



Revista Española de Cardiología



6041-556. RESPUESTA A LARGO PLAZO DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA AL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA Y SU IMPACTO PRONÓSTICO

Javier Pérez Copete, Juan Sánchez Serna, Marina Navarro Peñalver, Kyrylo Magaletskey, Álvaro Hernández Vicente, Eva Cabrera Romero, David Fernández Vázquez, Iris Paula Garrido Bravo, Francisco José Pastor Pérez y Domingo Andrés Pascual-Figal, del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) se clasifican según su fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) pudiendo ser reducida (FEVI 40%), intermedia (40-49%) o conservada (? 50%). El objetivo de este estudio fue determinar la respuesta de la FEVI reducida al tratamiento médico y su impacto en el pronóstico a largo plazo.

Métodos: Se analizaron 715 pacientes con IC y FEVI reducida remitidos a la consulta de Insuficiencia Cardiaca Avanzada, desde 1999 hasta 2015. Se recogieron solo los pacientes que tuvieran al menos 3 medidas de FEVI, siendo la población final de 351 pacientes. Se clasificó su evolución en los siguientes grupos: 1) sin mejoría (FEVI 40% siempre), 2) mejoría y empeoramiento (FEVI > 40% que vuelve a FEVI 40%), 3) mejoría intermedia (FEVI 40-49% mantenida) y 4) mejoría completa (FEVI ? 50% mantenida). Los pacientes fueron revisados mediante historia médica o llamada telefónica y se estudió su mortalidad.

Resultados: De los 351 pacientes, 111 (31%) no presentaron mejoría, 69 (20%) presentaron mejoría y empeoramiento, 69 (20%) presentaron mejoría intermedia y 102 (29%) presentaron mejoría completa. Los factores determinantes de la ausencia de mejora de la FEVI fueron etiología isquémica, hipercolesterolemia, infarto previo y enfermedad coronaria. La revascularización mediante ACTP fue un factor determinante de mejoría. Durante el seguimiento (mediana de 6,1 años), la mortalidad del grupo sin mejoría fue de 51,4%, significativamente mayor al resto de los grupos. La mortalidad fue menor en el grupo mejoría y empeoramiento (29%), y aún más, en lo grupos mejoría intermedia y completa (20,3% y 20,6 respectivamente).



Curva de Kaplan-Meier.

Características ecográficas de los pacientes

Variable	Total (n = 351)	Sin mejoría (n = 111)	Mejoría y empeoramiento (n = 69)	Mejoría intermedia (n = 69)	Mejoría completa (n = 102)	p
FEVI inicial, mediana (RIQ)	25 (20-31)	25 (20-30)	27 (20-35)	26 (22-32)	25 (20-30)	0,518
VTD inicial, mediana (RIQ)	174 (143-229)	196 (140-264)	177 (142-225)	196 (165-242)	159 (141-204)	0,098
DTD inicial, mediana (RIQ)	64 (58-69)	64 (59-70)	65 (59-70)	64 (59-68)	63 (55-68)	0,162
FEVI final, mediana (RIQ)	39 (30-51)	28 (24-31)	33 (30-35)	43 (41-45)	59 (53-62)	0,001
VTD final, mediana (RIQ)	146 (107-195)	195 (149-263)	162 (135-199)	143 (117-171)	96 (74-113)	0,001
DTD final, mediana (RIQ)	58 (50-65)	66 (61-73)	62 (55-65)	56 (50-62)	49 (45-53)	0,001

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; RIQ: rango intercuartil; VTD: volumen telediastólico; DTD: diámetro telediastólico.

Conclusiones: El 31% de los pacientes no respondieron al tratamiento lo que estuvo influido por la presencia de cardiopatía isquémica y se asoció a un mal pronóstico con un 51,4% de mortalidad durante el tiempo de seguimiento.