



## IC-021 - CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES CON IC SEGÚN FRACCIÓN DE EYECCIÓN Y SU INFLUENCIA EN EL PRONÓSTICO. RESULTADOS DEL ESTUDIO DICUMAP

M. Camafort<sup>1</sup>, J. Arévalo<sup>2</sup>, J. Sobrino<sup>3</sup>, J. Díez Manglano<sup>4</sup>, O. Aramburu<sup>5</sup>, M. Montero<sup>6</sup>, F. Formiga<sup>7</sup>, L. Manzano<sup>8</sup> y J. Trullás, J. Arias, J. Gómez Cerezo, G. Torres, J. Varela, M. Méndez Bailón, J. Grau Amorós, F. Salgado, G. Martínez en representación del Grupo de Trabajo Insuficiencia Cardíaca y Fibrilación Auricular

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital de Zafrá. Zafrá (Badajoz). <sup>3</sup>Unidad de HTA. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. <sup>5</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla. <sup>6</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>7</sup>Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>8</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Determinar, en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) las características diferenciales según clasificación por fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) según guías de IC 2016), incluyendo valores de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) y las diferencias pronósticas entre grupos.

**Material y métodos:** Se seleccionaron pacientes estables con IC seguidos en la consulta. Se obtuvo MAPA 24h y datos antropométricos, análisis de sangre y de orina, ECG y ecocardiografía. Se definió como IC con FEVI disminuida (ICFED) a aquellos con FEVI < de 40%, como IC con FEVI de rango medio (ICFERM) a aquellos con FEVI entre 40% y 49%, y como IC con FEVI preservada (ICFEP) a aquellos con FEVI mayor o igual de 50%. Se consideró para la valoración pronóstica el tiempo transcurrido hasta muerte o reingreso por IC.

**Resultados:** Se incluyen 152 sujetos (55% mujeres) edad media  $76,9 \pm 8,3$  años. 19 (12,3%) ICFED, 17 (11%) ICFERM, y 116 (76,7%) presentaban ICFEP. Los pacientes con ICFEP (respecto a ICFERM e ICFED) y eran más mayores  $77,9/74,2/72,9$  respectivamente ( $p = 0,016$ ) con mayor frecuencia mujeres  $61,20\%/35,30\%/36,80\%$  ( $p = 0,03$ ), con un menor diámetro de aurícula izquierda  $36\text{ mm}/39\text{ mm}/46\text{ mm}$  ( $p = 0,017$ ) y con menor prevalencia de arteriopatía periférica  $16,40\%/41,20\%/36,80\%$  ( $p = 0,004$ ). No se apreciaron otras diferencias que las propias de la clasificación, incluyendo las medidas de PA obtenidas en la MAPA, patrón circadiano o presencia de HTA nocturna o enmascarada. En cuanto al pronóstico presentaron eventos ICFED 26,31%, ICFERM un 17,64% e ICFEP 17,10%. La curva de Kaplan Meier mostró una tendencia a un menor número de eventos en aquellos con ICFERM e ICFEP que no fue significativa.

**Discusión:** Recientemente, la Sociedad Europea de Cardiología, ha definido una nueva clasificación de Insuficiencia cardíaca que reconoce tres tipos según la FEVI. No existen datos acerca de

diferencias en las características de estos pacientes incluyendo MAPA, asimismo los datos de diferencias en cuanto al pronóstico son escasos en pacientes del mundo real.

*Conclusiones:* No hemos observado grandes diferencias entre los tres grupos de IC en pacientes del mundo real. Los valores de PA obtenidos por MAPA no mostraron diferencia entre los 3 grupos. Existe una tendencia a menor morbimortalidad en aquellos con ICFERM e ICFEP que debería ser valorada en estudios posteriores con mayor número de pacientes.