



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

IC-051 - ¿DISPONER DE ECOCARDIOGRAMA CAMBIA EL PRONÓSTICO EN LA IC?

R. Godoy, E. Pérez, M. Lluch, C. Sabbagh, M. Rodríguez, A. Rami, L. Ferrer, V. Isern

Medicina Interna. Hospital Dos de Maig de Barcelona-Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Analizar el perfil clínico, evolución intrahospitalaria y pronóstico a los 6 meses de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca (IC) en función de la disponibilidad de ecocardiograma (ETT) y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI).

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes ingresados por IC entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2015 en un Hospital de segundo nivel. Se recogieron variables demográficas, antecedentes patológicos, tratamiento y médico responsable del control. Se investigó la existencia de ETT y se registró la FEVI, considerándose preservada (ICp) > 50% y deprimida (ICd) 50%. Se valoró la asociación de ETT previa y de la FEVI con la estancia, la mortalidad intrahospitalaria, al mes y a los 6 meses (6m) y las consultas y reingresos por IC a los 6m.

Resultados: Se incluyeron 209 pacientes, con una edad media de $86,5 \pm 5,8$ años. En 74,6% (156) se disponía de ETT previo al ingreso, 118 (75,6%) en los últimos 5 años. Durante el ingreso se realizaron 15 ETT de los 20 solicitados. Del total, 115 (72,8%) tenía ICp y 43 (27,2%) ICd. Tener ETT se relacionó significativamente ($p < 0,05$) con menor edad media (85,5 vs 89,2), vivir en domicilio (87,1 vs 71,1%), menor dependencia (59,2 vs 43,4%) y seguir control por Cardiología/UIC versus Atención Primaria/Medicina Interna (35,9 vs 13,2%). También se relacionó con mayor prevalencia de HTA (92,3 vs 83,0%), DLP (60,3 vs 33,9%), FA (66,0 vs 43,4%) y cardiopatía hipertensiva (46,4 vs 26,9%). Se encontró una asociación ($p < 0,05$) entre disponer de ETT y llevar tratamiento con betabloqueantes (48,7 vs 21,1%), antialdosterónicos (14,7 vs 0%) y diuréticos (73,7 vs 51,9%), no así con IECA/ARAII (63,9 vs 55,8%). No se relacionó con la estancia hospitalaria, consultas a urgencias y reingresos a los 6m ni con la mortalidad intrahospitalaria, al mes y a los 6m. Según la FEVI, los pacientes con ICd tenían más comorbilidades (I. Charlson medio 9,1 vs 8,4), historia de tabaquismo (39,5 vs 23,5%), insuficiencia renal (IRC) con FG 60 ml/min (81,4 vs 55,7%), cardiopatía isquémica (48,8 vs 26,9%), CF NYHA III-IV (63,9 vs 32,9%) y un proBNP medio más elevado al ingreso (8.845 vs 5.922 pg/ml), pero menor frecuencia de cardiopatía hipertensiva (32,6 vs 54,8%). El tratamiento en la ICd fue IECAs/ARAII 74,4%, betabloqueantes 44,2% y antialdosterónicos 16,3%, sin diferencias entre el utilizado en la ICd y la ICp. Tampoco se observaron diferencias en ninguna variable evolutiva en función de la FEVI (estancia hospitalaria, mortalidad intrahospitalaria, al mes y los 6m del alta, o consultas y reingresos a los 6m).

Discusión: A pesar de ser una recomendación 1C de las guías Europeas de Cardiología a 1/4 de los pacientes no se les había realizado ETT previamente. Predomina la ICp asociada a cardiopatía hipertensiva, sin observarse diferencias en la FEVI por sexo, edad ni HTA, sí reportadas en otras series. La ICd, más frecuente en cardiopatía isquémica, se observó en pacientes con mayor comorbilidad, insuficiencia renal, peor CF y

ProBNP más elevados, sugiriendo una situación clínica de mayor gravedad. Existe una infrautilización del tratamiento recomendado en las guías de IC para la ICd. En nuestro estudio, la estancia, la mortalidad y las consultas a urgencias y reingresos no se relacionaron con disponer de ETT ni con el tipo de IC según la FEVI.

Conclusiones: Los pacientes con ETT tienen una edad media menor, son menos dependientes y están menos institucionalizados. Tienen mayor prevalencia de HTA, DLP, FA y cardiopatía hipertensiva y con mayor frecuencia están controlados por Cardiología/UIC. 2. Disponer de ETT se asocia a mayor tratamiento con betabloqueantes, antialdosterónicos y diuréticos, no con IECAs/ARAII. 3. La ICp se asocia a cardiopatía hipertensiva, mientras que la ICd se asocia con mayor índice de Charlson, historia de tabaquismo, IRC, cardiopatía isquémica, CF avanzada y proBNPs más elevados. 4. Existe una infrautilización del tratamiento recomendado para la ICd (IECAs/ARA-II, betabloqueantes, antialdosterónicos). 5. Disponer de ETT y conocer la FEVI no modifica la estancia hospitalaria, la mortalidad ni las consultas o ingresos posteriores por IC.