



5015-8. FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN EL ADULTO CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA CIANÓTICA

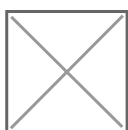
José Abellán Huerta¹, Raquel López Vilella², Josep Melero Ferrer², Francisco Buendía Fuentes³, María Rodríguez Serrano⁴, Ana Osa Sáez², Joaquín Rueda Soriano² y Luis Martínez Dolz² del ¹Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia), ²Servicio de Cardiología del Hospital Universitario La Fe, Valencia, ³Servicio de Cardiología del Hospital Arnau de Vilanova, Valencia y ⁴Hospital de Manises (Valencia).

Resumen

Introducción y objetivos: El manejo del paciente con cardiopatía congénita cianótica (CCC) continúa representando un reto para el clínico. La identificación de factores de riesgo que se asocien a un peor pronóstico es de vital importancia. Nuestro objetivo es identificar variables que se asocien a un peor pronóstico en los pacientes con CCC controlados en una unidad de cardiopatías congénitas del adulto (UCCA).

Métodos: Estudio observacional y longitudinal realizado en pacientes con CCC controlados en una UCCA desde el 2008. Se analizaron variables demográficas, anatómicas, fisiopatológicas y analíticas presentes en la primera visita a la UCCA y otras variables durante el seguimiento (necesidad de anticoagulación, flebotomías, infecciones e ingresos hospitalarios). Realizamos un análisis univariante mediante χ^2 para comparar proporciones (o test exacto de Fisher si fue necesario) y t de Student para variables cuantitativas. Se realizó análisis de supervivencia mediante curva de Kaplan-Meier con análisis univariado (test de *log-rank*) y multivariado (modelo de regresión de Cox).

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes con CCC, con edad media $40,3 \pm 14,7$. Fueron varones el 44,1%. Presentaron hipertensión pulmonar (HP) el 72,1%. El 33,8% presentó fibrilación auricular (FA) o *flutter*. Se registraron 17 *exitus* (25%). En la tabla se muestran las variables analizadas en función de la presencia de *exitus* durante el seguimiento. Se asociaron a una mayor mortalidad: una peor clase funcional ($p = 0,001$) (fig.), una saturación de oxígeno baja (percentil 25) ($p = 0,013$), un filtrado glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1,73 m² ($p = 0,001$), tratamiento con anticoagulación oral ($p = 0,023$) y la necesidad de ingreso hospitalario en algún momento ($p = 0,014$). En el análisis multivariado, el FG patológico ($p = 0,026$), la anticoagulación ($p = 0,023$) y la clase funcional ($p = 0,048$) se mostraron como predictores independientes de mortalidad.



Análisis de supervivencia según la clase funcional.

Variables analizadas en función de la mortalidad durante seguimiento				
Variable	Total	No <i>exitus</i>	<i>Exitus</i>	Valor de p
Edad	40,3 ± 14,7	39 ± 15	44 ± 13,4	0,228
Género masculino	30 (44,1)	24 (47,1)	6 (35,3)	0,398
HP	49 (72,1)	35 (68,6)	14 (82,4)	0,359
FA o <i>Flutter</i>	23 (33,8)	15 (29,4)	8 (47,1)	0,183
SatO ₂ basal	81,7 ± 5,9	82,4 ± 5,7	79,4 ± 6,3	0,066
CF I	8 (11,8)	8 (15,7)	0 (0)	0,186
CF II	41 (60,3)	31 (60,8)	10 (58,8)	0,886
CF III	16 (23,5)	12 (23,5)	4 (23,5)	1
CF IV	3 (4,4)	0 (0)	3 (17,6)	0,014
FG medio (ml/min/1,73 m ²)	97,6 ± 46,5	108,9 ± 44	64,2 ± 37,4	0,001
Hb (g/dL)	18,1 ± 3	18,1 ± 2,9	18,2 ± 3,3	0,889
Fe sérico	78,7 ± 46,8			
ACO	24 (35,5)	14 (27,5)	10 (58,8)	0,019
Infecciones	18 (26,5)	12 (23,5)	6 (37,5)	0,129
Flebotomía	14 (20,6)	10 (19,6)	4 (23,5)	0,737
Ingresos hospitalarios	40 (58,8)	26 (51)	14 (82,4)	0,026

Los datos expresan n (%); media $\pm$ desviación estándar. ACO: anticoagulación oral; CF: clase funcional; FA: fibrilación auricular; Fe: hierro; FG: filtrado glomerular; HP: hipertensión pulmonar; SatO₂: saturación de oxígeno.

Conclusiones: En nuestro trabajo, un FG patológico y una peor clase funcional ya en la primera visita, así como el tratamiento con anticoagulación oral fueron predictores independientes de mortalidad en adultos con CCC. Sin embargo, la supervivencia de pacientes con CCC y clase funcional II y III no fue diferente.