Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):52

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IC-007 - ¿HAY DIFERENCIAS EN EL PRONÓSTICO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN INTERMEDIA?: DATOS DEL REGISTRO RICA

M. Guisado Espartero[1], M. Fernández Díaz[2], N. Moya González[2], P. Llacer Iborra[3], F. Epelde Gonzalo[4], J. Casado Cerrada[5], F. Ruiz Laiglesia[6], L. Manzano[7] y Grupo RICA, O. Aramburu Bodas, J. Fernández Martínez, P. Salamanca Bautista, J. Trullàs Vila, J. Díez Manglano, D. García Escrivá, P. Bettencourt, M. Carrera Izquierdo, M. Quesada Simón en representación del Grupo de Trabajo Insuficiencia Cardíaca

[1]Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Cabra (Córdoba). [2]Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla. [3]Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises (Valencia). [4]Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). [5]Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). [6]Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. [7]Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Madrid.

Resumen

*Objetivos:*Analizar el pronóstico de los pacientes con Insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección intermedia (ICmrFE) medido como mortalidad y reingreso por cualquier causa, precoz (30 días) y tardíos (un año), en comparación con los pacientes con fracción de eyección reducida (ICrFE) y preservada (ICpFE).

*Material y métodos:*Se incluyeron 2753 pacientes del Registro RICA (https://www.registrorica.org). Se dividió la cohorte en 3 grupos según fracción de eyección (FE): 1.-Pacientes con FE deprimida (FE < 40%) (ICrFE); 2.-Pacientes con FE intermedia (FE 41-49%) (ICmrFE); 3.-Pacientes con FE preservada (FE > 50%) (ICpFE). Seguimiento de un año. Estudio comparativo de mortalidad y reingresos por cualquier causa a los 30 días y al año. Análisis de Cox multivariante para calcular los parámetros que influían en mortalidad y reingresos al año y el riesgo ajustado según la FE.

*Resultados:*La mortalidad a los 30 días fue mayor en los pacientes con ICrFE (3,6%) pero sin diferencias significativas (1,8% en ICmrFE y 2,4% en ICpFE). La mortalidad al año fue de 28% en pacientes con ICrFE, 20% en ICmrFE y 22% en ICpFE (p < 0,001 entre ICrFE y los otros grupos). Los reingresos a los 30 días y al año fueron similares en los tres grupos. Los factores de riesgo independientes de mortalidad al año fueron: edad, sexo, IMC, NYHA III-IV, insuficiencia renal y FE reducida. Sólo insuficiencia renal y NYHA III-IV fueron factores de riesgo independientes de reingreso al año. El riesgo de mortalidad al año en los pacientes con ICrFE fue 1,25 (IC95%: 1,05-1,49; p = 0,014) respecto al grupo de ICpFE; no hubo diferencias entre ICmrFE vs ICpEP. Tampoco se vieron diferencias en el riesgo de mortalidad a los 30 días, y reingresos a los 30 días y al año.

*Discusión:*La guía IC-ESC 2016 habla de la importancia pronóstica de la FE. Algunos estudios han mostrado mejor pronóstico en los pacientes con ICpFE vs ICrFE, mientras que otros han mostrado similares tasa de eventos. La guía IC ACCF/AHA 2013 define un grupo de IC intermedia o

“borderline” (IC-FEI) que engloba los valores de FE entre 41 y 49%. Muy pocos estudios han evaluado el valor pronóstico de la FE en el grupo con ICmrFE. En este estudio se compara los tres grupos de FE en pacientes de edad avanzada y práctica clínica habitual como son los pacientes del Registro RICA.

*Conclusiones:*1. La mortalidad al año fue significativamente superior en los pacientes con ICrFE frente a los otros grupos. 2. No se obtuvieron diferencias significativas en mortalidad o reingresos precoces, ni en reingreso al año entre los tres grupos. 3. La fracción de eyección reducida fue un factor de riesgo independiente de mortalidad por cualquier causa al año. 4. En lo que respecta al pronóstico la ICmrFE se asemeja más a la ICpFE.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.