



Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

1507 - LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA EN EL INGRESO POR OTRAS PATOLOGÍAS

José María García Vallejo¹, Christian Martel Vera², Sonia González Sosa¹, Susana Blanco Tajés¹, Alba Santana García¹, Ana María Rivero Ramírez¹, María Naira Sánchez Vadillo¹ y Alicia Conde Martel¹

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España. ²Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Resumen

Objetivos: Analizar las características clínicas y evolución de la insuficiencia cardíaca aguda (ICA) en pacientes hospitalizados por otros motivos, así como las diferencias entre IC de debut o IC crónica descompensada.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo que recoge las interconsultas realizadas al servicio de Medicina Interna (MI) entre enero de 2020 y diciembre de 2022. Se seleccionaron aquellos pacientes con diagnóstico de ICA tras valoración. Analizamos datos demográficos, comorbilidades, situación funcional, etiología de la cardiopatía, debut o descompensación de IC conocida, factores desencadenantes, parámetros analíticos y ecocardiográficos, servicio consultor, la evolución intrahospitalaria y al año de seguimiento. Las variables categóricas se analizaron mediante test de chi-cuadrado y las cuantitativas mediante t-Student.

Resultados: Se registraron 1.782 interconsultas (1.583 pacientes), con diagnóstico de ICA en 347 (21,9%). La edad media fue de 79,9 (rango 26-100) años, con ligero predominio de mujeres (184; 53%). Predominó el diagnóstico en servicios quirúrgicos (264; 76,1%), principalmente en Cirugía General (102; 29,4%) y Traumatología (77; 22,2%). Las comorbilidades más frecuentes fueron la HTA (90,8%), dislipemia (59,1%) y FA (45,8%). La mayoría de los pacientes presentó IC de etiología hipertensiva (56,8%) y FE preservada (68,6%), y solo en 13,3% se desconocía la FE. Los principales desencadenantes de la descompensación fueron los procesos infecciosos (45%), anemia (42,1%) y la sobrecarga hídrica (36,6%). En casi la mitad de los pacientes (167; 48,1%) supuso el debut de IC y solo 129 pacientes (37,2%) habían tenido un ingreso previo por IC. Fallecieron durante el ingreso 71 pacientes (20,5%), sin diferencias en la mortalidad entre IC de debut o crónica. Los pacientes con IC de debut fueron sometidos con más frecuencia a cirugía urgente (58,8 vs. 38,2%; $p = 0,004$), y existía una tendencia no significativa a ser más frecuente en servicios quirúrgicos que en médicos (79,6 vs. 71,3%; $p = 0,075$). Los pacientes con IC crónica descompensada presentaron con más frecuencia FEVI reducida (15,6 vs. 7,8%; $p = 0,027$) y mayores comorbilidades (ERC, FA, cardiopatía isquémica previa, EPOC y SAOS), así como más reingresos globales (OR 2,52 IC95% [1,5-4,17-]; $p = 0,001$) y por IC (OR 2,43 IC95% [1,22-4,83-]; $p = 0,01$) y mortalidad al año de seguimiento (OR 2,53 IC95% [1,43-4,49-]; $p = 0,001$).

Discusión: La ICA en pacientes hospitalizados por otras causas es motivo de consulta frecuente a MI, con un perfil clínico similar a aquellos que ingresan por IC con diagnóstico principal en estos servicios. La proporción de pacientes con IC de debut es superior a lo descrito en otros registros. Se caracteriza por un mal

pronóstico en términos de mortalidad intrahospitalaria.

Conclusiones: La ICA que aparece en el ingreso hospitalario por otras patologías constituye una de cada cinco interconsultas realizadas a MI. Son pacientes de edad avanzada, ligero predominio de mujeres, con numerosas comorbilidades y FE preservada. El desarrollo de IC durante el ingreso se asocia a una elevada mortalidad (20%). Los pacientes con IC conocida previa tienen más comorbilidad y peor evolución tras el alta, pero no existen diferencias en la mortalidad intrahospitalaria con respecto a aquellos con IC de debut.