

## Editorial

Los editoriales representan la opinión de el/los autor/es, no necesariamente las del Comité Editorial de la Revista FAC.

## ICFEp en Argentina: lo que nos enseña el Registro ArFey-Preser

### HFpEF in Argentina: what the ArFey-Preser Registry teaches us

Clara Saldarriaga Giraldo<sup>1</sup>, Jairo A. Rendón<sup>2</sup>

1 Programa de Cardiología. Universidad Pontificia Bolivariana, Clínica CardioVID, Universidad de Antioquia, Medellín Colombia. 2 Universidad CES, HUSVF Medellín Colombia.

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 24 de Agosto de 2026

Aceptado después de revisión

el 26 de Agosto de 2026

[www.revistafac.org.ar](http://www.revistafac.org.ar)

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

**Palabras clave:**

Insuficiencia cardíaca, fracción de eyección preservada, Registro multicéntrico, Multimorbilidad, Inhibidores de SGLT2, Argentina.

**Palabras clave:**

Heart failure, preserved ejection fraction, multicentric registry, multimorbidity, SGLT2 inhibitors, Argentina.

## RESUMEN

El Registro ArFey-Preser, primer estudio argentino prospectivo y multicéntrico sobre insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEp), incluyó 638 pacientes de 18 provincias entre diciembre de 2022 y mayo de 2024. La población, predominantemente mujeres añosas (72 años, 62,1%) con alta carga de comorbilidades cardio-reno-metabólicas, presentó una mortalidad anual del 7,3%, internación por IC del 11,5% y supervivencia a 24 meses del 90,3%. Este editorial contextualiza esos resultados frente a registros y ensayos internacionales (PARAGON-HF, ESC-HF III, ESC-HF-LT, JASPER, OPTIMIZE-HF/GWTG-HF, RECOLFACA, EDIFICE-Mx, I-PREFER) y concluye que, si bien existe una brecha en el uso de iSGLT2 y antagonistas del receptor mineralocorticoide respecto de las guías vigentes, la prescripción argentina no está por debajo del estándar internacional y su velocidad de adopción resulta comparativamente favorable. El principal aporte de ArFey-Preser es establecer una línea de base nacional para medir el progreso terapéutico futuro.

**HFpEF in Argentina: what the ArFey-Preser Registry teaches us**

## ABSTRACT

The ArFey-Preser Registry, Argentina's first prospective, multicenter study of heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF), enrolled 638 patients across 18 provinces between December 2022 and May 2024. The cohort—predominantly older women (mean age 72 years, 62.1%) with a substantial cardio-renal-metabolic comorbidity burden—showed 7.3% annual mortality, 11.5% heart-failure hospitalization, and 90.3% survival within 24 months. This editorial situates these findings against international registries and trials (PARAGON-HF, ESC-HF III, ESC-HF-LT, JASPER, OPTIMIZE-HF/GWTG-HF, RECOLFACA, EDIFICE-Mx, I-PREFER) and concludes that, although a gap remains in the use of SGLT2 inhibitors and mineralocorticoid receptor antagonists relative to current guidelines, Argentine prescribing is not below the international standard, and its pace of adoption compares favorably. ArFey-Preser's chief contribution is establishing a contemporary national baseline against which future therapeutic progress can be measured.

La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEp) ha sido, durante años, el fenotipo menos conocido de la insuficiencia cardíaca (IC). El Registro ArFey-Preser viene a llenar ese vacío con datos propios, prospectivos y multicéntricos, y permite además situar a la Argentina en el mapa internacional de esta condición<sup>1</sup>.

Entre diciembre de 2022 y mayo de 2024, 47 investigadores de 18 provincias incluyeron 638 pacientes ambulatorios o en el momento del alta hospitalaria, con una edad media de 72 años, 62,1% mujeres, con fracción de eyección media de 60,5%. El perfil clínico estuvo dominado por la multimorbilidad: el 94% de los pacientes tenía al menos dos comorbilidades, hipertensión arterial el 90%, enfermedad renal crónica el 54,2%, obesidad en

el 50,3%, diabetes en el 44,5%, fibrilación o aleteo auricular en el 40,4% y enfermedad coronaria en una cuarta parte de la cohorte. Más de la mitad de los pacientes había sido hospitalizada por IC en el último año, y un tercio se encontraba en clase funcional III-IV al ingreso.

En materia diagnóstica, el uso de péptidos natriuréticos (57%) y de cinecoronariografía (58,8%) se utilizó en la mitad de la población, mientras que a pocos pacientes se les realizó ecocardiograma de ejercicio y cateterismo derecho (menos del 7% de los casos). En cuanto al tratamiento, los inhibidores del sistema renina-angiotensina (82,4%) y los betabloqueantes (79,6%) fueron ampliamente utilizados, mientras que los inhibidores del co-transportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) 42,3%, la clase con

evidencia más sólida y específica para ICFEp durante la realización del registro, se prescribieron en menos de la mitad de los pacientes al ingreso. Al año, la prescripción de iSGLT2 aumentó 17,2 puntos porcentuales, mientras que los betabloqueantes y los inhibidores del sistema renina-angiotensina se redujeron, de acuerdo con las recomendaciones vigentes en las nuevas guías. La mortalidad anual fue del 7,3%, la hospitalización por IC del 11,5% y la supervivencia acumulada a 24 meses del 90,3%.

La región ha sido, hasta hace poco, un punto ciego para la ICFEp. El estudio EDIFICE-Mx, realizado en un centro cardiovascular de referencia en Ciudad de México, subraya justamente esa carencia de registros propios de Latinoamérica y reporta, al igual que ArFey-Preser, una carga sustancial de comorbilidades, alta incidencia de eventos duros y variabilidad marcada en el uso de terapias basadas en evidencia<sup>2</sup>. El registro colombiano RECOLFACA, aunque no está centrado exclusivamente en ICFEp, ofrece un contraste útil: allí predomina ampliamente la IC con fracción de eyección reducida (73,6%), la población es más joven ( $67,7 \pm 13,6$  años) y, dentro del subgrupo con fracción preservada, la hipertensión, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la fibrilación auricular son más prevalentes que en los pacientes con fracción reducida, un patrón de comorbilidades cardioreno-metabólicas que reproduce, en gran medida, lo hallado en ArFey-Preser<sup>3,4</sup>. El antecedente regional más citado, el estudio I-PREFER, que abarcó Latinoamérica, Medio Oriente y el norte de África, había definido a la ICFEp casi dos décadas atrás como una entidad subdiagnosticada y subestudiada; ArFey-Preser es, en ese sentido, uno de los primeros registros regionales diseñados específicamente para revertir esa omisión<sup>5</sup>.

Frente a los ensayos clínicos y registros internacionales, la población de ArFey-Preser aporta datos novedosos y del mundo real. En PARAGON-HF, el gran ensayo de sacubitril-valsartán en ICFEp, que incluyó apenas un 7% de pacientes latinoamericanos, la edad media fue de  $72,7 \pm 8,4$  años y el 52% eran mujeres, cifras muy próximas a las argentinas, aunque con una prevalencia algo menor de mujeres. El uso basal de ARM en PARAGON-HF fue del 24%, inferior al 42,3% observado en ArFey-Preser, lo que sugiere que, pese a describirse como insuficiente, la prescripción argentina de esta clase no está por debajo del estándar de los grandes ensayos internacionales<sup>6</sup>. Algo similar ocurre en el registro europeo ESC-HF III, donde los pacientes con ICFEp resultaron sistemáticamente de mayor edad, con más mujeres y más fibrilación auricular que aquellos con fracción reducida, en línea con el perfil argentino, aunque con un uso de ARM del 48% tras la evaluación inicial, superior al de este registro.

Al comparar la utilización de iSGLT2 en los pacientes del registro ArFey-Preser con datos de registros como OPTIMIZE-HF y GWTG-HF, la prescripción de iSGLT2 en pacientes con fracción de eyección preservada o levemente reducida pasó de apenas 4,5% en 2019 a 12,8-23% en 2023, muy por debajo del 42,3% basal y el 59,5% al año reportado en ArFey-Preser<sup>7,8</sup>. Considerando que el empleo de estas drogas en ICFEp fue aprobado por las entidades regulatorias entre 2021 y 2022, la velocidad de incorporación observada en el registro argentino resulta, en términos comparativos, favorable. Esto no invalida la conclusión de los autores sobre la existencia de una brecha con las recomendaciones

actuales, pero sí matiza la magnitud del problema: la subutilización de iSGLT2 y ARM en la Argentina.

En cuanto a la evolución clínica, la supervivencia a 24 meses de ArFey-Preser (90,3%) resulta comparable o incluso favorable frente a otros registros específicos de ICFEp. El registro japonés JASPER, que incluyó pacientes hospitalizados de mayor edad (mediana de 80 años) y con más fibrilación auricular (62%), documentó que a los dos años del alta el 40,8% de los pacientes había fallecido o había sido rehospitalizado por IC, una cifra sensiblemente más alta que el punto final combinado a un año de ArFey-Preser (16%), aunque las poblaciones y los tiempos de seguimiento no son directamente equiparables<sup>9</sup>. En el registro europeo ESC-HF-LT la mortalidad anual en HFpEF ambulatoria fue del 6,3%, cifra cercana pero algo inferior al 7,3% argentino, mientras que las hospitalizaciones por IC a un año en ese mismo registro rondaron el 9,7%, levemente por debajo del 11,5% de ArFey-Preser<sup>10</sup>.

Tomados en conjunto, estos contrastes sugieren dos lecturas complementarias. Por un lado, el perfil demográfico y de comorbilidades de la ICFEp en la Argentina no difiere sustancialmente del descripto en Europa, Asia o Norteamérica: es, ante todo, una enfermedad de mujeres añosas y multimórbidas, con una carga cardioreno-metabólica que trasciende fronteras. Por otro, la brecha terapéutica que señalan los autores —aunque real y digna de atención— no coloca a la Argentina en una posición de particular atraso frente al contexto internacional; en el caso puntual de los iSGLT2, la comparación resulta incluso favorable frente a registros de sistemas de salud con mayores recursos.

El desafío pendiente, común a casi todos los registros revisados, es doble: por un lado, mejorar la caracterización etiológica de la ICFEp más allá del ecocardiograma y los péptidos natriuréticos, incorporando de forma más sistemática herramientas como el ecocardiograma de esfuerzo o el cateterismo derecho en los casos de duda diagnóstica; por otro, cerrar la brecha remanente en la prescripción de iSGLT2 y ARM hasta alcanzar los niveles recomendados por las guías vigentes, particularmente en los centros con menos recursos. En ese sentido, el mayor valor de ArFey-Preser no es solo mostrar dónde está la Argentina, sino ofrecer una línea de base nacional, propia y contemporánea, contra la cual medir el progreso de los próximos años.

## BIBLIOGRAFIA

1. Echazarreta D, Piñero D, Brunialti J, et al. Perfil clínico, evaluación, tratamiento y evolución de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada en Argentina: Resultados finales del Registro ArFey-Preser. *Rev Fed Arg Cardiol* 2026; 55: 191 - 198
2. Araiza-Garaygordobil D, Preciado-Gutierrez OU, Sierra-Lara Martinez JD, et al. Prospective registry of heart failure with preserved ejection fraction in México: EDIFICE-Mx. *Am Heart J Plus* 2024; 48: 100486.
3. Campbell-Quintero S, Echeverría LE, Gómez-Mesa JE, et al. Comorbidity profile and outcomes in patients with chronic heart failure in a Latin American country: Insights from the Colombian heart failure registry (RECOLFACA). *Int J Cardiol* 2023; 378: 123 - 129.
4. Gomez-Mesa JE, Saldarriaga C, Echeverría LE, et al. Characteristics and Outcomes of Heart Failure Patients from a Middle-Income Country: The RECOLFACA Registry. *Glob Heart* 2022; 17: 57.

5. 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.
6. Solomon SD, Rizkala AR, Lefkowitz MP, et al. Baseline Characteristics of Patients With Heart Failure and Preserved Ejection Fraction in the PARAGON-HF Trial. *Circ Heart Fail* **2018**; 11: e004962.
7. Fonarow GC, Stough WG, Abraham WT, et al; OPTIMIZE-HF Investigators and Hospitals. Characteristics, treatments, and outcomes of patients with preserved systolic function hospitalized for heart failure: a report from the OPTIMIZE-HF Registry. *J Am Coll Cardiol* **2007**; 50: 768 - 777.
8. Abdel Jawad M, Spertus JA, Ikeaba U, et al. Early Adoption of Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitor in Patients Hospitalized With Heart Failure With Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction. *JAMA Cardiol* **2025**; 10: 89 – 94.
9. 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.
10. Becher PM, Lund LH, Coats AJS, et al. An update on global epidemiology in heart failure. *Eur Heart J* **2022**; 43: 3005 - 3007.