



6072-451. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN ETIOLÓGICA EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA: RESULTADOS E IMPACTO PRONÓSTICO

Hadi Nagib Raya¹, Jesús Gabriel Sánchez Ramos¹, Diego Segura Rodríguez¹, Cristina Cánovas Galindo¹, Ángel Prades Sánchez¹, Sara Corpas Pérez¹, Ana Vallejo Yuste¹, Ignacio Arroyo Crespo¹, Daniel Montes Chacón¹, Norberto Herrera Gómez¹, Isabel Almansa Valencia¹, Pablo Santiago Díaz¹, María Teresa Molina Ruiz¹, Alfredo José Pardo Cabello² y Eduardo Moreno Escobar¹

¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La evaluación de la etiología subyacente de la insuficiencia cardiaca (IC) es fundamental para un manejo terapéutico óptimo y mejora de resultados. Objetivo: describir los resultados en el diagnóstico etiológico de un protocolo sistemático de evaluación y analizar las diferencias en mortalidad.

Métodos: Estudio observacional de cohortes prospectivo de paciente que debutan con IC atendidos en una unidad especializada de IC desde 2012. Se realiza un análisis descriptivo del diagnóstico etiológico. Se compararon las características clínicas entre grupos y su impacto en la supervivencia mediante un análisis de Kaplan Meier.

Resultados: Se analizaron los datos de 1.218 pacientes con diagnóstico etiológico específico. La edad media fue de 69,5 años, con un 29% de mujeres y una FEVI inicial media del 32%. La mitad de la cohorte fue diagnosticada de cardiopatía isquémica y la otra mitad de miocardiopatía no isquémica (47,2 vs 52,8%) (tabla). La distribución de las causas no isquémicas incluyó idiopática/familiar (17,2%), valvular (7,2%), taquimiopatía (5,7%), HTA (4,2%), quimioterápica (4,1%), enólica (4%), inflamatoria (2,5%), infiltrativa/restrictiva (2%) y en estudio (2,3%). El tratamiento farmacológico fue similar entre grupos, con un mayor uso de dispositivos DAI en pacientes con cardiopatía isquémica (22,3 vs 13,8%, p 0,0001) y una tendencia a más resincronización (15,1 vs 18,8% p 0,09) en aquellos con miocardiopatía no isquémica. La mediana de seguimiento fue de 23 meses, y no se encontraron diferencias significativas en la mortalidad entre la etiología isquémica y no isquémica (20,2 vs 16,5%, p 0,2). La mayoría de las muertes fueron de causa cardiovascular (65,3%), con una mayor proporción de muerte súbita en pacientes con cardiopatía isquémica (22,4 vs 8,5%, p 0,004) y de insuficiencia cardiaca en aquellos con miocardiopatía no isquémica (29,3 vs 43,4%, p 0,03). El análisis de Kaplan-Meier mostró grandes diferencias en la supervivencia según la etiología de la no isquémica (*log rank* 44,074, p 0,0001).

Características basales en función de la etiología

	Isquémica	No isquémica	p
--	-----------	--------------	---

n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Edad (años)	71,1 ± 11	67,8 ± 13	0,0001
Sexo (mujer)	114 (20,4%)	228 (36,3%)	0,0001
FEVI inicial	32,4 ± 7	31,4 ± 9	0,05
Tabaco	134 (23,3%)	107 (16,6%)	0,004
HTA	363 (63%)	349 (54%)	0,002
DM	218 (37,9%)	146 (22,7%)	0,0001
Dislipemia	358 (62%)	227 (35%)	0,0001
I. renal	129 (22,4%)	88 (13,7%)	0,0001
EPOC	122(21%)	107 (16,6%)	0,04
FA	142 (24,7%)	248 (38,5%)	0,0001
BRI	96 (16,7%)	195 (30%)	0,0001

DM diabetes mellitus; FA fibrilación auricular; BRI bloqueo completo de rama izquierda.



Análisis de supervivencia por etiologías.

Conclusiones: En una de unidad especializada de IC con pacientes fundamentalmente con FEVI reducida, existe una proporción similar de etiología isquémica y no isquémica. Globalmente, no existen diferencias en la mortalidad entre ambas, pero existen grandes diferencias en la supervivencia según la etiología no isquémica.