



## IC-038 - FENOTIPOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA

L. García Romero<sup>1</sup>, J. Murcia Zaragoza<sup>1</sup>, M. García López<sup>1</sup>, A. Lucas Dato<sup>1</sup>, J. Cepeda Rodrigo<sup>1</sup>, T. Baeza de Paco<sup>1</sup>, D. Jover Ríos<sup>1</sup>, J. Bailén Lorenzo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela (Alicante).

### Resumen

**Objetivos:** Describir los fenotipos clínicos de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) con función sistólica conservada (FSC) que ingresan en servicio de Medicina Interna (MI). Analizar diferencias clínicas en función del fenotipo.

**Métodos:** Estudio observacional y prospectivo de febrero-junio del 2015. Ámbito: Servicio MI del Hospital Vega Baja de Orihuela. Criterios de inclusión: pacientes ingresados por descompensación de IC con FSC definida por una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI)  $\geq 50$ . Variable principal: se distinguieron varios fenotipos de IC-FSC en función del mecanismo fisiopatológico principal que ocasiona el síndrome de IC a juicio del clínico, distinguiendo: fenotipo hipertensión pulmonar (HTP) cuando la presencia de HTP definida como una presión media de la arteria pulmonar  $\geq 50$  mmHg por ecocardiografía era el mecanismo principal responsable del síndrome IC en ausencia de otro mecanismo fisiopatológico que lo justifique; fenotipo valvular cuando existe valvulopatía mitro-aórtica grave; fenotipo hipertensivo ante presencia de cardiopatía Hipertensiva caracterizada por hipertrofia del ventrículo izquierdo en pacientes con HTA de  $> 5$  años de evolución sin otra causa que lo justifique; fenotipo isquémico ante la presencia de cardiopatía Isquémica como mecanismo principal responsable del síndrome de IC; fenotipo insuficiencia renal crónica ante la presencia IC y un aclaramiento de creatinina  $\leq 40$  sin que exista otro mecanismo responsable; fenotipo diabetes y obesidad en pacientes con un IMC  $\geq 30$  y DM de larga evolución sin otra causa que justifique el síndrome de IC. La asignación de cada paciente en un determinado fenotipo fue realizada por dos clínicos del servicio de MI, en caso de discordancia se solicitaba la opinión de un tercer clínico. Se analizaron variables explicativas: comorbilidad, funcionalidad, clínicas, laboratorio y relacionadas con el tratamiento farmacológico al alta. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS 20.0.

**Resultados:** Se incluyeron 59 pacientes. Predominio sexo femenino (62,7%), con una media de  $81,1 \pm 8,8$  años, un 45,8% eran pacientes DM, el 91,5% eran HTA y el 49,2% eran DLP. La media de estancia hospitalaria eran 8,5 días con una media de ingresos previos en el último año de  $1,3 \pm 1,8$ . Tres pacientes (5,1%) fallecieron durante la hospitalización. Los fenotipos más frecuentes fueron: fenotipo HTP (23 pacientes, 39%) seguido del fenotipo valvular (16 pacientes, 17,1%), fenotipo hipertensivo (8 pacientes, 13,6%), isquémico (4 pacientes, 6,8%), asociado a DM y obesidad (4 pacientes, 6,8%), asociado a IRC (3 pacientes, 5,1%). No existieron diferencias significativas de

comorbilidad, funcionalidad, clínicas y tratamiento farmacológico entre los diferentes fenotipos.

*Discusión:* La IC con FSC constituye uno de los principales síndromes a los que nos enfrentamos en nuestra práctica clínica. El pronóstico de estos pacientes es muy incierto, así como las recomendaciones sobre el manejo terapéutico que se limitan al control de la comorbilidad y tratamiento sintomático. Parte de estos malos resultados se debe a que los mecanismos fisiopatológicos que conducen a este síndrome sean muy dispares, se trate de una población muy heterogénea y por tanto los mecanismos de intervención deben de ser diferentes en cada grupo por lo que consideramos interesante establecer poblaciones más homogéneas entre los pacientes con IC con FSC en función del mecanismo fisiopatológico que ocasiona el síndrome de IC.

*Conclusiones:* Entre los pacientes con IC-FEP que ingresaron en nuestro hospital el fenotipo más prevalente fue: HTP seguido de fenotipo valvular e hipertensivo. No se apreciaron diferencias del manejo terapéutico al alta entre los diferentes fenotipos. Sería recomendable establecer poblaciones homogéneas entre los pacientes con IC-FEP en función del mecanismo fisiopatológico que la ocasiona y diseñar estrategias terapéuticas dirigidas a cada grupo.