



4. CARACTERIZACIÓN E IMPACTO PRONÓSTICO DE LA ETIOLOGÍA ISQUÉMICA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA REDUCIDA

Gloria María Heredia Campos, Jorge Perea Armijo, José López Aguilera, Juan Carlos Castillo Domínguez y Manuel Anguita Sánchez

Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica es la causa del 50-60% de los casos de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección ventricular izquierda reducida (IC-FEVIr). El impacto de la etiología isquémica en la mejoría de la FEVI y en el pronóstico permanece incierto. Nuestro objetivo principal fue analizar el perfil clínico diferencial entre etiología isquémica y no isquémica y su pronóstico a medio-largo plazo.

Métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con IC-FEVIr de práctica clínica real. Se realizó un análisis comparativo entre pacientes con IC-FEVIr de etiología no isquémica (Grupo 1) y de etiología isquémica (Grupo 2). Se analizaron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y terapéuticas, y se evaluaron la mortalidad y los reingresos hospitalarios por IC.

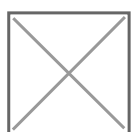
Resultados: Se analizaron 409 pacientes. 276 (67,5%) tuvieron etiología no isquémica y 133 (32,5%) etiología isquémica. El Grupo 2 tenía mayor edad ($65,8 \pm 13,3$ vs $70,8 \pm 10,3$; $p = 0,001$), más varones (68,1 vs 86,5%; $p = 0,001$), más hipertensión arterial (62,3 vs 76,7%; $p = 0,004$), diabetes mellitus (38,8 vs 67,7%; $p = 0,001$), dislipemia (52,4 vs 82,7%; $p = 0,001$), enfermedad renal crónica (34,4 vs 56,4%; $p = 0,001$), anemia (24,3 vs 47,4%; $p = 0,001$) y comorbilidad vascular (25,7 vs 54,9%; $p = 0,001$) y menos fibrilación auricular (56,2 vs 44,4%; $p = 0,025$), menos IC *de novo* (60,1 vs 45,1%; $p = 0,004$) con mayor tiempo de evolución de la IC ($24,4 \pm 48,8$ vs $61,5 \pm 89,3$; $p = 0,001$), menor proporción de pacientes con mejoría de la FEVI en el seguimiento (51,6 vs 21,1%; $p = 0,001$) y mayor concentración de NTproBNP basal (4.463 [IQR 1.976-10.431] vs 5.746 [IQR 2.336,5-13.789]; $p = 0,039$). En el Grupo 1 hubo una mayor prescripción de antagonistas de receptores mineralocorticoides (78,3 vs 63,9%; $p = 0,002$) y menos implante de DAI (6,5 vs 14,3%; $p = 0,01$). Con una media de seguimiento de 60 meses, el Grupo 2 tuvo una mayor tasa de reingresos (39 vs 50,3%; $p = 0,01$) y mayor mortalidad por IC (26,8 vs 41%; $p = 0,01$), con diferencias desde etapas tempranas.

Resultados del análisis comparativo de la etiología isquémica y no isquémica

Etiología no isquémica (n = 276)	Etiología isquémica (n = 133)	p =
----------------------------------	-------------------------------	-----

Edad	65,8 ± 13,3	70,8 ± 10,3	0,001
Sexo masculino	188 (68,1%)	115 (86,5%)	0,001
HTA	172 (62,3%)	102 (76,7%)	0,004
DM	107 (38,8%)	90 (67,7%)	0,001
DLP	144 (52,4%)	110 (82,7%)	0,001
Exfumador	103 (40,9%)	60 (52,2%)	0,088
Fumador activo	34 (13,5%)	16 (13,9%)	
IC <i>de novo</i>	166 (60,1%)	60 (45,1%)	0,004
Tiempo de evolución de IC	24,4 ± 48,8	61,5 ± 89,3	0,001
? 2 ingresos previos	25 (9,1%)	20 (15,3%)	0,064
NYHA I-II	225 (81,5%)	103 (77,4%)	0,429
NYHA III-IV	51 (18,5%)	29 (21,8%)	
Anemia	67 (24,3%)	63 (47,4%)	0,001
FA	155 (56,2%)	59 (44,4%)	0,025
ERC	95 (34,4%)	75 (56,4%)	0,001
Comorbilidad vasc	71 (25,7%)	73 (54,9%)	0,001
QRS ancho	102 (39,7%)	49 (42,6%)	0,596
FEVI	30 [IQR 25-35]	31 [IQR 28-35]	0,055

Mejoría FEVI	130 (51,6%)	26 (21,1%)	0,001
NT-proBNP	4.463 [IQR 1.976-10.431]	5.746 [IQR 2.336,5-13.789]	0,039
CA125	23,1 [9-77,3]	18 [IQR 11-53,7]	0,726
IECA/ARAII	165 (59,8%)	69 (51,9%)	0,130
ARNI	93 (33,7%)	47 (35,3%)	0,743
Bloqueadores beta	256 (92,8%)	118 (88,7%)	0,172
Ivabradina	66 (23,9%)	22 (16,5%)	0,089
ARM	216 (78,3%)	85 (63,9%)	0,002
iSGLT2	49 (17,8%)	27 (20,3%)	0,535
ICD	18 (6,5%)	19 (14,3%)	0,010
TRC	15 (5,4%)	4 (3,0%)	0,326
Diurético asa	222 (80,4%)	106 (79,7%)	0,861



Curvas de supervivencias: reingresos por IC y mortalidad por IC.

Conclusiones: Los pacientes con IC-FEVIr de etiología isquémica asocian a más comorbilidades, un menor porcentaje de IC *de novo*, mayor tiempo de evolución de la IC, menor porcentaje de mejoría de la FEVI y mayor concentración de NTproBNP basal. En nuestra población, estos pacientes asocian peor pronóstico a medio-largo plazo en términos de ingresos hospitalarios y mortalidad por IC, con diferencias desde etapas tempranas.