

Insuficiencia cardiaca con FEVI mejorada, ¿podemos predecir la recaída?

María de León Zulategui(1), Irene María Estrada Parra(2), María del Carmen Otte Alba(2) y Pilar Vizcaíno Velázquez(1) de (1)Servicio de Cardiología y (2)Unidad de Insuficiencia Cardiaca. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla - España

Introducción: La recaída de FEVI tras alcanzar una FEVI mejorada (FEVIm) en la insuficiencia cardiaca con FEVI reducida (ICFEr) es un
fenómeno escasamente caracterizado. El objetivo fue describir las características de los pacientes que recaen, identificar predictores y conocer su impacto pronóstico.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo que incluyó 150 pacientes de nuestra Unidad de Insuficiencia Cardiaca (UIC) entre 2016 y 2021 que presentaron mejoría de FEVI (FEVIm). Se definió IC con FEVIm como FEVI inicial < 40% con incremento ?10% hasta alcanzar ?40%. Se estableció recaída como FEVI <40% durante el seguimiento. El tiempo se midió desde la constatación de la FEVIm hasta el último control ecocardiográfico o recaída. Se compararon características
clínicas, tratamiento y eventos entre grupos mediante chi-cuadrado y U de Mann-Whitney. Finalmente se construyó un modelo de Cox de riesgos proporcionales. El punto de corte óptimo de FEVI final se determinó mediante curva ROC.

Resultados: El 20,0% (n=30) presentó recaída (FEVI media 32,2±5,2%), con una mediana de 46,4 meses desde la FEVIm. Ambos grupos fueron homogéneos en características basales y perfil terapéutico (ARNI, betabloqueante, ARM, iSGLT2), sin
diferencias significativas en ningún fármaco. La supervivencia libre de recaída fue del 95,3% a 2 años y del 76,8% a 5 años. La FEVI final fue el único predictor independiente y robusto del tiempo hasta la recaída (HR=0,866/1%; IC95%: 0,804–0,932; p<0,001; C-index=0,752). El punto de corte óptimo fue FEVI final <52% (AUC=0,753; sensibilidad 90,0%; especificidad 53,7%), con una supervivencia libre de recaída significativamente menor (63,3% vs 92,5% a 5 años; log-rank p=0,0003). La recaída no se asoció a mayor mortalidad (16,7% vs 13,7%; p=0,900), pero sí a mayor frecuencia de ingresos por IC (56,7% vs 7,8%; p<0,001).

Conclusiones: Uno de cada cinco pacientes con ICFEr que logran FEVIm durante el seguimiento presenta recaída a medio plazo, sin diferencias en cuanto a las características basales ni terapéuticas respecto a los que mantienen FEVIm. La FEVI final es el único predictor independiente del tiempo hasta la recaída: valores <52% identifican pacientes de alto riesgo con mayor carga asistencial. Estos resultados refuerzan la necesidad de seguimiento ecocardiográfico prolongado y estrecho, especialmente en recuperaciones con valores limítrofes de FEVI.

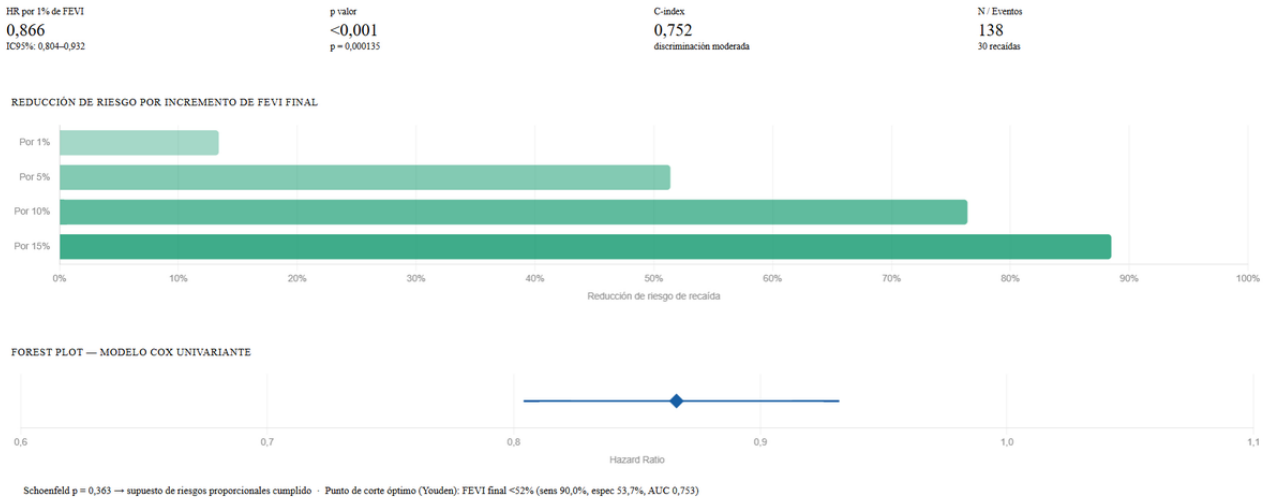


Tabla descriptiva

VARIABLES	**TOTAL (n=147)**	**Recaída (n=30)**	**Sin recaída (n=117)**	***p***
Varón, n (%)	114 (77,6%)	22 (73,3%)	92 (78,6%)	0.707
Edad	62.5 ± 11.3	63.2 ± 11.7	62.3 ± 11.2	0.569
IC de novo, n (%)	83 (56.5%)	13 (43.3%)	70 (59.8%)	0.156
NT-proBNP basal (pg/ml)	1742	1835	1719	0.440
NT-proBNP final (pg/ml)	679	842	634	0.144
FEVI basal (%)	28.4 ± 6.0	28.0 ± 5.8	28.6 ± 6.1	0.576
FEVI final (%)	51.4 ± 7.0	46.4 ± 4.6	52.6 ± 7.0	**<0.001**
FEVI en recuperación (%)	48.2 ± 6.4	45.9 ± 4.8	48.8 ± 6.7	0.036
TRATAMIENTO FINAL				
ARNI, n (%)	82 (55.8%)	20 (66.7%)	62 (53.0%)	0.225
IECA, n (%)	40 (27.2%)	5 (16.7%)	35 (29.9%)	0.221
ARA-II, n (%)	25 (17.0%)	5 (16.7%)	20 (17.1%)	1.000
Betabloqueante, n (%)	146 (99.3%)	30 (100.0%)	116 (99.1%)	1.000
ARM, n (%)	132 (89.8%)	25 (83.3%)	107 (91.5%)	0.331
iSGLT2, n (%)	45 (30.6%)	6 (20.0%)	39 (33.3%)	0.233
OUTCOMES				
Mortalidad total, n (%)	21 (14.3%)	5 (16.7%)	16 (13.7%)	0.900
Ingreso por IC post-recaida FEVI, n (%)	26 (17.8%)	17 (56.7%)	9 (7.8%)	**< 0.001**
Reinclusión en UIC, n (%)	13 (14.1%)	12 (57.1%)	1 (1.4%)	**< 0.001**

IC (insuficiencia cardiaca), FEVI (función sistólica del ventrículo izquierdo), ARNI (inhibidores de la Neprilisina y del Receptor de Angiotensina), IECA (inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina), ARA-II (antagonistas de los Receptores de Angiotensina II), ARM (antagonista de los receptores de mineralocorticoides), iSGLT2 (inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2), UIC (Unidad de Insuficiencia Cardiaca).