

Características clínicas y pronóstico de la insuficiencia cardíaca aguda descompensada según etiología isquémica o miocardiopatía dilatada: estudio prospectivo

Miguel Gutiérrez Muñoz(1), Alfonso Fraile Sanz(1), Nuria Gil Mancebo(1), Paula Rodríguez Montes(1), Miguel de la Serna Real de Asúa(1), Silvia Humanes Ybañez(1), Edhisson Fernando Parrales Sánchez(1), Alberto Vílchez Alcocer(1), Cristina Utrilla Pérez(1), Inés Miralles Gil(1), Rebeca Mata Caballero(1), Bárbara Izquierdo Coronel(1), Paula Awamleh García(1), María Jesús Espinosa Pascual(1) y Joaquín Jesús Alonso Martín(1) de (1)Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) - España

Introducción: La miocardiopatía dilatada (MCD) y la cardiopatía isquémica (CI) son algunas de las principales etiologías de la insuficiencia cardíaca (IC), con patrones diferenciados de remodelado ventricular, carga de cicatriz y riesgo arrítmico. Estas diferencias podrían influir en la presentación clínica y en la evolución de la insuficiencia cardíaca, con una evidencia que sigue siendo heterogénea a día de hoy. El objetivo del presente estudio fue hacer un análisis comparativo entre ambas etiologías.

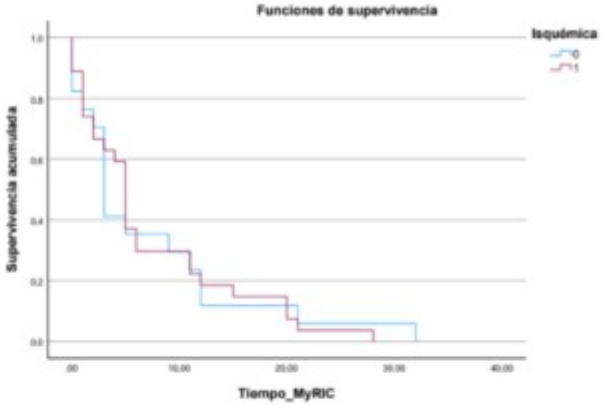
Métodos: Se trata de un estudio observacional, prospectivo y analítico que incluyó a 167 pacientes hospitalizados en nuestro centro por descompensación aguda de IC entre 2020 y 2025, con una mediana de seguimiento de 9 meses (RIC 4–18). Los pacientes se clasificaron según su etiología como CI o MCD. Se analizaron de forma sistemática variables clínicas, analíticas, farmacológicas, demográficas y ecocardiográficas y se realizó un análisis de supervivencia mediante el método de Kaplan–Meier.

Resultados: Se incluyeron un total de 167 pacientes, 96 (57,5%) en el grupo de CI y 71 (42,5%) en el de MCD. Los pacientes isquémicos eran más mayores, con mayor comorbilidad (índice de Charlson) y mayor prevalencia de diabetes mellitus y dislipemia. Sin embargo, la MCD se asoció con mayor frecuencia a bajo gasto cardíaco, mayor remodelado biventricular y menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo. Analíticamente, mientras que CA?125 y la troponina T ultrasensible al alta fueron más elevados, el NT?proBNP no mostró diferencias significativas. Previo al ingreso, los pacientes isquémicos recibían con mayor frecuencia betabloqueantes e iSGLT2, aunque el tratamiento al alta se igualó en ambos grupos. Durante el seguimiento, no se observaron diferencias significativas en mortalidad total, mortalidad cardiovascular (CV) ni reingresos por insuficiencia cardíaca (IC).

Conclusiones: La IC de etiología isquémica y la MCD se asociaron con diferentes características clínicas, estructurales y analíticas. A pesar de ello, los resultados a corto plazo (mortalidad por cualquier causa, mortalidad CV y reingreso por IC) fueron similares, y hubo una implementación similar del tratamiento para la disfunción ventricular. Estos hallazgos destacan el valor de la caracterización etiológica y sugieren que el pronóstico a corto plazo puede estar más influido por la gravedad global de la enfermedad que por la causa subyacente por sí sola.

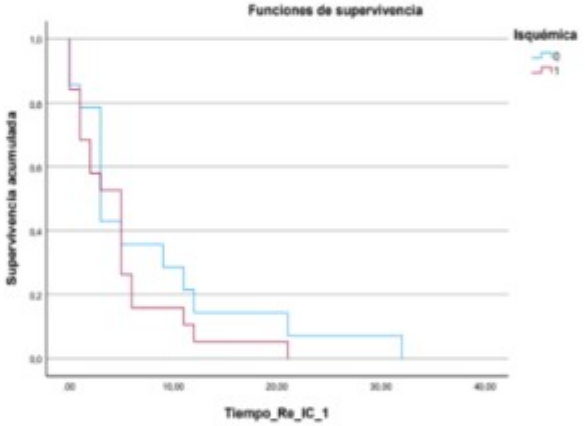
Tiempo hasta mortalidad o reingreso por IC (mediana, IC 95%)

- Miocardiopatía dilatada (0): 3 (2.2-3.79)
- Cardiopatía isquémica (1): 5 (4.18-5.82)
- Log Rank p: 0.959



Tiempo hasta reingreso por IC (mediana, IC 95%)

- Miocardiopatía dilatada (0): 3 (1.54-4.45)
- Cardiopatía isquémica (1): 5 (3.12-6.88)
- Log Rank p: 0.354



Variables analizadas

	Cardiopatía isquémica (96)	Miocardiopatía dilatada (71)	P
Edad (años, mediana, RIC)	76 (71-81)	73 (59-79)	0.006
Sexo masculino (n, %)	71 (74)	51 (71.8)	0.75
Bajo gasto cardiaco (n, %)	6 (6.3)	13 (18.3)	0.015
Diabetes mellitus (n, %)	70 (72.9)	27 (38)	< 0.001
Dislipemia (n, %)	69 (71.9)	35 (49.3)	0.003
Indice de Charlson (mediana, RIC)	7 (5-9)	5 (3-7)	<0.001
Dilatación ventricular derecha (n, %)	71 (74)	64 (90.1)	0.009
Dilatación ventricular izquierda (n, %)	5 (5.3)	12 (16.9)	0.014
Fracción de eyección (mediana, RIC)	36 (29.25-45)	30 (25-37)	<0.001
Beta-bloqueantes al ingreso (n, %)	73 (76)	35 (49.3)	<0.001
iSGLT2 al ingreso (n, %)	42 (43.8)	20 (28.2)	0.039
Beta-bloqueantes al alta (n, %)	83 (87.4)	66 (93)	0.24
iSGLT2 al alta (n, %)	74 (77.9)	58 (81.7)	0.55
NT-proBNP al ingreso (pg/mL, mediana, RIC)	2607 (1438-5374)	2426 (1246-5765)	0.66
CA-125 al alta (U/ml, mediana, RIC)	32.45 (17.1-70.9)	19 (11.15-37.75)	0.008
Troponina T ultrasensible al alta (ng/L, mediana, RIC)	40.8 (28.8-70.4)	28 (18-43)	< 0.001
Mortalidad por todas las causas (n, %)	16 (18)	6 (9.1)	0.12
Mortalidad cardiovascular (n, %)	12 (13.5)	4 (6.1)	0.133
Reingreso por insuficiencia cardiaca (n, %)	20 (23)	15 (23.4)	0.94

RIC: Rango intercuartílico.