Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 300

Revista Española de Cardiología

6013-24. INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA Y DISFUNCIÓN SISTÓLICA. ¿DIFERENTES ESTADIOS EN EL MISMO ESPECTRO DE ENFERMEDAD?

Mª Inmaculada Páez Rubio, Francisco Javier Carrasco Sánchez, Carlos Escobar Cervantes, Miguel Yebra Yebra, Nancy Sánchez Gómez, José Luis Santiago Ruiz, Miguel Ángel Sánchez Zamorano y Luis Manzano Espinosa del Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid) y Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Objetivos: Se ha sugerido que la insuficiencia cardíaca con función sistólica preservada (ICFSP) supone un estadio temprano de la IC con función sistólica deprimida (ICFSD). Sin embargo no hay datos consistentes en relación a la historia natural de este síndrome clínico. Los objetivos de este estudio fueron: 1. Conocer si una cohorte de pacientes diagnosticados de ICFSP evoluciona en el tiempo a ICFSD. 2. Evaluar si existen variables asociadas a una caída en la fracción de eyección (FE).

Material y métodos: Se incluyeron 178 pacientes con diagnóstico de ICFSP. El diagnóstico de IC se hizo de acuerdo con las guías actuales. El diagnóstico de disfunción diastólica se realizó: aurícula izquierda (AI) dilatada + BNP > 100 o E/Ea > 8; o bien AI normal + BNP > 500 o E/Ea > 15. Todos los pacientes disponían de una ecocardiografía doppler de control. Se excluyeron aquellos con enfermedad valvular severa o enfermedad pericárdica relevante.

Resultados: La media de edad fue de 80,5 ± 5,7 años siendo mujeres el 75,7%. El 96% tenía HTA y el 43,4% DM2. Un 14% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica (CI) confirmada y un 11,6% probable. La cardiopatía hipertensiva estaba presente en el 61,3%. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 24 meses (16-36,5). La FE media basal fue de 64,6 ± 7,2. En 5 (2,8%) pacientes disminuyó la FE durante el seguimiento (FE final 41,6 ± 3,8). El BNP máximo en la evolución se asoció con la progresión hacia ICFSD ($p < 0,0001$) y el filtrado glomerular, mostró una tendencia (p 0,08). El tratamiento con beta bloqueantes, digoxina y/o calcioantagonistas dihidropiridínicos se comportó como factor protector. El grupo de progresores se asoció con una mayor mortalidad ($p < 0,05$).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con ICFSP, solo el 2,8% progresaron hacia la disfunción sistólica. Estos hallazgos apoyan fuertemente la hipótesis de que la ICFSP es un síndrome diferente a ICFSD, siendo necesario avanzar en el conocimiento de la patogenia de la ICFSP para la obtención de dianas terapéuticas específicas para este modelo.