



<https://www.revclinesp.es>

2173 - IMPACTO PRONÓSTICO DEL DERRAME PLEURAL EN LA MORTALIDAD Y REHOSPITALIZACIONES POR INSUFICIENCIA CARDIACA A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Marina Vergara Ortiz, Andrés Paul Cevallos Castro, Marina García Melero, Carlos Manuel Pérez Medina, Beatriz del Hoyo, Esteban Pérez Pistón, Pau Llacer Iborra y Luis Manzano Espinosa

Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Determinar si la presencia de derrame pleural al ingreso hospitalario por una ICA se asocia con la mortalidad por todas las causas y con las rehospitalizaciones por insuficiencia cardiaca (IC).

Métodos: Se realizó un estudio observacional con 829 pacientes con ICA. Para el análisis descriptivo de los pacientes se dividieron en dos grupos según la presencia o ausencia de derrame pleural, determinada mediante criterios ecográficos al ingreso hospitalario. Las variables continuas se expresaron como mediana e intervalo intercuartílico (RIC), y las categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Para la comparación entre grupos se usó la prueba χ^2 para variables categóricas, y la prueba t de Student o la prueba de rangos de Wilcoxon (Ranksum) para variables continuas, según la normalidad de su distribución. El análisis de tiempo hasta el evento se realizó mediante curvas de Kaplan-Meier y un modelo multivariante de regresión de riesgos proporcionales de Cox. Las estimaciones de riesgo se presentaron como *hazard ratios* (HR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%). El modelo final incluyó edad, sexo, presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, fibrilación auricular, hemoglobina, proteína C reactiva, proteínas totales, BNP, eGFR, CA125 y la presencia de derrame pleural. La capacidad discriminativa del modelo multivariante final, medida mediante el estadístico C de Harrell, fue de 0,66 para mortalidad y 0,62 para rehospitalización. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados: La mediana (rango intercuartílico, RIC) de edad de la cohorte fue de 87 (83-90) años, el 65,6% eran mujeres, presentando el 82,2% la fracción de eyeción del ventrículo izquierdo preservada. En 328 (39,5%) pacientes se observó derrame pleural al ingreso. La tabla muestra las diferencias entre los dos grupos, destacando una mayor presencia de fibrilación auricular, valores más elevados de CA125 y mayor porcentaje de tratamientos con iSGLT-2 en el grupo con derrame pleural. Con una mediana (RIC) de seguimiento de 383 (133-661) días, 418 pacientes (50,2%) habían fallecido, y 301 reingresaron al menos una vez (36,3%). Las curvas de Kaplan-Meier revelaron un mayor riesgo de mortalidad y de reingresos para el grupo de pacientes con derrame pleural (figs.). Tras el ajuste multivariante, se identificaron como predictores independientes de mortalidad: mayor edad, presencia de derrame pleural, niveles elevados de CA125 y BNP, así como una peor función renal (TFG). El factor con mayor impacto fue el derrame pleural, con un *hazard ratio* (HR) de 1,3 (IC95%: 1,03-1,65; $p = 0,029$). En cuanto a las rehospitalizaciones, los principales predictores fueron la presencia de derrame pleural, fibrilación auricular, menor tasa de filtrado glomerular y presión arterial sistólica más alta al ingreso. Nuevamente, el derrame pleural se destacó como el predictor más potente (HR 1,4; IC95%: 1,07-1,82; $p = 0,015$).

Variables	Total (n = 829)	Ausencia de DP (n = 501)	Presencia de DP (n = 328)	p
Parámetros demográficos e historial médico				
Edad, años	87 (83-90)	87 (83-90)	87 (83-91)	0,092
Sexo femenino. n (%)	544 (65,6)	333 (66,5)	211 (64,3)	0,576
Hipertensión, n (%)	741 (89,3)	442 (88)	299(91,2)	0,193
Diabetes mellitus, n (%)	325 (39,2)	188 (37,5)	137 (41,8)	0,241
EPOC, n (%)	181 (21,8)	117 (23,4)	64 (19,5)	0,227
Fibrilación auricular, n (%)	493 (59,4)	282 (56,2)	211 (64,3)	0,023
Cardiopatía isquémica, n (%)	197 (23,8)	113 (22,6)	84 (25,6)	0,346
Patología valvular, n (%)	233 (28,1)	133 (26,5)	100 (30,5)	0,241
Días de hospitalización	6 (4-8)	5 (4-8)	6 (4-8)	0,06
Examen físico				
Clase NYHA (%)				
I		27(3,4)	18 (3,7)	9 (2,8)
II	0,575	541 (67,3)	335 (68,7)	206 (65,2)
III		226(27,1)	129(26,4)	97(30,7)
IV		10 (1,2)	6 (1,2)	4 (1,3)
Presión arterial sistólica, mmHg	134 (118-150)	133 (118-150)	134,5 (117-148)	0,497

Presión arterial diastólica, mmHg	72 (62-85)	73 (63-86)	72 (61-84)	0,258
Frecuencia cardiaca, lpm	80 (70-94)	80 (69-94)	81 (70-94)	0,377
Edema periférico, n (%)	564 (68)	330 (65,9)	234 (71,3)	0,106
Ecocardiograma				
FEVI, (%)	61 (52,6-67,8)	60,45 (52-68)	61,4 (53-67,4)	0,997
FEVI > 50%, n (%)	588 (70,8)	356 (70,9)	232 (70,7)	1
TAPSE, mm	1,98 (1,735-2,33)	1,99 (1,75-2,315)	1,96 (1,7-2,35)	0,47
Parámetros analíticos				
Creatinina, mg/dL	1,2 (0,91-1,67)	1,23 (0,9-1,6)	1,28 (0,92-1,66)	0,465
eGFR, ml/min/1,73 m ²	74,22 (65,30-81,95)	76 (66,83-81,95)	72,61 (61,52-80,01)	0,099
Urea, g/dl	70 (50-96,25)	69 (47-97)	70 (52-95,25)	0,215
Sodio, mEq/L	140 (136-142)	139 (136-142)	140 (137-143)	0,414
Potasio, mEq/L	4,10 (3,7-4,5)	4,10 (3,7-4,5)	4,1 (3,7-4,5)	0,817
Cloro, mEq/L	100 (95-103)	100 (96-103)	99 (95-103)	0,889
Hemoglobina, g/dL	11,7 (10,3-13,1)	11,8 (10,3-13,5)	11,6 (10,3-13)	0,071
Leucocitos, mcg/L	8,01 (6,47-9,68)	8,15 (6,65-9,83)	7,74 (6,12-9,52)	0,016
BNP, pg/mL	758,5 (378-1.135,7)	713 (290,3-1.135,7)	848,9 (508,7-1.149)	0,351
CA125, U/ml	56,8 (26,6-119,8)	47,7 (22,2-104,8)	73,5 (40-143,45)	0,001

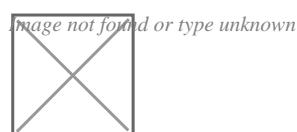
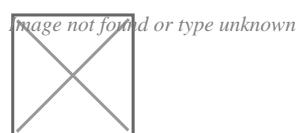
Proteínas totales, g/dL	6,2 (5,8-6,6)	6,2 (5,8-6,7)	6,2 (5,8-6,6)	0,339
Albúmina, g/dL	3,1 (2,8-3,3)	3,1 (2,8-3,4)	3 (2,7-3,3)	0,05
Colesterol total, mg/dL	130 (110-157)	132 (111-159)	129,5 (109-155)	0,228
Proteína C reactiva	20,35 (8-53,8)	22,2 (8,8-56,4)	19,1 (7,9-52,1)	0,464

Tratamiento

IECA, n (%)	106 (12,8)	62 (12,4)	44 (13,4)	0,206
ARA II, n (%)	40 (4,8)	30 (6)	10 (3)	0,213
Betabloqueantes, n (%)	51 (6,2)	29 (5,8)	22 (6,7)	0,78
iSGLT2, n (%)	154 (18,6)	90 (18)	64 (19,5)	0,008
ARM, n (%)	131 (15,8)	78 (15,6)	53 (16,2)	0,81
Furosemida, n (%)	753 (90,8)	450 (89,8)	303 (92,4)	0,184

Eventos

Mortalidad al año, n (%)	322 (38,9)	174 (34,9)	148 (45,1)	0,004
Reingresos por IC al año, n (%)	301 (36,3)	168 (33,5)	133 (40,5)	0,038



Conclusiones: En pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca aguda, la presencia de derrame pleural al ingreso hospitalario se asocia de forma independiente con un mayor riesgo de mortalidad y de rehospitalización por insuficiencia cardiaca a largo plazo. El derrame pleural se comportó como el predictor pronóstico más potente.