
Edward Andrés Cáceres Mendez, MD, (a)MSc¹
Juan Karlo Urrea Zapata, MD*

“Falla cardiaca con fracción de eyección recuperada: una entidad creciente y cuidado con suspender los tratamientos”

HEART FAILURE WITH RECOVERED EJECTION FRACTION: CLINICAL DESCRIPTION, BIOMARKERS, AND OUTCOMES

Basuray A, French B, Ky B, Vorovich E, Olt C, Sweitzer N, Cappola T, Fang J. Heart Failure With Recovered Ejection Fraction: Clinical Description, Biomarkers, and Outcomes. *Circulation*. 2014;129:2380-2387

El estudio Penn Heart Failure, es un estudio de cohorte prospectivo que buscaba identificar fenotípicamente al grupo de pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) que tuvieron en algún momento $FE < 50\%$ y que posteriormente llegaban a $FE \geq 50\%$ describiendo su patrón clínico, biológico y pronóstico comparado con aquellos con FEVI comprometida y preservada. Durante un periodo de seguimiento comprendido entre los años 2.003 al 2.012 en 3 centros de investigación en falla cardíaca en los Estados Unidos (U. Pennsylvania - Cleveland - Wisconsin) con un total de 2.136 pacientes, se incluyeron 1.821 con ecocardiograma transtorácico previo, categorizando los grupos en Falla cardíaca con FEVI reducida ($< 50\%$) y FEVI preservada ($> 50\%$), una vez en el grupo de FEVI preservada, se buscaba un ECO previo que mostrara una FEVI $< 50\%$ estableciéndose como el grupo de FEVI recuperada, quedando distribuidos los grupos así: FEVI Reducida (n=1523 FE promedio=27%), FEVI preservada (n=122 FE promedio 62%) y por último el grupo de FEVI recuperada (n=176 y FE=57%). Dentro del seguimiento biológico se obtuvo troponina I, BNP (péptido natriurético tipo B), PCR (proteína C Reactiva), ácido úrico, creatinina, PIGF (Placental growth factor-1), sFlt-1 (Sol Formas similares al receptor de tirosine kinasa) y mieloperoxidasa. El análisis estadístico se realizó a partir de la naturaleza de las variables, en comparaciones múltiples, utilizando las pruebas ANOVA, Kruskal Wallis, Fisher y regresión de cox para los análisis de mortalidad. Se observó que las variables troponina, BNP, sFlt1, ácido úrico fueron menores en el grupo de FE recuperada sin diferencia en el PIGF, PCR y mieloperoxidasa en ninguno de los grupos. 30% del grupo de FEVI recuperada presentaba BNP > 135 pg/ml sugiriendo actividad neurohormonal, 47% con ácido úrico entre 2.6-6 mg/dL sugiriendo estrés oxidativo y 44% con troponina detectable. En cuanto a términos de pronóstico, se observó según las curvas de Kaplan Meier, que para la probabilidad de muerte, trasplante y/o requerimiento de dispositivos de asistencia ventricular en un seguimiento cercano a 8 años la probabilidad en el grupo de FEVI reducida es cercana a 0.5 mientras que el grupo de preservada en 0.3 y el grupo de recuperada parece estar sobre 0.1, sugiriendo claramente un HR sin ajustar el modelo, según estos dos grupos de 2.3 (1.2 - 4.5) (Preservada vs Recuperada) y en el grupo de (reducida vs Recuperada) HR: 4.1 (2.4- 6.8) sugiriendo una clara diferencia entre estos grupos, clínica y estadísticamente relevante. En el modelo de Kaplan Meier, tomando como desenlace la hospitalización por causas cardiovasculares, se evidencia que en el grupo de

comparación (Preservada vs recuperada) no existían diferencias en términos de HR, sin ajustar y ajustando el modelo y en el grupo de FEVI reducida vs recuperada es claro que persiste existiendo una gran diferencia clínica y estadísticamente relevante con HR de 2.0 (1.5 - 2.7). Concluyen los autores que el nuevo grupo de FEVI recuperada, parece tener mucho menores comorbilidades y enfermedades superpuestas, y con evidencia que aún después de recuperar la FEVI, los mecanismos fisiopatológicos persisten claramente activos deteriorando el pronóstico, alejándolo del paciente normal, un por esto se debe considerar como una entidad clínica relevante.

Con las falencias propias de un estudio descriptivo, el interés del grupo en mostrar esta entidad clínica diferenciada, genera una gran expectativa en los diferentes grupos de falla cardíaca para no minimizar la recuperación de la FEVI e incluso desescalonar el manejo farmacológico, descuidando el tratamiento estricto y aún, remitiendo estos pacientes al cuidado primario.

Referencia:

<http://doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.006855>

Copyright © 2014 American Heart Association, Inc. All rights reserved.

¹: Residente Medicina Interna, Pontificia Universidad Javeriana, aspirante Maestría Epidemiología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.