



5032-5. PRONÓSTICO A LARGO PLAZO EN MIOCARDIOPATÍA DILATADA ISQUÉMICA

Isabel Ruiz-Zamora¹, Carmen Jurado-Canca², Jorge Rodríguez-Capitán³, Luis Morcillo-Hidalgo³, Isabel Rodríguez-Bailón³, Juan José Gómez-Doblas³, Eduardo de Teresa Galván³ y José Manuel García-Pinilla³ de la ¹Fundación Hospital Calahorra (La Rioja), ²Hospital Quirón Marbella (Málaga) y ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción y objetivos: El pronóstico en pacientes con MCD isquémica ha ido mejorando a lo largo de los años a medida que se han desarrollado nuevas opciones terapéuticas. Nuestro objetivo es conocer el pronóstico a largo plazo de los pacientes con MCD isquémica en el contexto clínico actual así como los factores que se relacionan con el mismo, con el fin de poder predecir el curso clínico de estos pacientes y optimizar así los recursos terapéuticos.

Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte de 120 pacientes ambulatorios con diagnóstico de MCD de origen isquémico. Se consideró que un paciente presentó un mal pronóstico cuando falleció, requirió Tx cardiaco o ingresó por descompensación de IC.

Resultados: Edad media $66,97 \pm 9,97$ años, sexo femenino 18,3%. Periodo medio de seguimiento $45,22 \pm 29,11$ meses. La incidencia de eventos mayores- muerte o Tx- fue del 32,5%. En cuanto a las descompensaciones de IC, el 30,0% de los pacientes ingresó al menos una vez; el 25,0% tuvo 2 o más reingresos y el 16,7% reingresó 3 veces o más. Si tenemos en cuenta el evento combinado -muerte, Tx u hospitalización- casi la mitad de los pacientes (47,1%) sufrió algún evento. Los factores que se relacionaron independientemente con un mal pronóstico fueron el GF de la NYHA avanzado al final del seguimiento (HR 31,25; IC95% 7,94-125,0; $p = 0,001$), la ausencia de revascularización completa (HR 5,45; IC95% 1,68-17,66; $p = 0,005$), la presencia de BRIHH (HR 3,19; IC95% 1,10-9,26, $p = 0,033$), la regurgitación mitral significativa basal (HR 8,94; IC95% 2,16-37,04; $p = 0,003$) y la toma de anticoagulantes orales (HR 3,19; IC95% 1,15-8,85; $p = 0,026$). El valor de p de χ^2 en el test de Hosmer-Lemeshow para este modelo fue 0,110, lo que verificó la correcta calibración del mismo. El área bajo la curva fue de 0,90 (IC95% 0,85-0,96; $p = 0,001$) lo que mostró una muy buena capacidad para discriminar a los pacientes con mal pronóstico.



Curva ROC para el modelo pronóstico (muerte, trasplante o ingreso por IC) en MCD isquémica.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes con MCD isquémica falleció o requirió trasplante mientras que casi la mitad de los pacientes sufrió al menos un evento durante el seguimiento. Los factores que se relacionaron de manera independiente con un mal pronóstico fueron un GF de la NYHA avanzado al final del seguimiento, la falta de revascularización completa, la presencia de BRIHH, la regurgitación mitral

significativa basal y toma de anticoagulantes orales.