Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 445

Revista Española de Cardiología

6002-3. VALOR PRONÓSTICO DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y CLASE FUNCIONAL NYHA I

Alexander Marschall, Ana Lorente Rubio, Freddy Andrés Delgado Calva, Belén Biscotti Rodil, Juan Duarte Torres, Concepción Fernández Pascual, Hugo del Castillo Carnevali, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

Hospital Central de la Defensa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La valoración del estadio clínico supone un reto en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca (IC). Nuestro objetivo fue investigar la utilidad del electrocardiograma para la predicción de empeoramiento clínico.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos evaluados en consulta de IC entre enero 2017 y diciembre 2017. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico previo de IC y FEVI reducida o en rango medio (FEVI 50%), que se encontrasen en NYHA I y sin ingresos por IC durante los 6 meses previos. El evento principal fue la progresión clínica de IC a 12 meses, definida como el combinado de muerte por IC, visita a urgencias u hospitalización por IC, o intensificación de tratamiento diurético.

Resultados: De 446 pacientes con FEVI 50%, 82 pacientes cumplieron los criterios de selección, la edad media fueron 74 ± 10 años y el 78% varones. Casi 1 de cada 5 pacientes presentaron empeoramiento clínico durante los 12 meses siguientes (incidencia acumulada 19%). La mediana hasta el evento fueron 7 meses, y en la mitad de los casos se produjo en forma de hospitalización o muerte del paciente. La tabla muestra las características clínicas y electrocardiográficas de la serie. En el análisis de regresión de Cox, la presencia de un QRS ? 120 ms y un Producto de Cornell (PC) de ? 1.800, fueron predictores de la progresión clínica de la IC (HR: 4,2, p = 0,01 y HR: 6,4, p = 0,001) (fig.).

Variables clínicas y electrocardiográficas

	No progresión clínica (n = 67)	Progresión clínica (n = 15)	p
Variables clínicas			
Edad, años	75 (67-81)	76 (66-80)	N/S

Sexo - varón, n (%)	53 (79)	11 (73)	N/S
HTA, n (%)	51 (76)	13 (87)	N/S
DM, n (%)	30 (45)	6 (40)	N/S
Etiología isquémica, n (%)	43 (64)	8 (53)	N/S
ERC, n (%)	7 (10)	3 (20)	N/S
EPOC, n (%)	6 (9)	4 (26)	N/S
IECA/ARA II, n (%)	49 (73)	11 (73)	N/S
BB, n (%)	57 (85)	13 (87)	N/S
Antialdesterónico, n (%)	20 (30)	9 (60)	0,03
Variables electrocardiográficos			
FA, n (%)	18 (27)	7 (47)	N/S
FC, lpm	69 (63-77)	72 (47)	N/S
PR, ms	200 (170-230)	160 (140-210)	N/S
QRS, ms	115 (90-145)	160 (140-200)	0,02
QTc, ms	410 (350-440)	414 (365-455)	N/S
Producto de Cornell	1.410 (980-2.016)	2.120 (1.610-2.650)	0,04
Sokolow-Lyon	1,4 (1,0-2,1)	1,7 (1,3-2,3)	N/S

Variables expresadas como número absoluto (porcentaje) o mediana (rango intercuartílico); BB: Betabloqueantes; DM: diabetes mellitus; ERC: Enfermedad renal crónica; FA: Fabricación auricular; FC: Frecuencia cardíaca; HTA: Hipertensión arterial.

Curvas de Kaplan Meier según producto de Cornell y QRS.

Conclusiones: El deterioro clínico es común en pacientes ambulatorios con situación de hipotética estabilidad sintomática. El electrocardiograma es una exploración barata y universalmente disponible que permite seleccionar pacientes subsidiarios de un manejo y seguimiento más intensivo.