

Impacto del uso de tafamidis en el pronóstico de una cohorte de pacientes con amiloidosis cardíaca por transtirretina de la práctica clínica real

Álvaro Roldán Guerra(1), Cristina Pericet Rodríguez(2), José López Aguilera(3), Mónica Delgado Ortega(1), Nerea Aguayo Caño(1), Cristina Urbano Sánchez(1), Lucas Barreiro Mesa(1), Enrique Enrile Sánchez(1), Juan Diego Martín Díaz(1), Juan Carlos Castillo Domínguez(1), Manuel Anguita Sánchez(1) y Dolores Mesa Rubio(1) de (1)Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España, (2)Cardiología. Hospital Infanta Margarita, Cabra (Córdoba) - España y (3)Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España

Introducción: La amilodisis cardíaca por transtirretina (ATTR) se debe al depósito de amiloide en el intersticio del corazón. El uso de tafamidis ha modificado el pronóstico de la ATTR, aunque la evidencia en cohortes de vida real puede estar condicionada por sesgo de selección, era diagnóstica y tiempo inmortal. Nuestro objetivo fue analizar las características de los pacientes ATTR/TTR tratados con tafamidis en una cohorte real de amiloidosis cardiaca y explorar su asociación con mortalidad y evento combinado muerte/reingreso.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes con ATTR. Se compararon características basales según tratamiento con tafamidis. La supervivencia desde el diagnóstico y el evento combinado muerte/reingreso se analizaron mediante Kaplan-Meier, log-rank y modelos de Cox parsimoniosos ajustados por variables clínicas y era diagnóstica.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes ATTR/TTR, de los que 33 recibieron tafamidis. Los tratados fueron más jóvenes que los no tratados, con menor edad al diagnóstico (76 [70–79] vs 84 [79–87] años; p<0,001), diagnóstico más reciente (2023 [2021–2024] vs 2021 [2020–2023]; p=0,032), menor NT-proBNP (2805 [1632–4951] vs 4559 [2042–9530]; p=0,013) y mayor filtrado glomerular (65 [51–94] vs 56 [40–73]; p=0,029). Durante el seguimiento, la mortalidad fue menor en tratados con tafamidis (9,1% vs 50,0%; p<0,001), así como el evento combinado muerte/reingreso (27,3% vs 62,2%; p=0,001). En Kaplan-Meier, la supervivencia a 3 años fue 93,1% en tratados y 53,8% en no tratados (log-rank p<0,001). La supervivencia libre de evento combinado a 3 años fue 77,3% frente a 37,5% (log-rank p<0,001). En modelos de Cox, tafamidis se asoció con menor mortalidad en el análisis crudo (HR 0,15; IC95% 0,05–0,48; p=0,002) y tras ajuste por edad, sexo y año diagnóstico (HR 0,21; IC95% 0,06–0,81; p=0,023). El NT-proBNP fue un predictor pronóstico independiente.

Conclusiones: En esta cohorte de vida real de pacientes con ATTR, el uso de tafamidis se asoció con menor mortalidad y menor evento combinado. No obstante, los pacientes tratados presentaron un perfil basal más favorable y fueron diagnosticados en una era más reciente. La ausencia de fecha de inicio del tratamiento impide corregir completamente el sesgo de tiempo inmortal, por lo que los resultados deben interpretarse como una

asociación observacional exploratoria.