



<https://www.revclinesp.es>

## 1900 - COMPARACIÓN DE COHORTES IC UMPIIC VS TTR: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICO

**Alicia Fernández Castellanos, José Manuel Cerqueiro González, Álvaro Marchan López, Enia Vijande Veiga, Miguel Arce Otero, Laura Piedrafita Afonso, Alba Tobío Romero y Yelco Chantres Legaspi**

Medicina Interna, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

### Resumen

**Objetivos:** Comparar las características clínicas, comorbilidades y mortalidad de los pacientes con ATTR-CM frente a aquellos con IC de otras etiologías.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional y retrospectivo de los pacientes seguidos en la unidad de IC, modelo UMPIIC. Esta es una unidad acreditada, dirigida a pacientes ancianos con ICC y comorbilidades, con alto riesgo de descompensación e ingreso hospitalario. Partiendo de dos bases de datos diferentes, una correspondiente a los pacientes con IC por ATTR-CM y otra con los pacientes con IC por otras causas, se construyeron dos cohortes estadísticamente comparables. Se compararon variables demográficas, FRCV, comorbilidades, estado funcional y tratamientos mediante un análisis descriptivo, utilizando el test Wilcoxon Mann-Whitney en las variables descriptivas y el Coeficiente de correlación de Pearson para las categóricas, y un análisis de supervivencia aplicando el test *log rank* y la regresión de Cox, considerando una significación estadística de  $p < 0,05$ . La mortalidad fue evaluada a un año.

**Resultados:** Se analizaron datos de 227 pacientes con IC, divididos en dos cohortes: una formada por 71 de pacientes con IC por ATTR-CM y la segunda formada por 156 pacientes con IC por otras causas. No hubo diferencias significativas respecto a la edad de ambas cohortes, que resultó de una mediana de 83,8 años. Los pacientes con ATTR-CM resultaron ser más frecuentemente varones (83,1 vs. 53,5%) y fumadores (23,9 vs. 5,8%). Los pacientes con IC por otras causas resultaron tener con más frecuencia HTA (70,4 vs. 85,3%), obesidad (15,5 vs. 34,0%), DM-II (25,4 vs. 41,0%), así como otras comorbilidades no cardiovasculares como la anemia (15,5 vs. 50,0%) y la enfermedad cerebro vascular (7,0 vs. 24,4%). Además, tuvieron un índice de Charlson significativamente mayor. Por otro lado, estos pacientes también obtuvieron una peor clase funcional (NYHA I 23,9 vs. 3%, NYHA II 36,6 vs. 57,1%, NYHA III 39,4 vs. 30,8%, NYHA IV 0 vs. 9%) y una fracción de eyeción (FEVI) menor con respecto al grupo de ATTR-CM (55 vs. 50). La mortalidad al año resultó elevada pero similar en ambas cohortes (10,46 vs. 11,02 muertes por 100 pacientes/año).

**Discusión:** Como se ha descrito previamente en la literatura, los pacientes con ATTR-CM suelen ser varones de edad avanzada, con menor prevalencia de FRCV clásicos como HTA, diabetes u obesidad. Nuestros datos reafirman este perfil. Es destacable que, en estudios previos los pacientes con IC debida ATTR-CM muestran una mayor mortalidad en comparación con otros grupos. Sin embargo, nuestros datos sugieren que, al menos en el primer año de seguimiento tras el diagnóstico, su mortalidad no alcanza diferencias significativas cuando se compara con pacientes con IC por otras causas. Este hallazgo se explica porque la cohorte con la que se compara pertenece al programa UMPIIC, una subpoblación dentro de la IC de alto riesgo y peor

pronóstico.

*Conclusiones:* En la unidad UMIPIC, los pacientes con ATTR-CM, se caracterizan por ser predominantemente varones, con menos FRCV y menos comorbilidad que los pacientes con IC por otras etiologías. No obstante, su mortalidad es comparable al resto de los pacientes seguidos en la unidad.