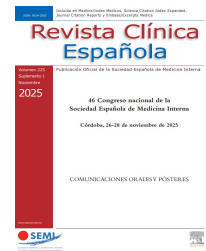




Revista Clínica Española

<https://www.revclinesp.es>



1336 - DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA: ¿NOS AJUSTAMOS A LOS SCORES?

Rafael Arroyo Crespo¹, Jesús David Díaz Anichiarico¹, Gloria Martínez Carrasco¹, María del Carmen Quero Sánchez¹, Laura Torrent Iglesias², María del Carmen Algarra Marco², Miguel Ángel Vázquez Ronda^{1,3} y Llanos Soler Range^{1,3}

¹Medicina Interna, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España. ²Enfermería Medicina Interna, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España. ³Universidad Europea de Madrid, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue investigar en qué medida nos ajustamos a estos scores para diagnosticar la ICFeP y en base a qué alteraciones se diagnostica más habitualmente en la práctica real.

Métodos: Analizamos de forma retrospectiva los pacientes con diagnóstico de ICFeP incluidos en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca de nuestro hospital. Dos revisores externos recogieron datos de las historias clínicas y los informes de ecocardiograma. Se excluyeron pacientes con un diagnóstico etiológico específico que conllevara una evolución, diagnóstico y manejo diferentes (amiloidosis, miocardiopatía hipertrófica, valvulopatías) con el fin de seleccionar aquellos con ICFeP “primaria” o “green-variety”. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de nuestro hospital.

Resultados: Se incluyeron 183 pacientes, 64 varones y 119 mujeres, con una media de edad de 83 años. Los datos correspondientes a las variables que se utilizan en los scores se recogen en las figuras 1 y 2. En total, 98 pacientes reunieron > 6 puntos en el americano y/o > 5 en el europeo, lo que permite hacer el diagnóstico de ICFeP con “alta probabilidad”. Sin embargo 85 pacientes obtuvieron puntuaciones menores (entre 2-5 y 2-4, respectivamente) lo que según las guías debería llevar a completar el estudio mediante métodos invasivos, como estudios hemodinámicos o al menos ecocardiograma de esfuerzo. Sin embargo, esto solo se llevó a cabo en 6 pacientes; mientras que en el resto, a criterio del clínico, no eran necesarios más estudios, seguramente dada la edad y comorbilidad, la baja probabilidad (basada en historia, exploración y las exploraciones ya realizadas) de otras entidades y la no previsión de otro tratamiento distinto de haberlos realizado. En un elevado número de pacientes los criterios se cumplen en función de coexistencia con fibrilación auricular, dilatación importante de la aurícula izquierda y datos de hipertensión pulmonar, lo que puede plantear en ocasiones dudas en el diagnóstico diferencial. Por otra parte, como se observa en las figuras, en muchos pacientes faltaban datos del ecocardiograma dirigidos a la evaluación de la ICFeP. Es posible que, de haber estado disponibles, hubieran sido reclasificados de “alta probabilidad”.

H2	Obesidad (IMC>30kg/m2)	61/183
	HTA (2 o más antihipertensivos)	91/183
F	Fibrilación auricular	122/183
P	Hipertensión pulmonar (PAP> 35mmHg)	80/95
E	Edad > 60	183/183
F	E/e' > 9	29/41

	Funcional		Morfológico		Biomarcador			
					Ritmo sinusal		Fibrilación auricular	
Mayores (2 puntos)	e' septal < 7 cm/s	37/47	Vol AI (index) > 34 ml/m2 (> 40 si FA)	99/182	NT-proBNP > 220 pg/mL	55/61	NT-proBNP > 660 pg/mL	107/122
	e' lateral < 10 cm/s	50/81	Masa VI (index) $\geq$ 149/122 g/m2 y RWT > 0.42	29/160				
	E/e' $\geq$ 15	10/41		-				
	Velocidad IT > 2.8 m/s (PAP > 35 mmHg)	39/58 80/95						
Menores (1 punto)	E/e' 9-14	19/41	Vol AI (index) 29-34 ml/m2 (34-40 si FA)	43/182	NT-proBNP 125-220 pg/mL	3/61	NT-proBNP 365-660 pg/mL	12/122
	GLS < 16%	-	Masa VI (index) > 115/95 g/m2	54/160				
			RWT > 0.42	-				
			Pared libre VI $\geq$ 12 mm	75/184				

Conclusiones: El diagnóstico de la ICFep precisa de un estudio estandarizado y completo mediante ecocardiograma, que aporte los datos necesarios para poder utilizar los scores de una forma correcta. Probablemente son necesarios algoritmos o scores con criterios adaptados a la población anciana y compleja, que constituyen muchos de nuestros enfermos con IC.

Bibliografía

1. Kittleson M, Panjrath G, Amancherla K, et al. 2023 ACC expert consensus decision pathway on management of heart failure with preserved ejection fraction: a report of the american college of cardiology solution set oversight committee. J Am Coll Cardiol 2023; 81: 1835-1878. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Insuficiencia cardíaca: una enfermedad crónica que se puede tratar. Madrid: SEMI; [citado 2025 mayo 16]. Disponible en: https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/cuadriptico_insuficiencia_cardiaca.pdf