



Revista Española de Cardiología



6039-477. INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN INTERMEDIA. ¿MERECE LA PENA?

Lorenzo Fácila Rubio¹, Julio Núñez Villota², María José Bosch Campos³, Vicente Climent⁴, Antonio García Honrubia⁵, Asunción Hervás⁶, Pau Llácer Iborra⁷ y Luis Almenar en Representación del Grupo Geiser⁸ del ¹Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, ²Hospital Clínico de Valencia, INCLIVA, ³Hospital de La Plana, Villarreal (Castellón), ⁴Hospital General de Alicante, ⁵Hospital General de Elche, Elche (Alicante), ⁶Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, ⁷Hospital de Manises, Manises (Valencia), y ⁸Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección en rango medio (FEm) definida en las últimas guías de la Sociedad Europea, como aquella con FE entre 40-49%, es una entidad poco conocida y estudiada. El objetivo de este estudio es ver si existen diferencias de esta nueva entidad con las IC con FE reducida (IC-FEr) o conservada (IC-FEc).

Métodos: Para ello realizamos un estudio de cohortes retrospectivas en los que se recogen los datos epidemiológicos, de exploraciones complementarias y terapéuticas de distintos Hospitales de un entorno sanitario común en el ámbito mayoritario de la Cardiología (hospitales del grupo Geiser). Para ver la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las características de cada uno de los 3 grupos se realiza ANOVA para datos cuantitativos y análisis *post hoc* de Bonferroni y para cualitativos un χ^2 con SPSS.

Resultados: Se recogieron un total de 1.303 pacientes de los que se analizaron 1.277 (98%), con una edad media de 69 ± 12 años, de los cuales un 63% eran varones y el 70,3% habían tenido un ingreso previo por IC. De estos, 585 (45,8%) pacientes tenían IC-FEr, 233 (18,2%) IC-FEm y 459 (35,9%) IC-FEc. Las diferencias en las variables epidemiológicas (antecedentes, factores de riesgo, comorbilidades, etc.) fueron significativas entre IC-FEm y IC-FEc ($p < 0,05$), no habiendo diferencias entre IC-FEm y IC-FEr excepto en la edad, (con diferencia entre los 3 tipos de IC, $65,4 \pm 12,4$ frente a $69,1 \pm 11,5$ frente a $73,5 \pm 11,5$, $p < 0,001$ para todas) y el antecedente de enfermedad renal (ER) entre IC-FEm y IC-FEr (38,6 frente a 27,2%, $p < 0,001$ respectivamente). Lo mismo se obtuvo en las variables analíticas (hemoglobina, potasio, NT-ProBNP, IST), ECG (QRS, QT, presencia de BCRI). En cuanto a los tratamientos administrados sí que hubo diferencias en cuanto al porcentaje de uso de las estrategias que mejoran la supervivencia en IC-FEr, siendo este significativamente inferior en la IC-FEm con respecto IC-FEr y superior su uso que en IC-FEc.

Conclusiones: En nuestro registro multicéntrico de pacientes ambulatorios que en su mayoría son seguidos por Cardiología, la IC-FEm presenta un perfil epidemiológico, analítico, ecocardiográfico y de ECG similar a la IC-FEr, aunque son mayores y con más ER. Sin embargo a pesar de ello el porcentaje de uso de estrategias terapéuticas que mejoran la supervivencia es inferior que el empleado en los pacientes con IC-FEr y superior a IC-FEc.