



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

IC-006 - INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN RECUPERADA EN EL REGISTRO RICA

J. Trullàs¹, L. Manzano Espinosa², F. Formiga³, O. Aramburu-Bodas⁴, D. García-Escrivá⁵, J. Romero-Requena⁶, R. Jordana Comajuncosa⁷, M. Montero-Pérez-Barquero⁸ y Grupo RICA

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Olot. Olot (Girona). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz. ⁷Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). ⁸Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen

Objetivos: Analizar las características clínicas y pronósticas de los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y fracción de eyección (FEVI) recuperada (ICFER) y compararlas con los pacientes con IC y FEVI deprimida (ICFED) e IC con FEVI preservada (ICFEP).

Métodos: Población de estudio: cohorte prospectiva de pacientes con IC del registro RICA Criterios inclusión: los del registro RICA Criterios de exclusión para este estudio: valvulopatía grave o miocardiopatía hipertrófica/infiltrativa como etiología principal de la IC Clasificación de los subgrupos de IC en 3 categorías: ICFEP (FEVI > 50%), ICFED (FEVI 50% que persiste en ecocardiograma de control) y ICFER (FEVI 50% que se normaliza en ecocardiograma de control) End-points principales: mortalidad por todas las causas y re-ingresos por IC3.

Resultados: 1.904 pacientes cumplieron los criterios de inclusión pero 702 se excluyeron al no tener ecocardiograma de seguimiento. 1.202 pacientes fueron incluidos en el análisis (1.094 con ICFEP, 81 con ICFED y 27 con ICFER). Características basales: todos los pacientes eran de edad avanzada (media de 79, 73 y 71 años, respectivamente) y con muchas comorbilidades. Los pacientes con ICFER eran algo más jóvenes, con menor prevalencia de diabetes, demencia y AVC y mayor proporción de EPOC (diferencias no significativas). Encontramos diferencias significativas en las causas de IC siendo la isquémica y el alcohol más frecuentes en pacientes con ICFER (p 0,001). Encontramos ligeras diferencias no significativas en los tratamientos entre los 3 grupos. No encontramos diferencias en los valores analíticos en el momento de la inclusión (hemoglobina, filtrado glomerular, sodio y péptidos natriuréticos). Respecto a los valores ecocardiográficos al inicio y en el seguimiento solo en los pacientes con ICFER se observa una mejoría en las medidas ventriculares. Outcomes principales: Tras un seguimiento de 367 días hubo 254 (21%) muertes y 249 (21%) reingresos. En el análisis univariado los HR para mortalidad total en pacientes con ICFER frente a ICFEP y ICFED fueron 0,11 (IC95% 0,02-080; p = 0,029) y 0,31 (IC95% 0,04-2,5; p = 0,274). En el análisis multivariado estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Tampoco encontramos diferencias respecto a las tasas de reingreso entre los 3 grupos.

Conclusiones: La ICFER es también una entidad presente en nuestros pacientes de edad avanzada con IC. Estos pacientes presentan diferencias demográficas, en comorbilidades y etiología de la IC respecto a los

pacientes con ICFEP y ICFED. Son necesarias muchas más investigaciones para conocer la historia natural y el manejo terapéutico de este “nuevo síndrome de IC”.