



6122-6. IMPACTO DE LA INSUFICIENCIA MITRAL GRAVE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA *DE NOVO* Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA: CARACTERÍSTICAS BASALES Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA. REGISTRO COMFE

Óscar Otero García¹, Inés Gómez Otero¹, Víctor Donoso Trenado², Javier Adarraga Gómez¹, Raquel López Vilella², Carlos Yebra-Pimentel Brea¹, Pablo de la Fuente López¹, Guillermo Gallego Latorre¹, Noelia Bouzas Cruz¹, David García Vega¹, Luis Almenar Bonet² y José Ramón González Juanatey¹

¹Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España y ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Fe, Valencia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca *de novo* con fracción de eyección reducida (ICFER) es una condición clínica prevalente y con alta morbilidad. La prevalencia de insuficiencia mitral (IM) grave al diagnóstico, las características de este subgrupo de pacientes y el impacto pronóstico se desconoce.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de un registro de 379 pacientes consecutivos ingresados por ICFER *de novo* (FEVI $\leq$ 40%). Los pacientes se dividieron en dos grupos según la presencia o ausencia de IM grave en el ecocardiograma previo al alta. Se compararon las características basales entre los dos grupos. La mediana de seguimiento fue de 15 meses, con un rango intercuartílico de 7 a 22 meses. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para evaluar la mortalidad global, eventos de insuficiencia cardiaca en el seguimiento (ingresos por IC y visitas a urgencias) y el combinado de mortalidad y eventos de IC.

Resultados: En relación con las características basales, el grupo con IM grave al alta se asoció con una menor presencia de taquimiocardiopatía como etiología ($p = 0,005$), encontrándose una mayor asociación (aunque al borde de la significación estadística) con la etiología isquémica ($p = 0,07$). Además, el grupo con IM grave presentó un mayor diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo ($p = 0,004$) y una mayor prevalencia de insuficiencia tricuspídea grave ($p = 0,001$). La duración del ingreso fue mayor en pacientes con IM grave (11,8 vs 9,1 días, $p = 0,005$), y el uso de diuréticos de asa tanto al alta ($p = 0,07$) como tras la titulación ($p = 0,001$) fue mayor en pacientes con IM grave (tabla). En cuanto al análisis de supervivencia, las curvas de Kaplan Meier revelaron diferencias significativas en la incidencia de eventos de insuficiencia cardiaca durante el seguimiento entre ambos grupos ($p = 0,016$). Sin embargo, no hubo diferencias en la mortalidad global ($p = 0,276$) y el combinado de mortalidad y eventos de IC estuvo al borde de la significación estadística ($p = 0,083$).

Características basales en ICFER *de novo* en función de la presencia de insuficiencia mitral grave al alta

	Global (n = 369, 100%)	IM grave (sí) (n = 47, 12,7%)	IM grave (no) (n = 322, 87,3%)	p
Edad (años)	69 ± 14	66 ± 15	69 ± 14	0,178
Sexo (mujer)	100 (27,1%)	13 (27,7%)	87 (27,0%)	0,926
Hipertensión	241 (65,3%)	159 (59,6%)	75 (86,2%)	0,819
Diabetes mellitus	128 (34,7%)	17 (36,2%)	111 (34,5%)	0,819
Dislipemia	193 (52,3%)	26 (55,3%)	167 (51,9%)	0,658
Etiología isquémica	108 (29,3%)	19 (40,4%)	89 (27,6%)	0,072
Etiología hipertensiva	21 (5,7%)	1 (2,1%)	20 (6,2%)	0,259
Etiología taquimiocardiopatía	82 (22,2%)	3 (6,4%)	79 (24,5%)	0,005
DTDVI ingreso (mm)	61 ± 10	66 ± 15	60 ± 9	0,004
FEVI ingreso (%)	17 (4,6%)	7 (14,9%)	10 (3,1%)	0,001
FA o flutter ingreso	114 (30,9%)	10 (21,3%)	104 (32,3%)	0,131
TFGe ingreso (ml/min)	63 ± 24	65 ± 24	63 ± 24	0,503
NT-proBNP ingreso (pg/ml)	9.070 ± 10.952	11.661 ± 10.130	8.692 ± 11.031	0,095
Duración ingreso (días)	9,1 ± 6,7	11,8 ± 10,2	8,7 ± 5,9	0,005
Cuatriterapia al alta	215 (58,3%)	25 (43,2%)	190 (59,0%)	0,450
Diuréticos de asa al alta	265 (71,8%)	39 (83,0%)	226 (70,2%)	0,069
NT-proBNP tras titulación (pg/ml)	2.138 ± 6.787	4.166 ± 8.449	1.944 ± 6.595	0,208
FEVI tras titulación (%)	45 ± 11	42 ± 12	45 ± 11	0,167

Cuaterterapia tras titulación	225 (61,0%)	25 (53,2%)	200 (62,1%)	0,242
DTDVI: diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; TFGe: tasa de filtrado glomerular estimada.				



Curvas de Kaplan-Meier de mortalidad total, eventos de IC y combinado de mortalidad y eventos de IC según la presencia de IM.

Conclusiones: En pacientes ingresados por ICFer *de novo*, la presencia de IM grave es más frecuente en la etiología isquémica y menos frecuente en la taquimiocardiopatía. Esta condición se asocia a un mayor riesgo de eventos de insuficiencia cardiaca en el seguimiento, hecho que subraya la importancia de evaluar y abordar adecuadamente la IM en el manejo de pacientes con ICFer *de novo*.