



1818 - LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA FUERA DE LA HOSPITALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA. EL PACIENTE DE INTERCONSULTA

José María García Vallejo, Sonia González Sosa, Alba Santana García, Susana Blanco Tajés, María Naira Sánchez Vadillo y Alicia Conde Martel

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

Resumen

Objetivos: Analizar las características del paciente que es valorado en el circuito de consulta intrahospitalaria con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (IC) aguda.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo que recoge las interconsultas realizadas al servicio de Medicina Interna (MI) entre enero de 2020 y diciembre de 2021. Se seleccionaron aquellos pacientes con descompensación de IC. Analizamos datos demográficos, comorbilidades, situación funcional, etiología de la cardiopatía, 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 realizaron 1.060 interconsultas (962 pacientes valorados), siendo la IC aguda el diagnóstico en 196 (20,4%). La edad media fue de 79,9 (26-100) años, con ligero predominio de mujeres (105; 53,6%) y una puntuación media de índice de Barthel de 77,2. Predominó la interconsulta de servicios quirúrgicos (140; 71,4%), con mayor número en Cirugía General (61; 31,1%) y Traumatología (36; 18,4%). Dentro de los servicios médicos, la interconsulta desde Digestivo fue la más frecuente (24; 12,2%). Solo 39 pacientes (19,9%) se valoraron durante el ingreso previamente a la descompensación. En 174 pacientes (88,8%) se realizó seguimiento durante el ingreso, y 39 (19,9%) precisaron de traslado a cargo de MI. Se observó una alta tasa de comorbilidad: HTA (89,8%), diabetes (44,9%), dislipemia (57,1%), insuficiencia renal (40,8%), FA (54,6%), cardiopatía isquémica (32,1%), arteriopatía periférica (16,3%), enfermedad cerebrovascular (15,3%), deterioro cognitivo (14,8%) y EPOC (13,8%). Predominaba la IC con fracción de eyección (FE) preservada (69,9%), y solo en 12,2% se desconocía la FE durante la valoración. La causa más frecuente de descompensación fue la anemización durante el ingreso (44,9%) seguido de los procesos infecciosos (40,8%). En casi la mitad (93 pacientes; 47,4%) se trató de IC de debut, y solo 75 pacientes (38,3%) habían presentado ingreso previo por IC. Fallecieron durante el ingreso 39 pacientes (19,9%), identificando como factores de riesgo la concomitancia de proceso infeccioso ($p = 0,036$), niveles más elevados de NT-proBNP ($p = 0,003$), troponina T ($p = 0,002$) y urea ($p = 0,003$), y más bajos de albúmina ($p = 0,036$). La tasa de mortalidad al año de seguimiento fue del 27,6% (43 pacientes) y 59 pacientes (37,8%) reingresaron por cualquier causa en el mismo periodo de tiempo.

Discusión: Existe poca información en la literatura que nos permita definir al paciente con IC que es atendido en la interconsulta hospitalaria. En nuestro registro se comprueba que la gran mayoría de los diagnósticos proceden de servicios quirúrgicos, con un perfil similar al atendido en servicios de MI. El diagnóstico de esta patología durante el ingreso tiene un importante impacto pronóstico, con una tasa de mortalidad intrahospitalaria muy superior a la descrita en registros convencionales.

Conclusiones: El perfil del paciente con IC en interconsulta es similar al atendido en MI, con predominio de mujeres, edad avanzada, alta comorbilidad y FE preservada. La mortalidad intrahospitalaria es muy elevada en comparación a otros registros de IC. Es primordial identificar pacientes de alto riesgo con la intención de crear protocolos de optimización perioperatoria.

Bibliografía

1. Gualandro DM, Puelacher C, Chew MS, *et al*; BASEL-PMI Investigators. Acute heart failure after non-cardiac surgery: incidence, phenotypes, determinants and outcomes. *Eur J Heart Fail.* 2023 Mar;25(3):347-57.