Rev Clin Esp. 2023;224(Supl 2):S969

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

801 - ¿POR QUÉ SE DESCOMPENSA LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA?

Ainhoa Castiella Aranzasti, *Ariadna Setuain Indurain, Enara Echauri Carlos, June García Bascones, Amaia Torrecilla Ugarte, Ana María Álvarez Aramburu, Pablo Aragón Muñoz, Laura Aparicio Cordero y Julio Sánchez Álvarez*

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

Resumen

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de las causas principales de descompensación de insuficiencia cardíaca (IC) en pacientes que ingresan por este motivo en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital de Tercer Nivel, durante tres meses (desde el 01/01/2023 al 31/03/2023).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de las causas principales de descompensación en pacientes que ingresan desde Urgencias por IC en planta de Medicina Interna del Hospital Universitario de Navarra.

Resultados: En el análisis de la muestra, contamos con un total de 211 pacientes, de los cuales 26 no tuvieron un diagnóstico definitivo de IC (clínica y/o radiografía de tórax no compatible, con posteriores diagnósticos alternativos) o existían errores en la adquisición de datos. De un total de 185 casos restantes, la edad media de fue de 69 años (rango 50-97) y la distribución por sexos fue de 83 mujeres (45%) y 102 hombres (55%). La tasa de *exitus* global fue del 20% (38/185). En los pacientes con desencadenantes registrados (142/185; 77%), la principal causa de descompensación fue la infección (91/142; 64%). Entre las distintas infecciones, la más prevalente fue la infección respiratoria (68 casos; 75%), 9 de ellos neumonías; seguida de la infección sin claro origen (13), la infección de tracto urinario (7) y la celulitis (3). Como segunda causa de descompensación, predominaron las arritmias (19 casos; 13%), a destacar la fibrilación auricular (FA; 16; 84%). La tercera causa en frecuencia fue la anemia (11; 8%), seguida de las crisis hipertensivas (5; 4%) y alteraciones isquémicas (angina y/o síndrome coronario agudo; 4 casos; 2%). También abundaron alteraciones hidroelectrolíticas y/o transgresiones dietéticas y/o terapéuticas (7 en total, 5%; 1 diarrea aguda, 1 hiperpotasemia, 1 hipertiroidismo, 4 transgresiones), y casos más raros como valvulopatías agudas (1 estenosis aórtica de nuevo diagnóstico), 2 tromboembolismos pulmonares, 1 constricción pericárdica y 1 politraumatismo. En muchos casos, el desencadenante fue múltiple (3 FA descompensaron valvulopatías previas, en varias infecciones y anemias se dieron episodios de FA rápida...). En 43 pacientes (23%), no se logró identificar un claro desencadenante. En este grupo, 13 pacientes fallecieron (30% de *exitus*, casi el doble que en pacientes con desencadenantes descritos - 17%). *Discusión:* Las infecciones, y en concreto, la infección respiratoria, son las causas más frecuentes de descompensación de IC, así como las arritmias (y, en particular, la FA) y la anemia. Su corrección forma parte del tratamiento integral de la IC aguda (1, 4) y, para ello, su búsqueda activa

es fundamental. Sorprende, por tanto, que en un casi 1/4 de casos no se logre identificar un desencadenante claro; en estos, el pronóstico podría ser peor, sea porque esas causas no se llegan a tratar, o porque se trata de pacientes con IC más avanzada y más proclive por tanto a descompensarse.

Conclusiones: La identificación de causas desencadenantes, para su adecuada corrección, conduce a un pronóstico más favorable de IC que cuando esta se produce por progresión de la enfermedad[1-4]. Asimismo, es fundamental para el manejo inmediato e integral de la descompensación aguda. Por tanto, continuar con su estudio es esencial.

Bibliografía

1. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure.
2. Vivancos Delgado R, *et al*. Etiología y pronóstico de la insuficiencia cardíaca. Med Integral. 2002;39(10):444-53.
3. Silverberg DS, *et al*. The effect of correction of mild anemia in severe, resistant congestive heart failure using subcutaneous erythropoietin and intravenous iron: A randomized controlled study', Journal of the American College of Cardiology. (2001;37(7):1775-80. doi:10.1016/s0735-1097(01)01248-7
4. Acoltzin C, *et al*. Causas de insuficiencia cardiaca congestiva. Rev Mex Cardiol. 2001;12(3):111-4.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.