Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 597

Revista Española de Cardiología

6. INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA MEJORADA: CARACTERÍSTICAS, IMPACTO Y PRONÓSTICO

Jorge Perea Armijo, Nerea Aguayo Caño, José López Aguilera, Juan Carlos Castillo Domínguez y Manuel Anguita Sánchez

Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La mejoría de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) en insuficiencia cardiaca (IC) ha demostrado una mejoría en el pronóstico. Sin embargo, los criterios de definición de mejoría de FEVI utilizados en estudios previos han sido muy heterogéneos, habiendo actualmente unos criterios universalmente aceptados. Nuestro objetivo principal fue analizar el perfil clínico diferencial entre ambas entidades, así como su pronóstico a medio-largo plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con IC con FEVI reducida (ICFEr). Se compararon pacientes con criterios de mejoría de FEVI (Grupo 1, IC-FEm) con aquellos que mantuvieron la disfunción ventricular (Grupo 2, IC-FEPr). Se analizaron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y terapéuticas, y se evaluó el impacto a medio-largo plazo en términos de mortalidad y reingresos por IC.

Resultados: Se analizaron 375 pacientes, clasificándose 219 en ICFEpr (58,4%) y 156 en ICFEm (41,6%). El grupo de ICFEpr incluía pacientes de mayor edad (71 [IQR 62-78] vs 64 [55,3-74]; p 0,001), con predominio masculino (79,5 vs 70,5%; p 0,05), así como mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, enfermedad renal crónica (53,9 vs 23,7%; p 0,001), anemia (42,5 vs 14,7%; p 0,001), mayores niveles de NT-proBNP (5.604 [IQR 2.182-13.185] vs 3453 [1.455-8.690]; p 0,05) y menor tasa de IC *de novo* (34,7 vs 80,1%; p 0,001). Además, en el grupo de ICFEpr predominaba la etiología isquémica (44,3 vs 16,7%; p 0,001), mientras que la taquimiopatía predominaba en ICFEm (2,7 vs 21,2%; p 0,001). En el tratamiento basal hubo mayor proporción de ARNI (41,6 vs 25,6%; p 0,05), DAI (16,4 vs 0,6%; p 0,001) y TRC (8,2 vs 0,6%; p 0,05) en el grupo de IC-FEpr, mientras que al final del seguimiento hubo mayor proporción de ARNI (71,2 vs 50%; p 0,001), iSGLT2 (44,3 vs 29,5%; p 0,05), DAI (31,5 vs 2,6%; p 0,001) y diurético de asa (83,6 vs 53,8%; p 0,001) en dicho grupo. Con un seguimiento medio de 60 meses, el grupo de ICFEpr tuvo mayor tasa de reingresos hospitalarios (63,8 vs 18,5%; p 0,001) y mayor mortalidad por IC (47,9 vs 2,8%; p 0,001).

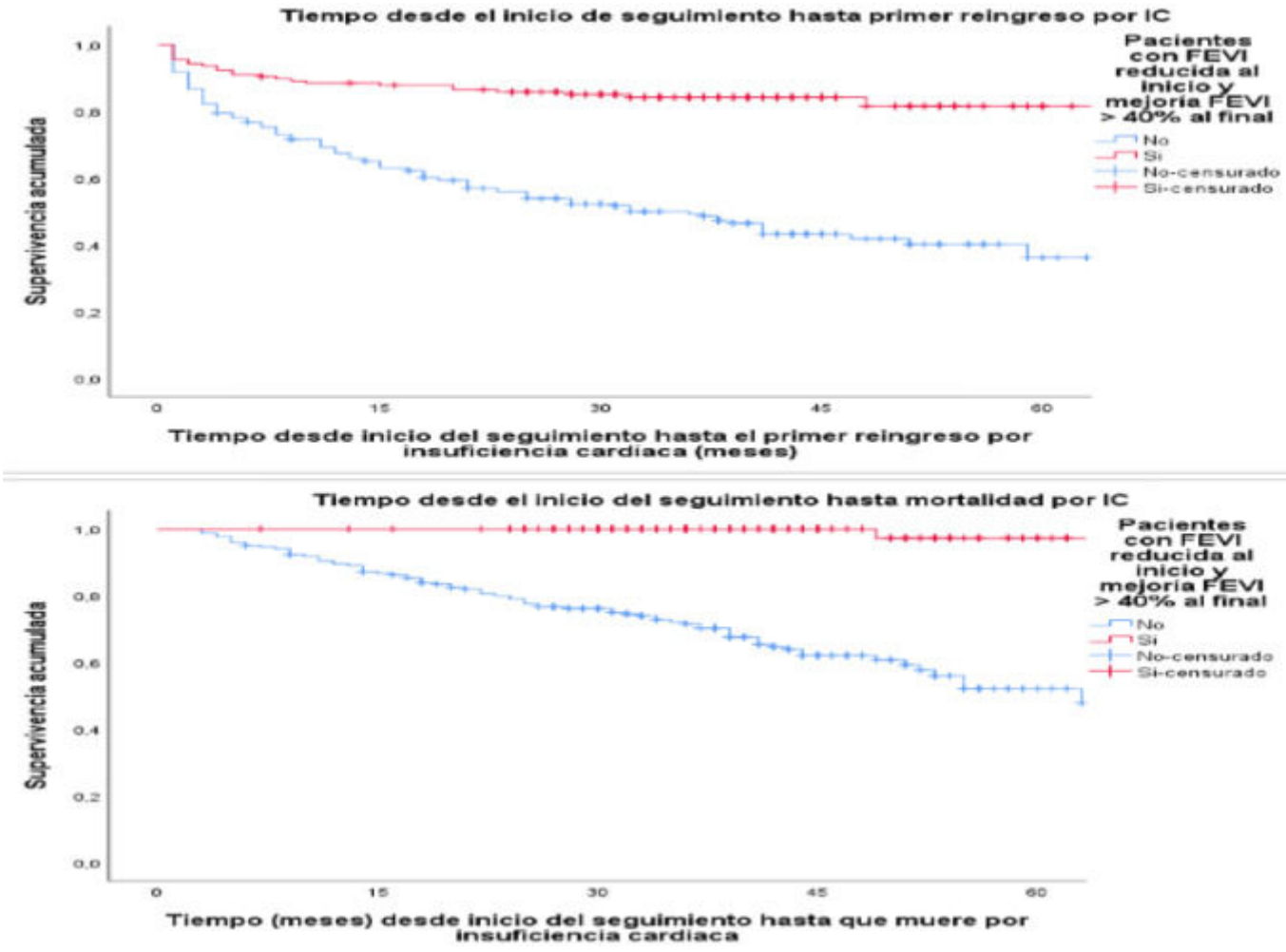
Características clínicas, analíticas y ecocardiográficas basales

	ICFEpr (n = 219)	ICFEm (n = 156)	p
Edad (años)	71 [62-78]	64 [55,3-74]	0,001

Sexo masculino	174 (79,5%)	110 (70,5%)	0,05
Hipertensión arterial (HTA)	159 (72,6%)	90 (57,7%)	0,05
Diabetes mellitus (DM)	115 (52,5%)	61 (39,1%)	0,05
Hipercolesterolemia	151 (68,9%)	86 (55,5%)	0,05
IC *de novo*	76 (34,7%)	125 (80,1%)	0,001
Tiempo evolución IC (meses)	60,4 ± 78,7	7,4 ± 22,6	0,001
Tiempo hasta mejoría o no de FEVI (meses)	14 [9-23]	14 [9-22]	0,325
NYHA			
I	23 (10,5%)	36 (23,1%)	
II	151 (68,9%)	99 (63,5%)	0,001
III	44 (20,1%)	21 (13,5%)	
IV	1 (0,5%)	0 (0%)	
Etiología isquémica	97 (44,3%)	26 (16,7%)	0,001
Etiología taquimiopática	6 (2,7%)	33 (21,2%)	0,001
Etiología idiopática	61 (27,9%)	52 (33,3%)	0,254
Fibrilación auricular	119 (54,3%)	76 (48,7%)	0,283
Enfermedad renal crónica (ERC)	118 (53,9%)	37 (23,7%)	0,001
Anemia	93 (42,5%)	23 (14,7%)	0,001

QRS ancho basal	97 (50,5%)	41 (27,9%)	0,001
NT-proBNP basal	5.604 [2.182-13.185]	3.453 [1.455-8.690]	0,05
CA 125 basal	24,1 [10,8-68,4]	13,4 [8,1-75,8]	0,239
FEVI basal	30 [26-35]	31 [25,3-35]	0,001

ICFEpr: insuficiencia cardiaca con fracción de eyección persistentemente reducida; ICFEm: insuficiencia cardiaca con fracción de eyección mejorada; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; IC: insuficiencia cardiaca; NYHA: *New York Heart Association*; NT-proBNP: propéptido natriurético cerebral N-terminal; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda.



Tiempo desde el inicio del seguimiento hasta primer reingreso y mortalidad por IC.

Conclusiones: Los pacientes con ICFEpr son pacientes de mayor edad y asocian más comorbilidades, menor proporción de IC *de novo* y mayor etiología isquémica. A pesar de tratamiento médico, más del 50% de ICFEr no mejoran la FEVI, asociando un peor pronóstico en términos de reingresos y mortalidad por IC.