 1545.
22. Pieske B, Tschöpe C, de Boer RA, et al. How to Diagnose Heart Failure with Preserved Ejection Fraction: The HFA-PEFF Diagnostic Algorithm: A Consensus Recommendation from the Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur J Heart Fail* **2020**; 22: 391 - 412.
23. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Card Fail* **2022**; 79: e263 - e421.
24. Redfield MM, Borlaug BA. Heart Failure with Preserved Ejection Fraction: A Review. *JAMA* **2023**; 329: 827 - 838.
25. Diez M, Perna ER, Fairman E, et al. Recomendaciones conjuntas de la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología para el manejo de la Insuficiencia Cardíaca. Uso de nuevas drogas antidiabéticas en insuficiencia cardíaca. *Rev Fed Arg Cardiol* **2020**; 49(Supl): 4 - 33.
26. Perna E, Fairman E, García Brasca D, et al. Recomendaciones conjuntas de la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología para el manejo de la insuficiencia cardíaca. Integrando los inhibidores de neprilisina y receptores de angiotensina a los distintos escenarios de la. *Rev Fed Arg Cardiol* **2020**; 49: 4 - 34.
27. Butler J, Shah SJ, Petrie MC, et al. Semaglutide versus placebo in people with obesity-related heart failure with preserved ejection fraction: a pooled analysis of the STEP-HFpEF and STEP-HFpEF DM randomised trials. *Lancet* **2024**; 403: 1635 - 1648.
28. Packer M, Zile MR, Kramer CM, et al. Tirzepatide for Heart Failure with Preserved Ejection Fraction and Obesity. *N Engl J Medicine* **2025**; 392: 427 - 437.
29. Miller CA. Rationale and design of the United Kingdom Heart Failure with Preserved Ejection Fraction Registry. *Heart* **2024**; 110: 359 - 365.