



1191 - ANÁLISIS DE REINGRESOS HOSPITALARIOS Y USO DE ECOGRAFÍA CLÍNICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA DESCOMPENSADA

I. Diego Yagüe, A. Mora Vargas, E. Montero Hernández e Y. Tung Chen

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

Resumen

Objetivos: Principal: definir una escala de predicción de ingreso hospitalario por insuficiencia cardíaca (IC) combinando parámetros clínicos, analíticos y ecográficos. Secundarios: determinar el riesgo de reingreso en pacientes dados de alta por IC con y sin seguimiento en unidad de insuficiencia cardíaca. Describir el uso de ecografía clínica en pacientes con IC ingresados y ambulatorios.

Métodos: Es un estudio observacional retrospectivo. Muestreo aleatorio simple de 50 pacientes de una cohorte con diagnóstico de insuficiencia cardíaca del 1/1 al 30/4/2021 del servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel de Madrid. Dividimos esta cohorte en dos subgrupos, una incluyendo pacientes que precisaron hospitalización y otra con pacientes en seguimiento en el hospital de día de insuficiencia cardíaca. Se realizó un análisis descriptivo de ambos subgrupos, y se determinó la relación de variables cualitativas mediante la prueba de chi-cuadrado, y las variables numéricas con el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson. Se analizaron distintos modelos de predicción de reingreso mediante una regresión logística binaria y curvas ROC de las variables más significativas. La significación estadística se estimó con un valor p menor de 0,05.

Resultados: Nuestra cohorte presentaba una edad media de $86 \pm 7,9$ años siendo el 60,8% mujeres. 31,4% tenían diabetes mellitus tipo 2, 13,7% EPOC y 32,7% anemia ferropénica. El 60,8% presentaban grado II en la escala NYHA. Un 72,5% presentaban FEVI preservada. La etiología mayoritaria de la insuficiencia cardíaca fue valvular (41,2%). El 50% tenía fibrilación auricular y el 68,6% una frecuencia cardíaca superior a 70 latidos. El 94,1% tomaban furosemida, 47,1% IECAS/ARA2, 52,9% betabloqueantes y antialdosterónicos el 25,5%. Al 64,7% se les realiza ecografía clínica y 41,2% SCORE pulmonar. Reingresaron un 27,5% en el subgrupo de hospitalización frente a un 22% en el otro subgrupo. La media de ingreso fueron 8,8 días (desviación estándar 7,19). El proBNP fue directamente proporcional a signos clínicos de insuficiencia cardíaca al alta, datos ecográficos, días de ingreso y reingreso ($p < 0,05$). El uso de antialdosterónicos fue directamente proporcional a la tensión arterial sistólica, diabetes mellitus, FEVI y escala NHYA ($p < 0,05$). Modelo de regresión logística binaria con FEVI disminuida y frecuencia cardíaca superior a 70 lpm con capacidad de predicción del 76,5% (sensibilidad del 57,1%, especificidad del 83,8%). En otro modelo, incluyendo además FA aumentó la capacidad de predicción al 78% (sensibilidad 28,6%, especificidad 97,3%). La curva ROC mostró que para un valor de corte de proBNP al alta superior a

2669, existió un 70,3% de probabilidades de reingreso (sensibilidad 71%, especificidad 40%).

Conclusiones: La fibrilación auricular, frecuencia cardíaca y proBNP son variables que en nuestra cohorte han demostrado tener relación directa con la probabilidad de reingreso. El manejo ambulatorio desde las unidades hospitalarias permite optimizar el manejo del paciente. Con la ecografía clínica podremos clasificar a los pacientes según el riesgo de descompensación. No obstante, es preciso su estandarización, uso generalizado y realizar decisiones terapéuticas para determinar su impacto. Con estas variables y la ecografía clínica, se podría realizar una escala de predicción de reingreso, mediante un estudio prospectivo para su validación.