



5. INSUFICIENCIA CARDIACA CON FUNCIÓN VENTRICULAR LIGERAMENTE REDUCIDA (40-49%) Y CON FUNCIÓN REDUCIDA (40%), ¿LA MISMA ENTIDAD? ANÁLISIS MULTICÉNTRICO DE VIDA REAL

Javier Tobar Ruiz¹, Miguel Rodríguez Santamarta², Juan Asensio Nogueira³, José Alberto San Román Calvar⁴, Pedro Daniel Perdiguero Martín⁵, Inés Toranzo Nieto⁶, M^a José Ruiz Olgado⁷, Álvaro Roldán⁸, Luis Eduardo Enríquez Rodríguez⁹, Sebastián Isaza Arana¹⁰, Ramón Andión Ogando¹¹, Clea González Maniega², Manuel Carrasco Moraleja¹ y José Ángel Pérez Rivera¹²

¹Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ²Cardiología. Complejo Asistencial Universitario, León, España, ³Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España, ⁴Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, ⁵Cardiología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España, ⁶Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España, ⁷Cardiología. Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España, ⁸Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero (Burgos), España, ⁹Cardiología. Hospital Santa Bárbara, Soria, España, ¹⁰Cardiología. Hospital Comarcal de Medina del Campo, Medina del Campo (Valladolid), España, ¹¹Cardiología. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España y ¹²Cardiología. Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España.

Resumen

Introducción y objetivos: De acuerdo con las guías de insuficiencia cardiaca (IC) la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) marca el diagnóstico en diferentes subgrupos, cada uno de los cuales, con un tratamiento recomendado, aunque con menor evidencia en el subgrupo de FEVI ligeramente reducida 41-49% (FEVI-lr). El objetivo de nuestro estudio fue el análisis de las diferencias clínicas y de tratamiento en una población en vida real ingresada por IC aguda con deterioro de la función ventricular.

Métodos: El registro RECYLICA (Registro Castilla Y León de Insuficiencia Cardiaca Aguda) es un registro observacional, prospectivo, en el que participaron 10 centros de la comunidad autónoma de Castilla y León y se incluyeron pacientes ingresados por IC aguda en el periodo de noviembre de 2021 a noviembre 2022. Realizamos un análisis descriptivo comparativo según la FEVI, dividiendo la muestra en FEVI reducida < 40% (FEVI-r) y FEVI-lr (41-49%).

Resultados: Un total de 380 pacientes fueron incluidos en el estudio. De estos, 301 pacientes (79%) tenían FEVI-r con una media de $28,9 \pm 10\%$ y 79 (21%) presentaban FEVI-lr con una media de $45 \pm 7\%$. El análisis comparativo entre ambos grupos se encuentra en la Tabla 1. Ambos subgrupos son muy similares en cuanto a factores de riesgo cardiovascular, analítica, comorbilidad, con diferencias significativas en mayor edad, sexo mujer, anemia y presencia de fibrilación auricular en el grupo de FEVI-lr. De acuerdo a la etiología, la cardiopatía isquémica y miocardiopatía dilatada fueron las causas principales en FEVI-r, en FEVI-lr (41-49%) la cardiopatía valvular y arrítmica. Respecto al tratamiento al alta en pacientes con FEVI-r: 84% bloqueadores beta, 21,7% IECA/ARAI, 54,7% ARNI, 74,2% ARM y 77,4% iSGLT2 y en los pacientes con FEVI-lr: 80,3% b-bloqueantes, 53,9% IECA/ARAI, 15,2% ARNI, 44,7% ARM y 53,2% iSGLT2. Sin diferencias de mortalidad intrahospitalaria. El 57,1% de los pacientes con FEVI-r fueron derivados a consultas de unidad de IC al alta, frente al 17,1% en los de FEVI-lr (p 0,001).

Análisis comparativo de variables según FEVI reducida ($\leq 40\%$) o ligeramente reducida (41-49%)

Variable	FEVI reducida ($\leq 40\%$)	FEVI ligeramente reducida (41-49%)	p
Edad (años)	68,7 \pm 12	75,4 \pm 10	p 0,001
Aclaramiento de creatinina (Cockcroft-Gault, ml/min)	66 \pm 35	57,1 \pm 30	p = 0,081
Hemoglobina (g/dl)	13,7 \pm 2,2	12,8 \pm 2,3	p = 0,003
Escala de Charlson	4,2 \pm 2,5	4,6 \pm 2,2	p = 0,156
NT-proBNP (pg/ml)	4.150 \pm 6.100	4.290 \pm 7.600	p = 0,701
Troponina Ths (ng/L)	117 \pm 207	141 \pm 241	p = 0,986
Sexo mujer	82 (27,2%)	38 (48,1%)	p 0,001
HTA	173 (57,7%)	57 (72%)	p = 0,019
Dislipemia	134 (45%)	40 (50,6%)	p = 0,344
Diabetes mellitus	109 (36,2%)	26 (33%)	p = 0,585
Boqueo de rama izquierda	103 (34,3%)	16 (21,1%)	p = 0,026
Enfermedad coronaria previa	73 (24,5%)	16 (20,5%)	p = 0,461
Insuficiencia cardiaca previa	126 (42,9%)	29 (38,2%)	p = 0,459
Fibrilación auricular	97 (32,2%)	40 (50,6%)	p = 0,002
Valvulopatía moderada o grave o prótesis	63 (20,9%)	23 (29,1%)	p = 0,122

Soporte mecánico en el ingreso	12 (4%)	2 (2,5%)	p = 0,743
Ferrotterapia	97 (33%)	16 (20%)	p = 0,034
Revascularización en el ingreso	32 (10,6%)	8 (10,2%)	p = 0,897
Cardioversión en ingreso	27 (9%)	7 (9%)	p = 0,994
Ventilación mecánica en el ingreso	42 (14%)	6 (6,8%)	p = 0,04
Mortalidad intrahospitalaria	14 (4,7%)	2 (2,4%)	p = 0,540

Media \pm desviación típica/pacientes (porcentaje del total). FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; FEVI-r: FEVI reducida \leq 40%; FEVI-lr: FEVI ligeramente reducida 41-49%; HTA: hipertensión arterial.

Conclusiones: A pesar de unas características comunes siguen siendo grupos heterogéneos, principalmente en la etiología. En vida real, a pesar de las recomendaciones de las guías en el tratamiento, hay diferencias significativas en el manejo de ambos grupos, salvo en el uso de bloqueadores beta. En el futuro deberíamos tratar etiologías más allá de la FEVI.