



6104-14. IMPACTO PRONÓSTICO DEL SCORE NUTRICIONAL CONUT EN INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA REDUCIDA

Jorge Perea Armijo, Laura Velarde Morales, José López Aguilera, Manuel Crespín Crespín y Manuel Anguita Sánchez

Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El *score* nutricional CONUT valora el estado de desnutrición y se ha observado que puntuaciones elevadas asocian mayor riesgo de mortalidad e infección hospitalaria en pacientes con ingreso por insuficiencia cardiaca (IC) aguda. Sin embargo, hay escasa información en el seguimiento a medio-largo plazo en pacientes con IC con fracción de eyección reducida (IC-FEr). Nuestro objetivo principal fue analizar el perfil clínico diferencial según el *score* CONUT, así como su pronóstico a medio-largo plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con IC-FEr que fueron clasificados basalmente según la clasificación del *score* nutricional CONUT: Grupo 1 (normal-leve 0-4), Grupo 2 (moderado-grave: 5-12) y se realizó un análisis comparativo entre ambos grupos. Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas y terapéuticas, y se evaluó el impacto a medio plazo en términos de mortalidad y reingresos hospitalarios por IC.

Resultados: Se analizaron un total de 337 pacientes. Un total de 298 pacientes (88,4%) pertenecían al Grupo 1 y 39 pacientes (11,6%) al Grupo 2. En el grupo 2, los pacientes eran de mayor edad (68 [59-75] vs 76 [58,5-82]; $p = 0,001$) y mayor proporción de enfermedad renal crónica (ERC) (36,6 vs 79,5%; $p = 0,001$), anemia (28,5 vs 59%; $p = 0,001$), etiología isquémica (28,9 vs 61,5%; $p = 0,001$) y mayores niveles basales de NT-proBNP (4.263 [1.604-9.935] vs 10.098 [4.439-19.449]; $p = 0,001$). No hubo diferencias basales en la FEVI, aunque se observó una mayor mejoría de FEVI en el grupo 1 en el seguimiento (44 vs 20,5%; $p = 0,005$). Además, el grupo 2 tenía una menor prescripción basal de IECA/ARAI y ARM, así como menor ARM, iSGLT2 y mayor DAI y diurético al final del seguimiento. Con un seguimiento medio de 60 meses, el grupo 2 tuvo una mayor tasa de reingresos por IC (42 vs 68%; $p = 0,001$), mortalidad por IC (36,7 vs 45,4%; $p = 0,001$) y mortalidad por cualquier causa (30 vs 52,8%; $p = 0,004$).

Características clínicas y analíticas
basales

CONUT

	Normal-leve (0-4) (n = 298)	Moderado-grave (5-12) p (n = 39)	
Edad	68 [59-75]	76 [58,5-82]	0,001
Sexo masculino	223 (74,8%)	30 (76,9%)	0,777
IC <i>de novo</i>	168 (56,4%)	19 (48,7%)	0,366
> 2 ingresos previos por IC	31 (10,5%)	6 (15,8%)	0,326
HTA	194 (65,1%)	31 (79,5%)	0,073
DM	140 (47%)	24 (61,5%)	0,087
DLP	187 (63%)	29 (74,4%)	0,163
FA	154 (51,7%)	21 (53,8%)	0,799
ERC	109 (36,6%)	31 (79,5%)	0,001
Anemia	85 (28,5%)	23 (59%)	0,001
EPOC	55 (18,5%)	8 (20,5%)	0,757
Mejoría FEVI	131 (44%)	8 (20,5%)	0,005
NT-proBNP basal	4.263 [1.604-9.935]	8.028 [4.439-19.449]	0,001
Etiología isquémica	86 (28,9%)	24 (61,5%)	0,001
Taquimiopatía	31 (10,4%)	0 (0%)	0,035
Cardiotoxicidad	13 (4,4%)	0 (0%)	0,183
Etiología idiopática	95 (31,9%)	7 (17,9%)	0,075

DLP: dislipemia; DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ERC: enfermedad renal crónica; FA: fibrilación auricular; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardiaca.



Mortalidad por IC según el CONUT.

Conclusiones: Los pacientes con IC-FEr que tienen grados más avanzados en la clasificación CONUT suelen asociar mayor prevalencia de etiología isquémica, ERC, anemia y menor mejoría de la FEVI. Además, estos pacientes presentan un peor pronóstico a medio-largo plazo en términos de reingreso por IC y mortalidad.