



5031-2. INFLUENCIA DEL SUSTRATO ESTRUCTURAL DEL CORAZÓN EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

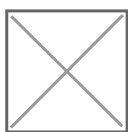
Eduard Solé González¹, Andreu Ferrero-Gregori², Jesús Álvarez-García¹, Miquel Vives-Borràs¹, M. Teresa Puig Reixach², Juan F. Delgado Jiménez³, J. Ramón González-Juanatey⁴ y Juan M. Cinca Cusculola¹ del ¹Departamento de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ²Departamento de Epidemiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ³Departamento de Cardiología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, y ⁴Departamento de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: Las cohortes de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) engloban diferentes sustratos fisiopatológicos que podrían influir de forma distinta en el pronóstico, si bien, esta hipótesis no ha sido analizada específicamente. Este estudio pretende determinar el efecto de la dilatación o hipertrofia miocárdica sobre el pronóstico de los pacientes con IC crónica.

Métodos: A partir de la cohorte de pacientes ambulatorios con IC crónica (REDINSCOR I) categorizamos a los sujetos en 2 grupos, mutuamente excluyentes, según su fenotipo ecocardiográfico: 1) Dilatación ventricular izquierda (DVI) definido como diámetro telediastólico indexado ≥ 31 mm/m² en varones y ≥ 32 mm/m² en mujeres; 2) Hipertrofia ventricular izquierda (HVI) definido como grosor del septum interventricular o pared posterior ≥ 14 mm en varones y ≥ 13 mm en mujeres. El estudio incluyó 1399 pacientes (967 DVI y 432 HVI) que fueron seguidos durante una mediana de 41 meses. Se realizó un *propensity score matching* con el objetivo de balancear las características pronósticas más relevantes, obteniendo 2 grupos de 193 pacientes cada uno. Los objetivos fueron comparar la mortalidad cardiaca y sus diferentes subtipos (muerte súbita o IC refractaria) dependiendo del sustrato fisiopatológico (DVI o HVI).

Resultados: El perfil clínico de ambos grupos fue claramente diferente. Los pacientes con HVI mostraron mayor prevalencia de comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal o fibrilación auricular. En cambio, los pacientes con DVI presentaron una mayor proporción de bloqueo de rama izquierda, disfunción sistólica e insuficiencia mitral. En este último grupo de pacientes se observó mayor incidencia de muerte cardiaca (29,3 frente a 21,8%; $p = 0,003$) e IC refractaria (19,0 frente a 12,3%; $p = 0,002$). Sin embargo, tras el ajuste por el *propensity score matching*, las diferencias pronósticas a largo plazo entre ambos sustratos desaparecieron (muerte cardiaca: sHR 0,93, IC95% 0,62-1,39 e IC refractaria: sHR 0,81, IC95% 0,47-1,39).



Curvas de incidencia acumulada para mortalidad cardiaca tras el propensity score matching (DVI frente a HVI).

Conclusiones: La influencia diferencial de la dilatación o de la hipertrofia ventricular sobre el pronóstico de los pacientes con IC crónica queda diluida ante la potente modulación ejercida por la propia evolución de la enfermedad y por los tratamientos instituidos.