



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

E. Sáez Martínez<sup>1</sup>, J. García Vallejo<sup>1</sup>, I. Marrero Medina<sup>1</sup>, E. Águila Fernández-Paniagua<sup>1</sup>, A. García Quintana<sup>4</sup>, A. Pérez Ramos<sup>3</sup>, J. Pérez Marín<sup>5</sup> y A. Conde Martel<sup>1</sup>

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