Rev Clin Esp. 2021;222(Espec Congr 2):523

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

5 - PREDICTORES DE MORTALIDAD TEMPRANA Y A LARGO PLAZO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

A. Campos Sáenz de Santa María[1], *J.I. Pérez Calvo*[1,2] *y J. Rubio Gracia*[1,2]

[1]*Universidad de Zaragoza. Zaragoza.* [2]*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

Resumen

Objetivos: La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico complejo que afecta a millones de personas mundialmente. La mortalidad durante el ingreso o tras un episodio de descompensación por IC es inaceptablemente alta. El estudio de factores que predicen la mortalidad en el ingreso en fases precoces pueden ayudar a reducirla mediante la implementación de medidas terapéuticas y esquemas de seguimiento más ajustados. El objetivo de este estudio fue determinar el perfil epidemiológico, clínico, analítico y ecocardiográfico de los pacientes que fallecen en diferentes períodos de tiempo con respecto a un ingreso hospitalario.

Métodos: Análisis observacional retrospectivo de 705 pacientes ingresados en servicio de Medicina Interna de un hospital terciario, siendo 347 fallecidos durante el ingreso y 358 pacientes en seguimiento seleccionados durante el mismo intervalo de tiempo. Se estudia la mortalidad en diferentes períodos: en el ingreso, al año y a los cinco años de seguimiento.

Resultados: En el análisis final se incluyeron 705 pacientes. La edad y el tratamiento diurético intensivo se han relacionado con mayor mortalidad en todos los períodos de seguimiento. Los predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria son el IMC elevado (IC95% p 0,001), la creatinina aumentada (p 0,001), el NT-proBNP incrementado (p 0,001) y los antecedentes de insuficiencia renal crónica (p = 0,003). La prescripción de IECA/ARAII/ARNI (p 0,001), anticoagulantes (p = 0,001) y antiagregantes (p = 0,025) se asoció con menor mortalidad intrahospitalaria. La mortalidad a un año se asoció a la hiponatremia (p = 0,016), hipopotasemia (p = 0,012), elevación de creatinina (p = 0,014) y NT-proBNP (p = 0,006). La mortalidad a 5 años fue menor entre las mujeres (p = 0,021) y mayor concentración de hemoglobina (p = 0,03).

Discusión: Las dosis de diurético ha sido un hallazgo consistente asociado a la mortalidad. La congestión clínica residual puede conducir a la disfunción orgánica, contribuyendo a un peor pronóstico y aumentando la muerte cardiovascular. En la recogida de datos, cuantificamos la dosis de diurético (mg/día) que tomaban los pacientes ambulatoriamente. La congestión sistémica puede revertirse inicialmente con diuréticos; sin embargo, a largo plazo, por mecanismos complejos de escape y adaptación renal a la acción de los diuréticos y la propia progresión de la enfermedad, se desarrolla un estado congestivo permanente refractario que se traduce en una mayor mortalidad. En relación con los resultados de nuestro estudio, argumentamos que el uso de menor cantidad de dosis de diurético se relaciona con mejor respuesta diurética condicionando una menor congestión y mayor supervivencia.

Conclusiones: El tratamiento farmacológico basado en la evidencia de la IC protege frente a la mortalidad intrahospitalaria y la mortalidad a largo plazo. La dosis de diurético utilizado es un factor predictor de mortalidad a corto y largo plazo; falleciendo antes los pacientes que precisaron mayores dosis. La creatinina como marcador de la insuficiencia renal crónica y el NTproBNP se asocian a mayor mortalidad a corto plazo. El género femenino y la hemoglobina elevada se relacionan con una mayor supervivencia a largo plazo.

Bibliografía

1. Rubio J, Giménez I, Josa C, Sánchez M.M, Garcés V, Ruiz F, et al. Valor pronóstico de la valoración multimodal de la congestión en la insuficiencia cardíaca aguda. Rev Clin Esp. 2020. https://doi.org/10,1016/j.rce.2019,10.014

0014-2565 / © 2021, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.