



IC-078 - INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI PRESERVADA. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA. DATOS DEL REGISTRO CANARIO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA (RECANIC)

E. Sáez Martínez¹, J. García Vallejo¹, I. Marrero Medina¹, E. Águila Fernández-Paniagua¹, A. García Quintana⁴, A. Pérez Ramos³, J. Pérez Marín⁵ y A. Conde Martel¹

¹Medicina Interna, ⁴Cardiología. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). ³Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna (Tenerife). ⁵Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Objetivos: Comparativa de comorbilidades, tratamiento y mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca con FEVI preservada (ICFEVI-P) en los Servicio de Medicina Interna (MI) y Cardiología (Car).

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico: incluidos pacientes ingresados por IC en Servicios de MI y Car de hospitales canarios durante 2017. Comparamos pacientes con ICFEVI-P entre ambos servicios; valorando comorbilidades, tratamiento y mortalidad. Evaluamos la relación entre variables cualitativas con el test de chi-cuadrado y entre variables cualitativas y cuantitativas con el test t-Student.

Resultados: Incluimos 2.200 pacientes, 946 (43%) presentaban ICFEVI-P, predominando el sexo femenino (63% MI y 55% Car) y siendo mayores en MI (80,5 vs 72,3 años); presentando mayor tasa de dislipemia (68,9% vs 60,6%, $p = 0,012$), diabetes (56,7% vs 47,2%, $p = 0,006$), HTA (94,6% vs 75%, $p < 0,001$), patología respiratoria (37,7% vs 18,4%, $p < 0,001$), miocardiopatía (9,4 vs 3,4, $p < 0,001$) y peor situación funcional (I. Barthel < 60) (19% vs 3,2%, $p < 0,001$). No hubo diferencias en enfermedad valvular, ni fibrilación auricular. Respecto al tratamiento, en MI empleamos menos betabloqueantes (69,6% vs 76,6%, $p = 0,026$), antialdosterónicos (18,2% vs 28%, $p < 0,001$) y estatinas (53,2% vs 69,4%, $p < 0,001$), no observando diferencias en IECA/ARA II ni diuréticos. La mortalidad global fue del 5,2% sin diferencias entre MI (6%) y Car (3,6%) ($p = 0,12$). Se relacionaron con la mortalidad: edad ($p = 0,02$), menor Hb ($p = 0,005$) mayor creatinina, enfermedad valvular y menor uso de BB ($p < 0,001$ en todos).

Discusión: Observamos más edad y comorbilidad en pacientes de MI respecto a Car y menor uso de betabloqueantes, antialdosterónicos y estatinas; no obstante, no parece influir en la mortalidad. Como se describe en la bibliografía, no existe un tratamiento que cambie el curso de ICFEVI-P, aunque el uso de BB se relacionó con menor mortalidad. El tratamiento de ICFEVI-P es actualmente un reto intelectual.

Conclusiones: Los pacientes con ICFEVI-P de MI son mayores y asocian más comorbilidades, sin

diferencias respecto la mortalidad. Podríamos concluir que el pilar del tratamiento de IC FEVI-P lo constituye el control sintomático y abordaje de comorbilidades.

Bibliografía

1. Formiga F, Pérez-Calvo JI. Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada. ¿Hay luz al final del túnel? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51(2):63-126.