



4025-5. MORTALIDAD A LARGO PLAZO (HASTA 18 AÑOS) SEGÚN LA ETIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA AMBULATORIA

Giosafat Spitaleri, Germán Cediel Calderón, Evelyn Santiago-Vacas, Pau Codina Verdaguer, María del Mar Domingo Teixidor, Elisabet Zamora Serrallonga, Javier Santesmases Ejarque, Crisanto Díez Quevedo, Maribel Troya Saborido, María Boldó Alcaine, Salvador Altimir Losada, Nuria Alonso Pedrol, Ana Pulido Altamirano, Josep Lupón Rosés y Antonio Bayés Genís

Unidad de Insuficiencia Cardiaca, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La mortalidad en la IC cardiaca sigue siendo un desafío a pesar de la mejora de los resultados demostrada en pacientes con IC y fracción de eyección reducida, y puede verse influida por la etiología de la IC. El objetivo fue evaluar las diferencias en la mortalidad a largo plazo (hasta 18 años) en una cohorte de pacientes ambulatorios con IC según la etiología de la IC.

Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos atendidos en la Clínica de IC desde agosto-2001 a septiembre-2019. El seguimiento se cerró el 30.9.2020. La etiología de la IC se dividió en: cardiopatía isquémica (CI), miocardiopatía (MC) dilatada-incluida la MC no compactada-, MC hipertensiva, MC derivada del alcohol, MC por fármacos, valvulopatía, MC hipertrófica y otras. Este último grupo fue excluido debido a la gran heterogeneidad y al número limitado de pacientes en cada subtipo de etiología. La muerte cardiovascular y por todas las causas fueron los criterios de valoración principales. Se realizó una regresión de Cox, incluyendo el método de Fine & Gray para riesgos competitivos para el análisis de la mortalidad cardiovascular.

Resultados: Se incluyeron 2.387 pacientes (edad $66,5 \pm 12,5$ años, 71,3% varones, FEVI $35,4\% \pm 14,2$, principalmente en clase II [65,5%] y III [26,5%] de la NYHA) Durante un seguimiento máximo de 18 años (mediana de 5,3 años [IQR 2,6-9,7] para los supervivientes) se registraron 1317 muertes (731 por causa cardiovascular). La tabla muestra el análisis multivariable de regresión de Cox para muerte cardiovascular y por todas las causas. Considerando la etiología de la CI como referencia, casi todas las etiologías mostraron un riesgo de muerte cardiovascular significativamente menor que la CI. En cambio, para muerte por todas las causas, solo la MC dilatada mostró un riesgo significativamente menor de muerte por cualquier causa, mientras que la MC por fármacos mostró un riesgo mayor. La figura muestra las curvas de supervivencia ajustadas (A) y las curvas de incidencia ajustadas de muerte cardiovascular (B) basadas en la etiología de la IC.

Muerte por todas las causas

Muerte cardiovascular*

HR IC95% p

HR IC95% p

Edad	1,06	1,05-1,07	0,001	1,03	1,02-1,04	0,001
Sexo femenino	0,83	0,72-0,95	0,006	0,92	0,77-1,11	0,001
Duración de IC	1,05	1,03-1,07	0,001	1,08	1,05-1,12	0,40
NYHA III-IV	1,08	1,56-1,98	0,001	1,71	1,46-2,01	0,001
Diabetes	1,48	1,32-1,66	0,001	1,43	1,23-1,67	0,001
Anemia	1,46	1,29-1,65	0,001	1,16	0,99-1,35	0,07
Insuficiencia renal	1,24	1,09-1,40	0,001	1,15	0,97-1,36	0,11
EPOC	1,47	1,28-1,69	0,001	1,14	0,94-1,39	0,18
Arteriopatía periférica	1,53	1,32-1,76	0,001	1,40	1,15-1,71	0,001
Etiología						
CI	1			1		
MC dilatada	0,68	0,56-0,83	0,001	0,54	0,42-0,70	0,001
MC hipertensiva	0,96	0,80-1,16	0,68	0,78	0,61-1,00	0,05
MC derivada del alcohol	0,93	0,67-1,28	0,65	0,59	0,37-0,94	0,03
MC por fármacos	1,47	1,02-2,11	0,04	0,42	0,22-0,83	0,01
MC por valvulopatía	1,08	0,89-1,30	0,44	0,87	0,68-1,12	0,29
MC hipertrófica	0,75	0,40-1,41	0,37	0,40	0,18-0,90	0,03



Conclusiones: Tras ajustar por múltiples factores pronósticos entre las etiologías de IC estudiadas, la MC dilatada y la MC por fármacos mostraron el menor y el mayor riesgo de muerte por cualquier causa, respectivamente. Los pacientes con CI mostraron el mayor riesgo de muerte cardiovascular.