



7008-15. INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN RECUPERADA: ¿UN NUEVO TIPO DE IC A TENOR DEL PERFIL CLÍNICO?

Carles Díez López, Josep Lupón Rosés, Marta de Antonio Ferrer, María del Mar Domingo Teixidor, Elisabet Zamora Serrallonga, Javier Santesmases Ejarque, Maribel Troya Saborido y Antoni Bayes-Genis del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Resumen

Introducción y objetivos: Los avances en el tratamiento son responsables de una mejoría de la función sistólica de ventrículo izquierdo (VI) en un número no despreciable de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y fracción de eyección (FE) reducida. Se ha propuesto la existencia de un tercer tipo de IC más allá de la IC con FEVI reducida (HFrEF) y conservada (HFcEF): IC con FEVI recuperada. El objetivo fue comparar las características clínicas de los pacientes con IC y FEVI recuperada (FEVI 45% basal que presentan FEVI > 45% al año de seguimiento) con aquellos con HFcEF y HFrEF.

Métodos: Se determinó la FEVI en la primera visita y al año de seguimiento mediante ecocardiografía 2D en 1.069 pacientes (73,3% varones; edad media $65,7\% \pm 12$ años). La etiología isquémica fue la más frecuente (52,4%). La FEVI media fue $32\% \pm 12$. La mayoría de los pacientes se encontraba en clase funcional NYHA II (68,8%) y III (24,6%). Se establecieron 3 grupos: 1) FE-recuperada (N = 236), 2) HFcEF (FEVI > 45% basal; N = 119), 3) HFrEF (FEVI 45% en ambas visitas; N = 714). El seguimiento medio fue de $4,6 \pm 3,1$ años (hasta 10 años).

Resultados: El aumento medio de FEVI entre los pacientes con FEVI-recuperada fue de $21,1 \pm 10$ puntos frente a $3,4 \pm 0,3$ en HFrEF, $p < 0,001$. Los pacientes con FEVI-recuperada (comparado con los pacientes HFrEF) fueron más jóvenes ($63,3 \pm 12,5$ años frente a $65,8 \pm 11,3$, $p = 0,02$), con una mayor proporción de mujeres (29,7 frente a 18,9%, $p < 0,001$), predominantemente de etiología no isquémica (64 frente a 36%, $p < 0,001$), no diabéticos (66,9 frente a 59,1%, $p = 0,03$), con más fibrilación auricular (20,8 frente a 15%, $p = 0,04$), menos BRIHH (7,2 frente a 16,4%, $p < 0,001$), menor duración de la IC (mediana 3 meses [RIQ 1-18] frente a 12 meses [RIQ 2-54], $p < 0,001$), y mejor clase funcional NYHA (18,2% III/IV frente a 25,6%, $p = 0,02$). Los pacientes con FEVI-recuperada difirieron también de forma estadísticamente significativa con los pacientes con HFpEF en edad ($p < 0,001$), sexo ($p < 0,001$), etiología ($p < 0,001$), tiempo de duración de la IC ($p < 0,001$) clase NYHA ($p < 0,001$) y fibrilación auricular ($p < 0,001$) entre otras.

Conclusiones: Un cuarto de los pacientes ambulatorios con IC y FEVI 45% presentaron una “recuperación” de la misma durante el primer año de seguimiento. Las características clínicas de los pacientes con IC-recuperada difirieron de forma estadísticamente significativa con respecto los pacientes con HFrEF y HFcEF.