

Valor del FIB-4 en la evaluación no invasiva de la fibrosis hepática para la estratificación de riesgo y el pronóstico en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca crónica

Evelyn Santiago-Vacas(1), María Teresa Julián Alagarda(2), Pau Codina Verdaguer(1), Andrea Borrellas Martín(1), María Ruiz Cueto(1), Clara Badia Molins(1), Andrea Carrete Barca(1), Mar Domingo Teixidor(1), Guillem Guix Camps(3), Thaïs Roig-González(4), Marina Macías Muñoz(2), Beatriz González Fernández(1), Maribel Troya Saborido(5), Nuria Alonso Pedrol(2) y Antoni Bayés Genís(1) de (1)Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Cardiología, (2)Endocrinología y Nutrición, (3)Medicina Interna, (4)Geriatría y (5)Nefrología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España

Introducción: La disfunción hepática contribuye a la progresión de la insuficiencia cardiaca (IC) y a peores resultados clínicos. El índice Fibrosis-4 (FIB-4), marcador no invasivo de fibrosis hepática avanzada, se ha asociado con riesgo cardiovascular y mortalidad. En la IC puede reflejar tanto fibrosis hepática subyacente como congestión hepática crónica, pero su valor pronóstico está poco definido. El objetivo fue evaluar la asociación entre FIB-4 y la mortalidad por cualquier causa en pacientes ambulatorios con IC.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes ambulatorios con IC seguidos entre enero de 2010 y diciembre de 2023. El FIB-4 se calculó a partir de edad, AST, ALT y plaquetas, aplicando puntos de corte específicos por edad (<65 años: <1,3; 1,3–2,67; >2,67; ?65 años: <2,0; 2,0–2,67; >2,67). Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar o mediana (P25–P75), y las categóricas como porcentajes. La asociación entre FIB-4 y mortalidad se evaluó mediante modelos de regresión de Cox multivariables ajustados por edad, fracción de eyección del ventrículo izquierdo y comorbilidades relevantes.

Resultados: Se incluyeron 1233 pacientes (edad media 67,3 ± 12,5 años; 30,8% mujeres; 24% IMC >30 kg/m²; 69,7% NYHA II; NT-proBNP 1999 [825–4197]; FEVI 38,2 ± 14,7%; 45% diabetes mellitus tipo 2; 61,6% dislipemia). Durante un seguimiento mediano de 55 meses, se registraron 529 muertes (42,9%). Niveles más elevados de FIB-4 se asociaron con mayor mortalidad en el análisis univariable como variable continua (HR 1,025; IC 95% 1,004–1,047; p=0,022). Al categorizar FIB-4, la mortalidad aumentó progresivamente, manteniéndose significativa únicamente la categoría >2,67 tras ajuste multivariable (HR 1,24; IC 95% 1,03–1,49; p=0,021). En <65 años, FIB-4 >2,67 mostró una asociación más intensa (HR 2,12; IC 95% 1,19–3,79; p=0,011), mientras que en ?65 años también se mantuvo independiente (HR 1,45; IC 95% 1,11–1,89; p=0,007).

Conclusiones: En pacientes ambulatorios con IC, un FIB-4 elevado se asocia de forma independiente con la mortalidad por cualquier causa. Este índice, sencillo y ampliamente disponible, puede mejorar la estratificación de riesgo e identificar pacientes de alto riesgo que podrían beneficiarse de un seguimiento más estrecho y estrategias terapéuticas más intensivas.

Curvas de supervivencia de Kaplan–Meier según las categorías de FIB-4

