



6051-421. ¿INFLUYE EL TIPO DE PRESENTACIÓN DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN EL PRONÓSTICO? ANÁLISIS DE TIEMPOS HASTA PRIMER INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA Y MORTALIDAD POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Juan Diego Martín Díaz, Jorge Perea Armijo, Nouha Vanessa Yacub Briceño, Manuel Cabello Terrón, Enrique Enrile Sánchez, Alberto Torres Zamudio, Nerea Cañas Aguayo, Lucas Barreiro Mesa, Álvaro Roldán Guerra, Cristina Urbanos Sánchez, Laura Velarde Morales, Juan Carlos Castillo Domínguez, Manuel Anguita Sánchez y José López Aguilera

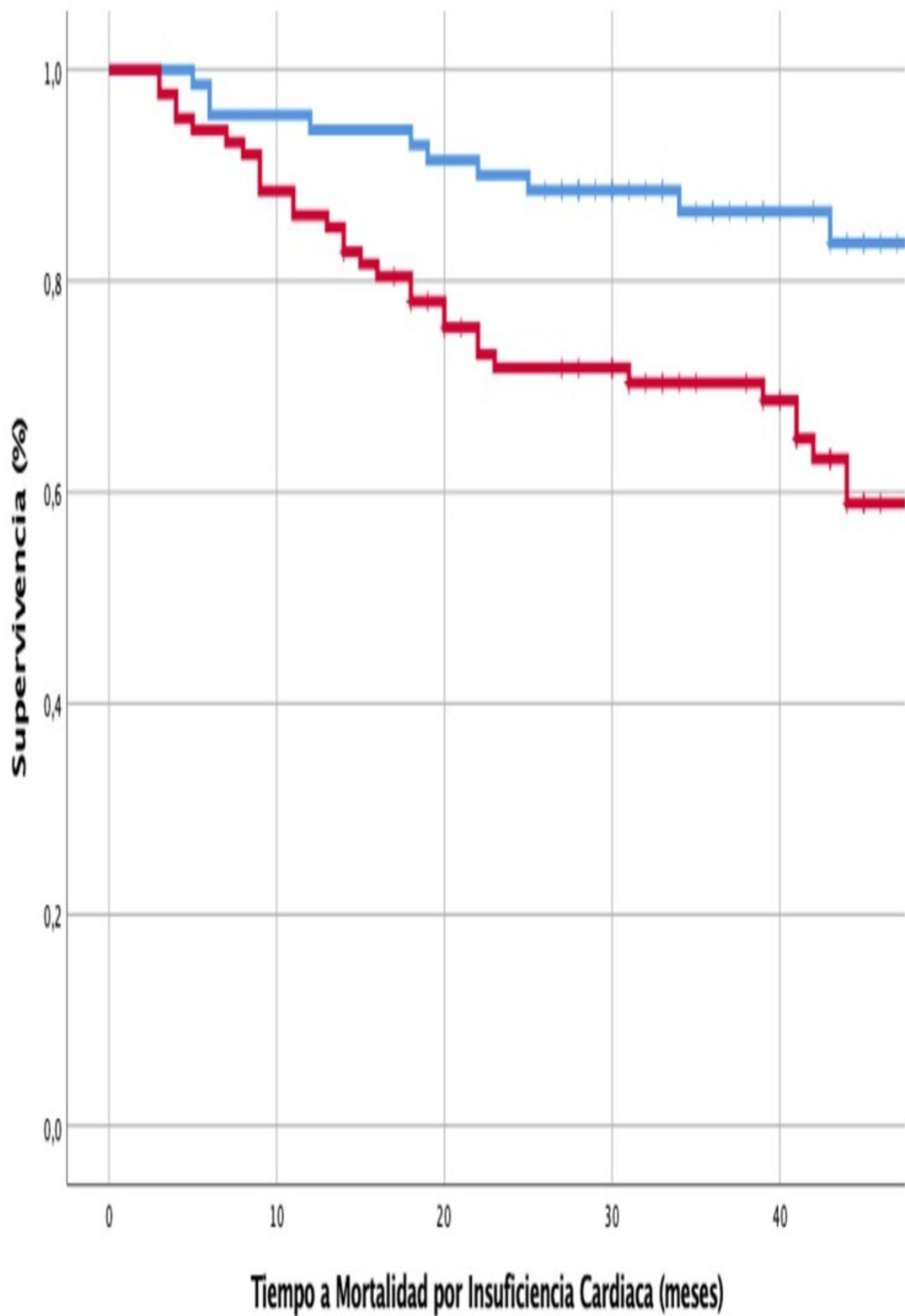
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las miocardiopatías con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida presentan múltiples etiologías. La presencia causal de isquemia coronaria crónica y síndromes coronarios agudos (SCA) en su historia natural podrían constituir un elemento pronóstico fundamental acelerando la mortalidad y primer reingreso por insuficiencia cardiaca frente a las miocardiopatías no isquémicas.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo longitudinal clasificando 357 pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) con FEVI reducida (< 40% por Simpson) en seguimiento en un hospital terciario entre 2017-2022 en 4 grupos etiológicos (no isquémico e isquémico crónico sin SCA, con SCASEST y SCACEST). Se identificaron tiempos en meses desde diagnóstico/revascularización hasta muerte/hospitalización por IC y se aplicaron test de contraste de hipótesis (*log rank*; Tukey) para su comparación.

Resultados: Se identificaron 200 disfunciones sistólicas no coronarias (33 con muerte final por IC; 16,50%), 70 FEVIr isquémicas sin SCA (13 muertes por IC; 18,57%) y 40 y 47 disfunciones sistólicas con desarrollo de SCASEST y SCACEST (15 y 18 muertes por IC para 37,50% y 38,29% respectivamente). Las FEVIr reducidas no isquémicas presentaron supervivencia media de 59,34 meses hasta muerte por insuficiencia cardiaca; frente a 56,11, 48,52 y 48,37 meses en subgrupos isquémicos sin SCA, con SCASEST y SCACEST respectivamente (*log rank* p = 0,001). El SCA se asoció a menor supervivencia media con respecto a ausencia de SCA en un subanálisis (Figura; *log rank* = p 0,012). Las miocardiopatías dilatadas no coronarias presentaron primer reingreso hospitalario por IC tras media de 48,72 meses frente a 41,75, 34,02 y 34,91 meses en subgrupos isquémicos sin SCA, con SCASEST y SCACEST (*log rank* p = 0,001).



Comparación curvas mortalidad por IC en miocardiopatía dilatada isquémica frente a no isquémica en un hospital de tercer nivel.

Conclusiones: Las miocardiopatías isquémicas con FEVI reducida presentarían menor supervivencia media hasta muerte por IC frente a disfunciones no isquémicas. La menor reserva contráctil por apoptosis miocardiocítica isquémica, los mayores TNF- α e IL-2 circulantes por isquemia tisular y la vasculopatía nefroangiosclerótica son posibles mecanismos causales. Los subgrupos con SCASEST y SCACEST presentaron similares supervivencias (sin diferencias significativas) en posible relación a revascularización precoz con angioplastia primaria con recuperación contráctil miocárdica y seguimiento clínico en unidades específicas (Lípidos, Rehabilitación cardiaca).