



1425 - RECUPERACIÓN DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA: ANÁLISIS DE SUBGRUPOS Y PREDICTORES CLÍNICOS TRAS OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA

Marc Medina Julio, Elizabeta Zaverkina, José Gregorio Burgos Tovar, Clara Ester Gallego Muñoz, Oriol Llargués Pou, Sienra Molina Alonso, Meritxell Mariné Guillem y Luis Simon Pascua

Medicina Interna, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa, España.

Resumen

Objetivos: Evaluar la recuperación de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr) tras la optimización del tratamiento médico (TMO), e identificar predictores clínicos asociados a una mejor respuesta estructural.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal con seguimiento a dos años. Se incluyeron 114 pacientes con diagnóstico de IC-FEr (FEVI \leq 40%) desde 2022 en una unidad especializada. Todos contaban con ecocardiograma basal y de seguimiento. Se analizaron variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas, comparando a los pacientes con y sin recuperación de FEVI (definida como aumento a \geq 40%).

Resultados: La edad media fue de $69,6 \pm 12,1$ años, con una FEVI basal media del 31,4%. Las etiologías más frecuentes fueron: isquémica (41,2%), taquimiocardiopatía (18,4%) y tóxica (16,7%). La mayoría (63,2%) presentaba insuficiencia cardíaca de debut al inicio seguimiento. El índice de Charlson ajustado por edad fue de 7,1. Las comorbilidades más prevalentes fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus (62,3%), dislipemia (60,5%) y cardiopatía isquémica (39,5%). Al inicio, la mayoría presentaba clase funcional NYHA II (64,9%). Tras la TMO, se observó una mejora significativa de la función ventricular con un aumento medio de 13,6 puntos en la FEVI (media final: 45,0%). El 56,1% de los pacientes ($n = 64$) alcanzó recuperación de la FEVI. También mejoraron otros parámetros clínicos: reducción de la clase funcional NYHA (de 1,8 a 1,5), disminución de la frecuencia cardíaca (de 73,5 a 65,0 lpm) y mejora de la presión arterial sistólica y diastólica. En los análisis de laboratorio, se observaron mejoras en hemoglobina, saturación de transferrina y NT-proBNP. El análisis de subgrupos mostró que los pacientes con recuperación de FEVI tenían menor carga comórbida (índice de Charlson 6,5 vs. 7,0; $p = 0,0393$), lo que sugiere que un menor número de comorbilidades favorece el remodelado cardíaco. También presentaban mejor clase funcional basal (NYHA 1,7 vs. 1,9; $p = 0,0092$), indicando que una menor limitación funcional se asocia a mayor capacidad de recuperación. Asimismo, un QRS más corto (109,7 vs. 124 ms; $p = 0,0417$) se relacionó con mejor recuperación, sugiriendo que la disincronía ventricular influye en la respuesta estructural. Aunque se observó una mayor prevalencia de diabetes en el grupo sin recuperación, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,10$), por lo que no se consideró un factor determinante.

Conclusiones: La recuperación de la función sistólica en IC-FEr tras TMO depende tanto del tratamiento como de factores clínicos previos. Una menor carga comórbida, mejor estado funcional basal y menor duración del QRS se asocian a mayor probabilidad de recuperación. Identificar estos factores permite

anticipar la respuesta terapéutica y optimizar el manejo clínico.