

Predictores pronósticos de mortalidad y evento combinado en una cohorte contemporánea de amiloidosis cardíaca

Álvaro Roldán Guerra(1), Cristina Pericet Rodríguez(2), José López Aguilera(1), Lucas Barreiro Mesa(1), Cristina Urbano Sánchez(1), Nerea Aguayo Caño(1), Mónica Delgado Ortega(1), Juan Carlos Castillo Domínguez(1), Manuel Anguita Sánchez(1) y Dolores Mesa Rubio(1) de (1)Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España y (2)Cardiología. Hospital Infanta Margarita, Cabra (Córdoba) - España

Introducción: La amiloidosis cardíaca presenta elevada morbimortalidad, condicionada por la etiología, la carga miocárdica, la afectación sistémica y el momento diagnóstico. Nuestro objetivo fue identificar predictores clínicamente aplicables puede mejorar la estratificación pronóstica de los pacientes con amiloidosis cardíaca.

Métodos: Se analizó una cohorte de 141 pacientes con amiloidosis cardiaca (por transtirretina y por cadenas ligeras -AL-). Se evaluaron variables demográficas, etiológicas, clínicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas y biomarcadores. Se realizaron modelos de Cox univariantes y multivariables para mortalidad y evento combinado (mortalidad e ingreso por insuficiencia cardíaca) desde el diagnóstico. NT-proBNP y troponina se analizaron en escala log2, expresando hazard ratio. El modelo principal incluyó edad, etiología ATTR frente a AL, NT-proBNP, FEVI, enfermedad renal crónica asociada al debut y retraso diagnóstico.

Resultados: Con una mediana de seguimiento de 25 meses, hubo 61 muertes y 80 eventos combinados. La mortalidad fue mayor en AL que en ATTR. En análisis univariante, NT-proBNP, troponina, etiología AL, enfermedad renal crónica al debut, menor FEVI, menor TAPSE e hipertensión pulmonar se asociaron con peor pronóstico. En el modelo multivariable, NT-proBNP fue el predictor independiente más robusto de mortalidad, con HR 1,71 por cada duplicación de su valor (IC95% 1,33–2,20; p<0,001). Para evento combinado, NT-proBNP mantuvo asociación independiente (HR 1,37; IC95% 1,14–1,65; p<0,001), junto con menor FEVI (HR 0,89 por cada 5%; IC95% 0,79–0,99; p=0,031) y ERC al debut, con una asociación limítrofe (HR 1,68; IC95% 1,00–2,84; p=0,050). El strain longitudinal mostró señal pronóstica en análisis no ajustado, pero no aportó valor incremental claro frente a FEVI. El retraso diagnóstico no se asoció de forma independiente con mayor mortalidad.

Conclusiones: En esta cohorte de amiloidosis cardiaca, NT-proBNP fue el predictor pronóstico independiente más consistente de mortalidad y evento combinado. La función sistólica y la afectación renal asociada al debut añadieron información para el riesgo de muerte o reingreso. Estos hallazgos apoyan una estratificación pronóstica centrada en biomarcadores de carga cardiaca, función ventricular y afectación sistémica, con cautela en la interpretación de variables sujetas a sesgos temporales o de tratamiento.