Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 1118

Revista Española de Cardiología

6068-426. DETERMINANTES DE LA RECUPERACIÓN MIOCÁRDICA TRAS UNA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA *DE NOVO* Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA REDUCIDA

Víctor Donoso Trenado[1], Guillermo Gallego Latorre[2], Raquel López Vilella[1], Javier Adarraga Gómez[2], David García Vega[2], Luis Martínez Dolz[3], José Ramón González Juanatey[4] y Luis Almenar Bonet[5]

[1]Unidad de Insuficiencia Cardiaca y Trasplante Cardiaco. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Fe, Valencia, España,[2] Servicio de Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, [3]Unidad de Insuficiencia Cardiaca y Trasplante Cardiaco. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Fe, Centro de Investigación Biomédica en Red, Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Valencia, España,[4]Servicio de Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, CIBERCV, ISCIII, Madrid, Santiago de Compostela (A Coruña), España y [5]Unidad de Insuficiencia Cardiaca y Trasplante Cardiaco. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Fe,Centro de Investigación Biomédica en Red, Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Valencia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes que ingresan por insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección reducida (ICFEr) *de novo*, pueden presentar recuperación de la función con importantes implicaciones pronósticas en términos de morbimortalidad. No es bien conocido que parámetros pueden favoreces esta recuperación. Objetivos: identificar las variables que predicen la recuperación de la función tras ingreso por ICFEr *de novo* y analizar la morbimortalidad durante el seguimiento de estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en dos centros de referencia españoles. Se incluyeron todos los pacientes con ICFEr *de novo* que ingresaron entre marzo de 2021 y diciembre de 2023. Se consideró FEVI mejorada (IC-FEm): FEVI inicial # 40% y había aumentado 10 puntos respecto a la previa.

Resultados: De 248 pacientes estudiados, 157 (63,3%) cumplía los criterios de IC-FEm. Las características basales de ambos grupos se encuentran en la tabla. Entre las diferentes etiologías de la IC, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio en la taquimiocardiopatía (29,3% en IC-FEm vs 13,1%), valvular (7,6 vs 1,1%) e isquémica (17,2 vs 43,9%). El análisis multivariado, las variables categóricas (como la etiología) se compararon frente a la cardiopatía isquémica. Encontramos que el resto de etiologías frente a la cardiopatía isquémica favorecen de forma significativa la mejoría miocárdica (figura A). El seguimiento medio fue de 16,4 meses. Las curvas de supervivencia libre de eventos (ingreso o descompensación por IC y mortalidad por cualquier causa) se separan desde los primeros días, mostrando diferencias estadísticas entre ambas (figura B).

Características basales de la población de estudio

Variables	IC-FEm sí (n: 157)	IC-FEm no (n: 91) p	Total (n: 248)

Edad (años)	69 (58-76)	71 (61-78)	0,353	69 (59-77,25)
Varón (n, %)	120 (76,43%)	68 (74,73%)	0,882	248
HTA (n, %)	92 (58,60%)	63 (69,23%)	0,126	248
Dislipemia (n, %)	73 (46,50)	48 (52,74%)	0,414	248
DM (n, %)	43 (27,39%)	34 (37,36%)	0,135	248
IRC (n, %)	28 (17,83%)	29 (31,87%)	0,018	248
Arteriopatía periférica (n, %)	9 (5,73%)	12 (13,33%)	0,068	247
Duración del ingreso (días)	7 (5-11)	7 (5-10,5)	0,805	7 (5-11)
Tiempo hasta la titulación/optimización (días)	117 (38,25-186,25)	110(44,50-172,00)	0,837	115 (42-182)
Etiología de la IC (n, %)				
HTA	10 (6,37%)	3 (3,30%)	0,453	
Taquimiocardiopatía	46 (29,30%)	12 (13,19%)	0,006	
Isquémica	27 (17,20%)	40 (43,96%)	$9,62 \times 10^{-6}$	248
Idiopática	32 (20,38%)	20 (21,98%)	0,892	
Valvular	12 (7,64%)	1 (1,10%)	0,05	
Otras	26 (19,11%)	15 (16,48%)	0,729	
4 pilares al alta (n/%)	103 (66,03%)	53 (58,24%%)	0,277	247
4 pilares tras titulación(n/%)	110 (72,37%)	57 (64,04%)	0,227	241
IECA/ARAII/ARNI (n/%) al alta	142 (90,45%)	76 (83,52%)	0,158	248

BB (n/%)	142 (91,03%)	88 (96,70%)	0,15	247
ARM (n/%)	130 (82,80%)	69 (75,82%)	0,244	248
iSGLT2 (n/%)	131 (83,39%)	76 (83,52%)	0,126	248
IECA/ARAII/ARNI (n/%) titulado	139 (90,26%)	74 (81,32%)	0,07	245
BB (n/%)	147 (93,63%)	88 (97,78%)	0,25	247
ARM (n/%)	128 (82,58%)	74 (81,32%)	0,939	246
iSGLT2 (n/%)	144 (91,72%)	80 (88,89%)	0,611	247
FG al alta (mL/min/1,73 m^2)	65,93 (21,63)	62,00 (24,44)	0,217	64,52 (22,71)
Hemoglobina al alta (g/dL)	14,35 (2,24)	13,99(2,50)	0,26	14,22 (2,34)
FG tras titulación (mL/min/1,73 m2)	70,03 (23,33)	63,12 (25,90)	0,041	67,44 (24,50)
FEVI al ingreso	28,90 (6,44)	28,78 (7,38)	0,9	28,86 (6,78)
FEVI tras titulación	51,58 (7,249)	32,916 (6,60)	$2,2 \times 10^{-16}$	44,87 (11,39)
Revascularización (n/%)	10 (6,37%%)	17(18,68%)	0,005	248

ACV: accidente cerebrovascular; ARA-II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; ARNI: inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisina; BB: bloqueadores beta; DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; FG: filtrado glomerular; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardiaca; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; IMC: índice de masa corporal; IRC: insuficiencia renal crónica; iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.

Conclusiones: El 63% de los pacientes ingresado por ICFEr *de novo* mejoran la función en un tiempo medio de 3-4 meses, estando favorecida por la etiología valvular y la taquimiocardiopatía. La mejoría tiene un importante impacto pronóstico en este grupo de pacientes.