



6030-391. ¿ES SUFICIENTE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN COMO DIFERENCIADOR ÚNICO EN INSUFICIENCIA CARDIACA? DIFERENCIAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y PRONÓSTICAS SEGÚN LA ETIOLOGÍA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Ignacio Gil Ortega¹, Javier Trujillo Santos¹, Beatriz Garrido Corro², Pedro Pabón Osuna³, Cándido Martín Luengo³ y Juan Antonio Castillo Moreno¹ del ¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia), ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia y ³Hospital Universitario de Salamanca.

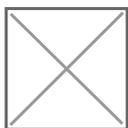
Resumen

Introducción: Existen muchas formas de clasificar la insuficiencia cardiaca (IC). Actualmente se tiende a clasificar según el valor de corte de la fracción de eyección (FE) en "función sistólica conservada" (FSC) y "disfunción sistólica" (DFS). Sin embargo, esta clasificación engloba una gran cantidad de pacientes de diversa etiología y con características fisiopatológicas distintas.

Objetivos: Las diferentes etiologías de IC presentan unas características demográficas, clínicas, ecocardiográficas, de biomarcadores y pronósticas diferentes. No es útil la clasificación única según la FE.

Métodos: Se seleccionaron pacientes de consulta de ICC de un Hospital Clínico entre febrero de 2004 y agosto de 2007 con el diagnóstico de IC. Seguimiento durante 5 años.

Resultados: 281 pacientes: 139 (49,5%) con FSC y 142 (50,5%) con DFS. Según la etiología: c. isquémica 102 p, c. hipertensiva (C.HTA) 63 p, c. valvular 51 p y miocardiopatía 66 p. Comprobamos que nos encontrábamos ante poblaciones completamente distintas (tabla), en cuanto a sus características demográficas historia cardiovascular y factores de riesgo, y los tratamientos recibidos previos a la consulta. Encontramos diferencias en todos los parámetros ECG analizados (fig.), y en parámetros ecocardiográficos (tamaño AI, etc.), tipo y gravedad de valvulopatía asociada a cada una de las etiologías. El Valor de Ln NT-ProBNP fue distinto (c. isq $3,40 \pm 0,45$) (C. HTA $2,98 \pm 0,68$), (c. valv $3,26 \pm 0,52$) y (miocard $3,27 \pm 0,61$) p 0,001. La etiología isquémica se relacionó con una menor supervivencia (913 ± 54 ; C. HTA 1129 ± 74 ; c. valvular 793 ± 93 ; miocardiop 959 ± 64) p = 0,03. No hubo diferencias entre FSC (992 ± 53) y DFS (930 ± 52) p = 0,37. El tiempo al primer ingreso fue menor en c. valvular (545 ± 87); (c. isq 595 ± 54), (miocardiop 827 ± 86) y C. HTA 987 ± 69 p 0,001. No hubo diferencias entre FSC (777 ± 58) y DFS (660 ± 49), p = 0,13. El tiempo al reingreso fue menor en c. valvular (565 ± 89); (c. isq 611 ± 55); miocardiop (847 ± 83) y C. HTA 988 ± 69) p 0,001.



Diferencias en ECG según etiologías.

Características basales de la población y diferenciales entre los pacientes con ICC según la etiología

Variables, n (%)	C, isquémica (n = 102)	C, HTA (n = 63)	C, valvular (n = 51)	Miocardiopatías (n = 66)	p
Varones	66 (59%)	25 (41%)	19 (38%)	50 (76%)	0,001
Edad	76,5 ± 8,3	76 ± 9,1	77 ± 6,5	69,5 ± 14	0,001
HTA	67 (66%)	61 (100%)	33 (66%)	36 (55%)	0,001
Dislipemia	50 (49%)	26 (43%)	11 (22%)	14 (21%)	0,001
Diabetes mellitus	35 (34%)	16 (26%)	6 (12%)	17 (26%)	0,035
Exfumador	44 (43%)	15 (25%)	13 (26%)	24 (36%)	0,001
Etilismo	7 (6,9%)	3 (4,9%)	0 (0%)	19 (29%)	0,001
Índice masa corp	27,3 ± 4,3	29,8 ± 6,2	26,7 ± 5	27,3 ± 4,5	0,004
Infarto previo	75 (74%)	2 (3,3%)	2 (4%)	1 (1,5%)	0,001
Rev. percutánea	39 (38%)	1 (1,6%)	4 (8%)	3 (4,5%)	0,001
Marcapasos	11 (11%)	7 (12%)	13 (26%)	3 (4,5%)	0,005
Diurético	84 (82%)	42 (69%)	45 (92%)	51 (77%)	0,022
Betabloqueante	56 (55%)	20 (34%)	9 (18%)	26 (40%)	0,001
Digital	44 (45%)	17 (29%)	27 (55%)	36 (55%)	0,011
IECA	63 (62%)	25 (42%)	28 (57%)	42 (65%)	0,054
ARA II	21 (20%)	18 (31%)	4 (8,2%)	6 (9,2%)	0,004
Espironolactona	20 (20%)	1 (1,6%)	8 (16%)	13 (20%)	0,014

Estatina	50 (49%)	26 (43%)	11 (22%)	14 (21%)	0,001
AAS	62 (61%)	17 (29%)	9 (18%)	9 (14%)	0,001
Diferencias en las características clínicas y tratamientos según etiología.					

Conclusiones: La clasificación de la ICC según un valor de corte de ICC engloba a poblaciones completamente diferentes en cuanto a características clínicas, biológicas, de imagen y pronósticas. Una clasificación basada en la etiología de la ICC es capaz de diferenciar poblaciones diferentes y es un marcador pronóstico de mortalidad y tiempo a un primer ingreso o reingreso por ICC.