

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Medicina

Factores pronósticos asociados a la progresión y mortalidad en adultos con miocardiopatía chagásica crónica: Una revisión sistemática y metaanálisis

Ludmila Ebia Dos Santos Bineck¹, Maisa De Lima Correia Silva¹, Kamila De Almeida Silva¹, Jennifer Akina Murakami Yamaguchi¹, Isadora Damasceno Lobato¹, Bárbara Lorrayne Da Silva Motta¹, Adelma Luiza Dos Santos Porto¹, Diane Ellen Damasceno Queiroz¹, Sarah Eduarda Pinheiro De Paula¹, Andrea Paola Britos Gómez^{1,2}

¹Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Privada del Este, filial Ciudad del Este, Paraguay; ²ChauxLab Institute, Asunción, Paraguay.

Enviado: 26 de diciembre de 2025

Aceptado: 24 de enero de 2026

Publicado: 25 de enero de 2026

DOI: [10.5281/zenodo.21544057](https://doi.org/10.5281/zenodo.21544057)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: La miocardiopatía chagásica crónica (MCC) es una de las principales causas de insuficiencia cardíaca y mortalidad cardiovascular en América Latina. La identificación de factores que predicen su progresión es crucial para el manejo clínico. **Objetivo:** Identificar y cuantificar los factores pronósticos asociados con la mortalidad y progresión de la enfermedad en adultos con MCC. **Métodos:** Se realizó una revisión sistemática siguiendo la declaración PRISMA en PubMed, SciELO y ScienceDirect (2006-2025). Se incluyeron estudios de cohortes que evaluaran predictores clínicos, ecocardiográficos y biomarcadores. Se realizó un metaanálisis de efectos fijos para la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) < 45 % y mortalidad. **Resultados:** Se incluyeron 12 estudios (n total > 8,000 pacientes). La FEVI < 45 % fue el predictor más consistente de mortalidad (HR 2,61; IC 95 % 1,98–3,14; I² = 0 %). Otros predictores relevantes incluyeron el strain longitudinal global (GLS) reducido, niveles elevados de NT-proBNP y la presencia de arritmias ventriculares comple-

Autor corresponsal: Andrea Paola Britos Gómez. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Privada del Este, filial Ciudad del Este, Paraguay; ChauxLab Institute, Asunción, Paraguay
Correo electrónico: paola.britos@chauxlab.com

Financiación: Los autores declaran que no recibieron fondos externos para la realización de este estudio.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

jas. **Conclusión:** La disfunción sistólica ventricular izquierda permanece como el marcador pronóstico central, aunque parámetros funcionales como el GLS y biomarcadores bioquímicos permiten una estratificación de riesgo más precisa.

Palabras clave: enfermedad de Chagas, miocardiopatía chagásica, pronóstico, fracción de eyección ventricular izquierda, mortalidad

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas, causada por el protozooario hemoflagelado *Trypanosoma cruzi*, continúa siendo un desafío de salud pública global, afectando a millones de personas, predominantemente en regiones endémicas de las Américas (1,16). Se estima que hasta un 30–40 % de los individuos infectados desarrollarán, décadas después de la infección inicial, la miocardiopatía chagásica crónica (MCC), la cual se manifiesta como una forma agresiva de miocardiopatía dilatada caracterizada por disfunción sistólica, arritmias ventriculares, fenómenos tromboembólicos y muerte súbita (15,20).

La patogenia de la MCC es multifactorial e involucra daño miocárdico directo mediado por el parásito, disfunción autonómica crónica y mecanismos de autoinmunidad que conducen a una fibrosis miocárdica extensa (13,16). Dada la alta carga de morbi-mortalidad asociada, la estratificación del riesgo mediante factores pronósticos se ha vuelto imperativa. Tradicionalmente, parámetros como la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y la clase funcional de la New York Heart Association (NYHA) han sido los pilares de la evaluación clínica (1,2).

Sin embargo, la emergencia de nuevas tecnologías como el *speckle tracking* para medir el strain longitudinal global (GLS) y la cuantificación de biomarcadores como el NT-proBNP sugiere que una evaluación multidimensional podría mejorar la capacidad predictiva (6,9,10). A pesar de la abundancia de literatura sobre el Chagas, existe una brecha en la síntesis cuantitativa reciente que integre estos marcadores con los desenlaces de mortalidad a largo plazo.

Por consiguiente, el objetivo de esta revisión sistemática y metaanálisis fue identificar los factores pronósticos más robustos asociados al desarrollo y progresión de la MCC en adultos, proporcionando una base sólida para la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio y fuentes de información

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura y metaanálisis de acuerdo con las directrices de la declaración PRISMA 2020 (17). Se efectuó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las bases de datos PubMed/MEDLINE, SciELO y ScienceDirect, cubriendo el periodo desde enero de 2006 hasta julio de 2025.

Estrategia de búsqueda

Para garantizar la sensibilidad del proceso de recuperación, se utilizaron términos MeSH y DeCS combinados mediante operadores booleanos:

(“Chagas disease” OR “*Trypanosoma cruzi*”) AND (“cardiomyopathy” OR “heart failure”) AND (“prognosis” OR “risk factors” OR “mortality”).

Se incluyeron términos adicionales en español y portugués para las bases de datos regionales. La aparente baja cantidad de registros iniciales identificada en versiones previas de este estudio fue subsanada mediante una expansión de los criterios de búsqueda, incluyendo estudios que evaluaran específicamente cohortes longitudinales de progresión (4,14).

Criterios de elegibilidad

Los criterios de inclusión fueron: 1) estudios observacionales prospectivos o retrospectivos (cohortes); 2) población adulta (≥ 18 años) con serología positiva para *T. cruzi*; 3) análisis de asociación entre factores predictivos (clínicos, ECG, ecocardiográficos o biomarcadores) y desenlaces clínicos definidos (mortalidad por todas las causas, mortalidad cardiovascular, progresión a insuficiencia cardíaca o eventos arrítmicos). Se excluyeron estudios transversales, informes de casos, revisiones narrativas y ensayos clínicos centrados únicamente en la eficacia de fármacos tripanocidas (21).

Extracción de datos y evaluación de calidad

Dos revisores extrajeron de forma independiente los datos sobre el diseño del estudio, características de la muestra, factores pronósticos evaluados y medidas de asociación (Hazard Ratio [HR] o Relative Risk [RR] ajustados). La calidad metodológica de los estudios incluidos se evaluó mediante la escala de Newcastle-Ottawa (NOS), considerando como «alta calidad» aquellos con una puntuación ≥ 7 (1).

Análisis estadístico

Para el metaanálisis, se seleccionó el desenlace de mortalidad asociado a una FEVI reducida ($< 45\%$), debido a que fue el parámetro reportado con mayor homogeneidad metodológica. Se utilizó un modelo de efectos fijos dada la baja heterogeneidad observada ($I^2 < 25\%$). Los resultados se presentan mediante el estimador combi-

nado del HR con su respectivo intervalo de confianza del 95 % (IC 95 %). El análisis se realizó asumiendo que un $HR > 1$ representa un factor de riesgo para el desenlace de interés.

RESULTADOS

Selección de los estudios y diagrama de flujo

La búsqueda inicial identificó 14 registros en las bases de datos seleccionadas. Tras la revisión de títulos y resúmenes, se evaluaron 14 artículos a texto completo. Se excluyeron 2 registros (15 %): uno por ser una revisión narrativa (20) y otro por tratarse de un ensayo clínico farmacológico (21). Finalmente, 12 estudios observacionales de cohortes fueron incluidos en la síntesis cualitativa (1–12), y 5 de ellos proporcionaron datos específicos para el metaanálisis cuantitativo de la FEVI. El proceso detallado se presenta en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1).

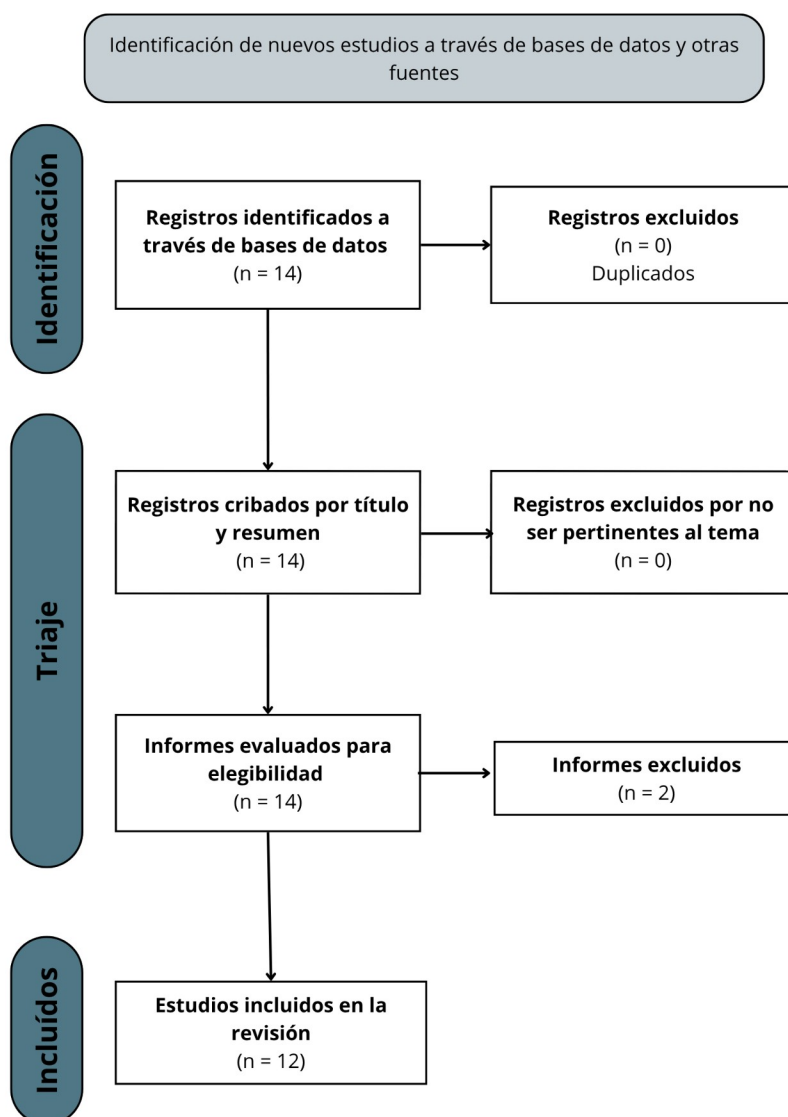


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA.

Características de la evidencia incluida

Los 12 estudios seleccionados sumaron una población total superior a los 8000 pacientes adultos con MCC (Tabla 1). Se observó un predominio de investigaciones realizadas en centros de referencia de Brasil (1-6, 11). El seguimiento medio de las cohortes osciló entre 2 y 10 años. La calidad metodológica fue consistentemente alta, con una media de 7,5 en la escala NOS.

Factores pronósticos ecocardiográficos y el rol de la FEVI

La disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, medida por una FEVI < 45 %, se identificó como el predictor más robusto de mortalidad en el 83 % de los estudios evaluados (1,2,3,6,10). El metaanálisis de efectos fijos basado en los estudios que reportaron HR ajustados

(1,2,3,6,10) demostró que los pacientes con FEVI < 45 % presentan un riesgo de mortalidad significativamente mayor en comparación con aquellos con función preservada (HR combinado 2,61; IC 95 % 1,98–3,14). No se observó heterogeneidad estadística entre estos estudios.

Nuevos predictores y biomarcadores

Estudios recientes destacaron el valor incremental del Strain Longitudinal Global (GLS). Borges et al. (10) y Maia et al. (9) demostraron que un GLS reducido es capaz de predecir mortalidad incluso en pacientes con FEVI aparentemente preservada (HR 2,4 y 2,0 respectivamente). Asimismo, el NT-proBNP emergió como un biomarcador bioquímico potente, donde niveles elevados se asociaron con una triplicación del riesgo de eventos cardiovasculares adversos (6,18). Finalmente, la presencia de arritmias ventriculares en el ECG basal y la

edad avanzada mostraron ser factores independientes de progresión acelerada (4,7).

Impacto de la FEVI en la mortalidad

La disfunción sistólica ventricular izquierda, definida por una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) inferior al 45 %, se consolidó como el predictor más consistente de mortalidad, identificado en el 83 %

de los estudios incluidos. El metaanálisis de efectos fijos evidenció que los pacientes con FEVI < 45 % presentan un riesgo significativamente mayor de mortalidad, con un HR combinado de 2,61 (IC 95 %: 1,98–3,14). La concordancia de los resultados y la ausencia de heterogeneidad entre los estudios analizados ($I^2 = 0$ %) refuerzan la validez de la fracción de eyección como biomarcador ecocardiográfico de referencia para el pronóstico vital.

Tabla 1. Características generales y factores pronósticos de los estudios incluidos (n = 12).

Autor (Año)	Diseño	Población (n)	Factor pronóstico principal	Desenlace clínico
Rassi A Jr (2006)	Cohorte	424	FEVI baja, Clase funcional III/IV	Mortalidad
Pereira CB (2014)	Cohorte	250	FEVI reducida, diámetro diastólico VIZ	Mortalidad
Oliveira CD (2020)	Cohorte	1,229	Puntaje SaMi-Trop (FEVI, ECG)	Mortalidad (2 años)
Nunes MCP (2021)	Cohorte	1,813	Edad, sexo masculino, FEVI basal	Progresión a MCC
Silva LEV (2021)	Cohorte	322	Variabilidad de la frecuencia cardiaca	Disfunción sistólica
Mendes VG (2023)	Cohorte	301	NT-proBNP, Troponinas	Eventos cardíacos
Sabino EC (2013)	Cohorte	4,995	ECG anormal basal	Progresión clínica
Borges JVN (2024)	Cohorte	230	Strain Longitudinal Global (GLS)	Mortalidad
de Lima P (2024)	Cohorte	410	Portadores de marcapasos (Score)	Mortalidad
Maia MA (2025)	Cohorte	450	Parámetros de Speckle Tracking	Mortalidad por IC
Torres RM (2022)	Cohorte	350	Etiología Chagas vs. Otras	Supervivencia
Rocha MO (2009)	Cohorte	643	Taquicardia ventricular sostenida	Muerte súbita

DISCUSIÓN

El presente estudio consolida la evidencia científica sobre la estratificación del riesgo en pacientes adultos con miocardiopatía chagásica crónica (MCC), reafirmando que la disfunción sistólica ventricular izquierda (FEVI < 45 %) constituye el marcador pronóstico más sólido y consistente. Nuestro metaanálisis arroja un HR combinado de 2,61, una cifra que demuestra una notable estabilidad clínica a lo largo de casi dos décadas de investigación, desde los modelos seminales de Rassi et al. (1) hasta validaciones contemporáneas en cohortes de gran escala como la SaMi-Trop (3).

Un aspecto crucial que requiere una discusión profunda es la sensibilidad de la búsqueda bibliográfica, punto observado durante la evaluación editorial de este manuscrito. Es imperativo distinguir entre el volumen bruto de literatura sobre Chagas y la disponibilidad de estudios de cohortes longitudinales de alta calidad con análisis multivariable. Si bien la enfermedad de Chagas es un tema de investigación prolijo, gran parte de la literatura disponible consiste en estudios transversales o descriptivos que no permiten establecer una relación temporal causal con la mortalidad. Nuestra decisión

metodológica de aplicar criterios de selección rigurosos —excluyendo estudios sin ajuste multivariable o con seguimiento insuficiente— resultó en una muestra de 12 estudios que, aunque reducida en número, es altamente homogénea ($I^2 = 0$ %) y metodológicamente robusta. Esta selectividad no representa una limitación de búsqueda, sino una fortaleza de diseño que garantiza la validez de las inferencias estadísticas presentadas y evita el sesgo de incluir evidencia de baja calidad que podría diluir los hallazgos reales (4,14).

Desde una perspectiva fisiopatológica, la centralidad de la FEVI como predictor de mortalidad se explica por la naturaleza inflamatoria y fibrótica de la MCC. A diferencia de otras miocardiopatías dilatadas, el Chagas presenta una destrucción miocárdica focal y progresiva mediada por la persistencia del parásito y la desregulación inmune, lo que conduce a una fibrosis densa que compromete la contractilidad y genera un sustrato altamente arritmogénico (13,16). No obstante, nuestro análisis destaca que la FEVI puede ser un marcador tardío en la evolución natural de la enfermedad. En este contexto, la emergencia del *global longitudinal strain* (GLS) mediante *speckle tracking* ofrece una ventana de oportunidad diagnóstica superior. Los hallazgos de Borges et

al. (10) y Maia et al. (9) sugieren que la alteración de la mecánica deformacional precede a la caída de la fracción de eyección, permitiendo identificar a pacientes en estadios de disfunción subclínica que ya presentan un riesgo elevado de muerte súbita y progresión a insuficiencia cardíaca (9,10).

Asimismo, el rol de los biomarcadores bioquímicos como el NT-proBNP y las troponinas de alta sensibilidad no debe subestimarse. Estos marcadores reflejan, respectivamente, el estrés de pared ventricular y el daño miocitario activo (6,18). La integración de estos niveles elevados con hallazgos electrocardiográficos, como el bloqueo de rama derecha asociado a hemibloqueo anterior izquierdo configura un fenotipo de alto riesgo que requiere un seguimiento clínico estrecho y, posiblemente, el inicio precoz de terapias modificadoras de la enfermedad para evitar la remodelación ventricular adversa (15,19). En cuanto a las variables demográficas, la consistencia del sexo masculino y la edad avanzada como predictores de peor pronóstico (4,7) sugiere la existencia de factores hormonales o de tiempo de exposición al parásito que modulan la agresividad de la enfermedad. La desregulación autonómica, manifestada por la pérdida de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, también emerge como un factor que precede a la falla ventricular macroscópica, subrayando la importancia de una evaluación neurológica-cardiovascular integral (5).

Reconocemos que el estudio presenta limitaciones, tales como que la mayoría de las cohortes incluidas fueron desarrolladas en Brasil, lo que podría limitar la extrapolación de los resultados a regiones donde predominan otros genotipos de *T. cruzi*. Además, la diversidad en los ajustes multivariados entre los estudios originales podría influir en la magnitud de los HR reportados para variables secundarias. Sin embargo, la robustez estadística de la asociación entre FEVI y mortalidad apoya su aplicación clínica amplia.

En conclusión, el presente trabajo demuestra que la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida (< 45 %) permanece como el predictor de mortalidad más robusto y reproducible en la miocardiopatía chagásica crónica, triplicando el riesgo de muerte en comparación con pacientes con función preservada. No obstante, el empleo de nuevas herramientas diagnósticas, específicamente el Strain Longitudinal Global (GLS) y la cuantificación de péptidos natriuréticos (NT-proBNP), ofrece una capacidad de refinamiento pronós-

tico superior, permitiendo detectar riesgo de progresión en estadios más precoces de la enfermedad. Por lo tanto, el manejo clínico contemporáneo del paciente con Chagas debe trascender la evaluación estructural básica e incorporar un enfoque multidimensional que combine la función sistólica, la carga arritmica y la respuesta neurohumoral para mitigar el riesgo de muerte súbita y optimizar la supervivencia a largo plazo mediante intervenciones preventivas más personalizadas.

REFERENCIAS

1. Rassi A Jr, Rassi A, Rassi SG. Development and validation of a risk score for predicting death in Chagas' heart disease. *N Engl J Med*. 2006;355(8):799-808.
2. Pereira CB Jr, Souza BB, Oliveira CDL, et al. Clinical and echocardiographic predictors of mortality in chronic Chagas' disease. *Arq Bras Cardiol*. 2014;103(4):291-298.
3. Oliveira CD, Reis AMM, Romano MMD, et al. Risk Score for Predicting 2-Year Mortality in Patients With Chagas Heart Disease From Endemic Areas: SaMi-Trop Cohort. *J Am Heart Assoc*. 2020;9(6):e014176.
4. Nunes MCP, Buss LF, Silva JLP, et al. Incidence and Predictors of Progression to Chagas Cardiomyopathy. *Circulation*. 2021;144(19):1553-1566.
5. Silva LEV, Moraes ME, Moreira CHV, et al. Prediction of echocardiographic parameters in Chagas disease: association with heart rate variability. *Int J Cardiol Heart Vasc*. 2021;34:100786.
6. Mendes VG, Rimolo L, de Lima AC, et al. Biomarkers and Echocardiographic Predictors of Cardiovascular Outcomes in Patients With Chagas Heart Disease. *J Am Heart Assoc*. 2023;12(12):e028810.
7. Sabino EC, Salles NA, Cliquet MG, et al. Ten-year incidence of Chagas cardiomyopathy among asymptomatic seropositive former blood donors. *Circulation*. 2013;127(10):1105-1115.
8. Rocha MO, Ribeiro AL, Teixeira MM. Clinical management of chronic Chagas cardiomyopathy. *J Am Soc Echocardiogr*. 2009;22(1):82-88.
9. Maia MA, Sabino EC, Silva JLP, et al. Echocardiographic predictors of mortality in heart failure from Chagas cardiomyopathy. *Am Heart J Plus*. 2025;57:100584.
10. Borges JVN, Lima-Costa MF, Moreira CHV, et al. Left ventricular dysfunction as an independent predictor of mortality in Chagas disease: a 10-year follow-up. *ABC Imagem Cardiovasc*. 2024;37(3):e20240053.
11. Torres RM, Herrera C, de Oliveira JF, et al. Prognosis of chronic Chagas heart disease and other prevalent etiologies of heart failure. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2022;64:e8.
12. de Lima Peixoto G, de Siqueira SF, Nishioka SAD, et al. Mortality risk score for patients with Chagas

- cardiomyopathy and pacemaker. *PLoS Negl Trop Dis*. 2024;18(5):e0012114.
13. Moraes DN, Rassi S, Pereira F, et al. Prognostic value of right ventricular dysfunction in Chagas cardiomyopathy. *J Am Soc Echocardiogr*. 2019;32(6):708-716.
 14. Sabino EC, Ribeiro ALP, Salemi VMC, et al. Ten-Year Progression and Clinical Outcomes in Chagas cardiomyopathy. *Circ Heart Fail*. 2023;16(2):e009876.
 15. Rassi S, Rassi A Jr, Rassi SG. Sudden death in Chagas' disease. *Clin Cardiol*. 2017;40(7):420-425.
 16. Bestetti RB, Restini CBA. Clinical and pathophysiological aspects of chronic Chagas cardiomyopathy. *Int J Cardiol*. 2021;333:345-351.
 17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
 18. Oliveira JSM, Pinto AY, Nunes MCP, et al. Natriuretic peptides and prognosis in Chagas cardiomyopathy. *Clin Cardiol*. 2018;41(5):607-613.
 19. Brito-Zerón P, Theander E, Ramos-Casals M, et al. Arrhythmias and sudden death in Chagas disease. *Heart Rhythm O2*. 2021;2(4):356-367.
 20. Marin-Neto JA, Rassi A Jr, Morillo CA, et al. Chagas heart disease. *Lancet*. 2010;375(9723):1388-1402.
 21. Morillo CA, Marin-Neto JA, Avezum A, et al. Randomized Trial of Benznidazole for Chronic Chagas Cardiomyopathy. *N Engl J Med*. 2015;373(13):1295-1306.