



## 209 - SIGNIFICADO DE LA ALCALOSIS METABÓLICA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: RESULTADOS DEL ESTUDIO ALCALOTIC

**Joan Carles Trullàs Vila**<sup>1,2</sup>, Ana Isabel Pelaez<sup>3</sup>, Julio Blázquez<sup>4</sup>, Anna Sánchez Biosca<sup>5</sup>, Manuel Lorenzo López Reborio<sup>6</sup>, Prado Salamanca Bautista<sup>7</sup>, José M Fernández Rodríguez<sup>8</sup>, Miguel Ángel Vázquez Ronda<sup>9</sup>, Melitón F Davila Ramos<sup>10</sup>, Humberto Mendoza Ruiz de Zuazu<sup>11</sup>, José Luis Morales Rull<sup>12</sup>, Jesús Olmedo Llanes<sup>13</sup>, Pau Llàcer Iborra<sup>14</sup> y Alicia Conde Martel<sup>15</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Olot i comarcal de la Garrotxa, Olot (Girona). <sup>2</sup>Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya, Vic (Barcelona). <sup>3</sup>Hospital Universitario Rafael Méndez, Lorca (Murcia). <sup>4</sup>Hospital Universitario de Torrevieja, Torrevieja (Alicante). <sup>5</sup>Hospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramanet (Barcelona). <sup>6</sup>Hospital Comarcal Monforte de Lemos, Lugo. <sup>7</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>8</sup>Hospital Carmen y Severo Ochoa, Cangas del Narcea (Principado de Asturias). <sup>9</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid). <sup>10</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora La Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. <sup>11</sup>Complejo Asistencial de Ávila, Ávila. <sup>12</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. <sup>13</sup>Hospital Comarcal de Antequera, Antequera (Málaga). <sup>14</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. <sup>15</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

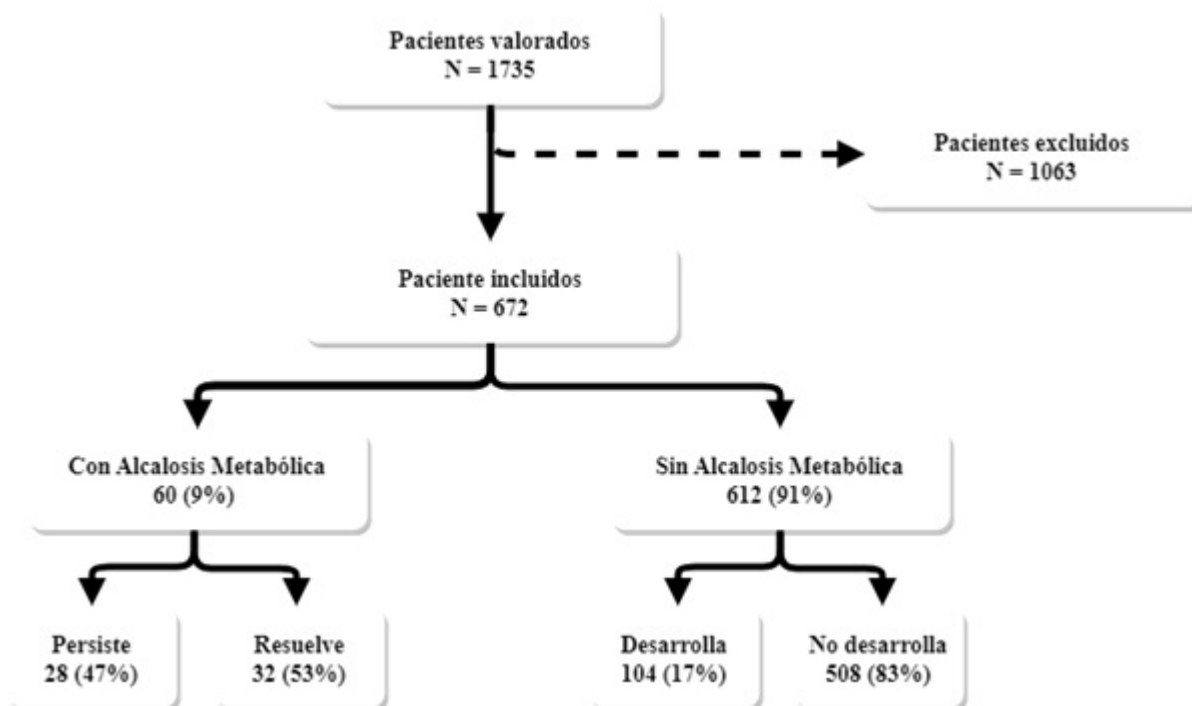
### Resumen

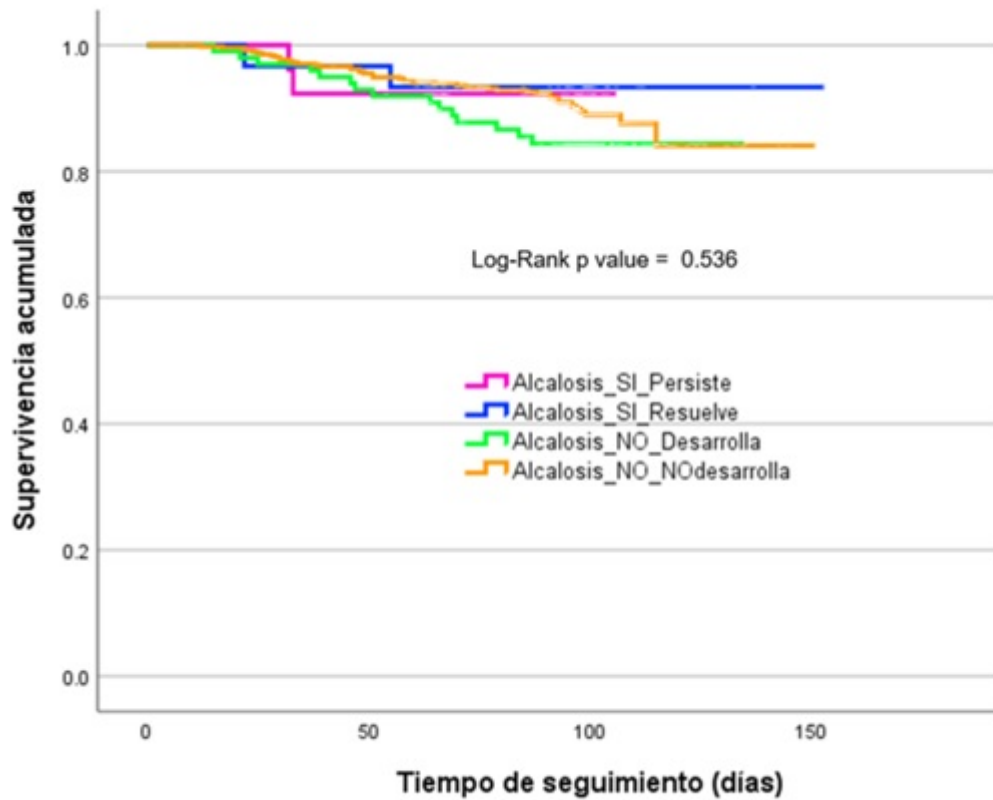
**Objetivos:** Son escasos los estudios sobre la relación entre alcalosis metabólica (AM) e insuficiencia cardíaca aguda (ICA). El objetivo principal es determinar la prevalencia de AM en pacientes ingresados por ICA, sus características clínicas y si la presencia de AM influye en el pronóstico, incluyendo estancia, reingresos y mortalidad hospitalaria y a corto plazo.

**Métodos:** Estudio de cohortes multicéntrico y prospectivo. Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes que ingresaron con el diagnóstico principal de ICA en Servicios de Medicina Interna entre 1 de enero y 31 de mayo de 2021, realizando un seguimiento de 3 meses tras el alta. Se determinó el equilibrio ácido-base mediante gasometría (venosa o arterial) en las primeras 24 horas de llegada al hospital y se definió AM un pH > 7,45 y un bicarbonato sérico > 26 mmol/L. La segunda gasometría se realizó 3-5 días después de la primera (a criterio del investigador). Se recogió la mortalidad y la estancia intrahospitalarias, así como la mortalidad y reingresos a los 30 y 90 días tras el alta. Se calculó un tamaño muestral mínimo necesario de 574 pacientes. El estudio fue aprobado por el CEIC del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta (Girona), por la AEMPS y registrado en Clinicaltrials.gov (Identificador: NCT04740242).

**Resultados:** Se incluyeron 672 pacientes (mediana de edad 84 años, 56,7% mujeres), con una alta carga de comorbilidades (mediana del índice de Charlson de 3) con IC crónica un 79% de los casos (21% con IC *de novo*) e IRC (definida como FG < 60 ml/min) un 48,4%. Las etiologías más frecuentes de IC fueron hipertensiva (40,8%) e isquémica (25,4%). La mediana de FEVI fue de 56% y el 71% mostraron FEVI preservada. Al ingreso presentaron AM 60 pacientes (prevalencia de 8,9%, IC95% [6,8-11,1]). En 32 casos (53%) la AM se resolvió en el seguimiento. De los 612 pacientes sin AM al

ingreso, 104 (17%) la desarrollaron en el seguimiento. Se asociaron de forma significativa a la presencia de AM al ingreso: sexo femenino (70 vs. 55,4%;  $p = 0,029$ ), IRC (73,3 vs. 49,5%;  $p < 0,001$ ), tratamiento basal con ARA-II y los menores valores analíticos basales de creatinina, potasio y cloro ( $p < 0,001$ ) y mayor valor de FG ( $p = 0,009$ ). La presencia de AM se relacionó con el tratamiento administrado: durante la hospitalización recibieron más diurético de asa en perfusión que en bolo (25 vs. 12%;  $p = 0,004$ ), más acetazolamida (5 vs. 1,1%;  $p = 0,019$ ) y menos espironolactona (10 vs. 21,6%;  $p = 0,034$ ); al alta hubo mayor prescripción de acetazolamida (3,4 vs. 0,3%;  $p = 0,004$ ). No hubo diferencias significativas en estancia ni en mortalidad hospitalaria (que fue del 6,5%), ni en los reingresos o mortalidad a los 30 o 90 días según la presencia o no de AM al ingreso. Tampoco al comparar entre cuatro grupos según la presencia y evolución de AM a lo largo del ingreso (Persiste/Resuelve/Desarrolla/No desarrolla) (figs.).





*Conclusiones:* La AM es común en pacientes con ICA (prevalencia del 8,9% al ingreso) pero no se asocia a un peor pronóstico intrahospitalario ni a corto plazo.