



## 8. PREDICTORES DE MORTALIDAD EN UNA SERIE ACTUAL DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Juan Luis Bonilla Palomas<sup>1</sup>, Javier Muñoz<sup>2</sup>, Alejandro Recio Mayoral<sup>3</sup>, Juan José Gómez Doblas<sup>4</sup>, Nieves Romero Rodríguez<sup>5</sup>, Ángel Cequier Fillat<sup>6</sup> y Manuel Anguita Sánchez<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén), España, <sup>2</sup>Instituto de Investigación Biomédica A Coruña INIBIC, A Coruña, España, <sup>3</sup>Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España, <sup>4</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España, <sup>5</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España, <sup>6</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España y <sup>7</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** A pesar de los continuos avances en su tratamiento, la insuficiencia cardiaca (IC) sigue manteniendo en la actualidad una elevada mortalidad. La identificación de predictores de mortalidad ayuda a identificar a pacientes de mayor riesgo y a establecer mejoras en el seguimiento. El objetivo de este estudio es evaluar la mortalidad e identificar predictores de mortalidad en una serie actual de pacientes con IC tras un año de seguimiento.

**Métodos:** Para ello se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron pacientes consecutivos, hospitalizados o ambulatorios, atendidos en unidades de IC adscritas a servicios de cardiología de 20 hospitales de nuestro país y con la acreditación SEC-Excelente. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, ecocardiográficas y de tratamiento. Para estudiar la asociación independiente de las distintas variables con la mortalidad a largo plazo se realizó un modelo una regresión multivariante de Cox. Los datos se expresan como *hazard ratio* (HR) con su intervalo de confianza (IC) al 95%.

**Resultados:** Se incluyeron 551 pacientes. La edad media fue  $73,74 \pm 11,92$  años, el 58,1% fueron varones, la etiología más frecuente fue la isquémica (28,65%), la mediana de la fracción de eyección de ventrículo izquierdo fue 40% (rango intercuartílico -RI-, 28-58%) y la mediana de NTproBNP fue 2745 (RI, 1.318,5-5.945,5) pg/ml. El 76,7% tenían hipertensión arterial, el 42% diabetes mellitus, el 55,75% fibrilación auricular, el 39% enfermedad renal crónica (ERC), el 37,2% anemia y el 15,12% enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Al año de seguimiento 103 pacientes (18,7%) habían fallecido (tasa de incidencia 100 personas-año: 20,57%, IC95% 16,96-24,95%). En el modelo de regresión de Cox, las variables asociadas de forma independiente con la mortalidad fueron: la etiología isquémica, estar en clase funcional III-IV de la NYHA, tener un ingreso por IC en el año previo, la ERC, padecer cáncer/linfoma/leucemia y la desnutrición (tabla).

Variables asociadas de forma independiente con la mortalidad (análisis multivariante de Cox).

HR                      Intervalo de confianza 95%                      p

Etiología de la IC: Isquémica	2,10	1,35	3,25	0,001
Clase funcional NYHA III-IV	2,05	1,15	3,68	0,015
Ingresos por IC en el año previo	1,74	1,11	2,73	0,017
Insuficiencia renal crónica	1,74	1,09	2,77	0,019
Cáncer/linfoma/leucemia activos	3,15	1,50	6,63	0,003
Desnutrición	2,27	1,03	5,00	0,042

HR: *hazard ratio*, IC: insuficiencia cardiaca; NYHA: *New York Heart Association*.

**Conclusiones:** La mortalidad del paciente con IC sigue siendo elevada con una tasa de incidencia 100 personas-año del 20%. La etiología isquémica, un peor grado funcional, un ingreso por IC en el año previo y las comorbilidades ERC, cáncer/linfoma/leucemia y desnutrición fueron las únicas variables asociadas de forma independiente con la mortalidad.