



<https://www.revclinesp.es>

## 1797 - CONSIDERACIONES AL INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA: ¿CUÁL ES EL PERFIL DE NUESTROS PACIENTES?

*Alejandro Licetti Bermúdez<sup>1</sup>, Sara Rodríguez Vega<sup>1</sup>, Claudia Saavedra Fernández<sup>1</sup>, Marta Suárez Acebo<sup>1</sup>, Elena Criado Hevia<sup>1</sup>, Isabel Arias Miranda<sup>1</sup>, Ana María Álvarez Suárez<sup>2</sup> y María Jesús Barragán González<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Hospital de Cabueñes, Gijón, España. <sup>2</sup>Hospital de Jarrio, Jarrio, España.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes que ingresan por insuficiencia cardiaca en nuestro centro en base a los datos recogidos en el protocolo de manejo de la insuficiencia cardiaca aguda (ICA) propuesto por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

**Métodos:** Estudio descriptivo de los pacientes ingresados por ICA en un servicio de Medicina Interna de un hospital terciario durante el mes de mayo de 2023. Para la recogida de datos se utilizó el protocolo de ICA de la SEMI integrado en el programa informático del hospital.

**Resultados:** Ingresaron 37 pacientes, de los cuales el 56,76% eran mujeres. La edad media fue 85,18 años (59-99). El 72,97% tenía cuidador, el 24,32% estaban institucionalizados y el 24,42% tenían demencia. El 70,26% realizó una ecocardiografía previa en los últimos 3 años. Presentaban fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada un 62,16%, reducida un 4,42%, intermedia un 8,11% y desconocida un 5,41%. En cuanto a la etiología de la ICA, el 70,26% fueron debidas a hipertensión; 37,84% a cardiopatía isquémica; 37,84% a valvulopatías; 8,11% a toxicidad farmacológica y 5,41% fueron idiopática. Respecto a las comorbilidades, un 83,78% tenía hipertensión; 54,05% fibrilación auricular; 51,35% dislipemia; 35,14% enfermedad renal crónica; 32,43% diabetes mellitus; 21,62% enfermedad pulmonar obstructiva crónica; 13,51% obesidad y 8,11% síndrome de apnea del sueño. El desencadenante, por orden de frecuencia, fue: 35,14% infeccioso; 18,92% arritmia de mal control; 10,81% valvulopatías sintomáticas; 8,11% anemia; 5,41% isquemia; 2,7% mal cumplimiento terapéutico; 2,7% crisis hipertensiva y 13,51% no aclarada. De los pacientes FEVI reducida, un 44,44% recibían tratamiento modificador de la enfermedad con betabloqueantes; 44,44% inhibidores del enzima convertidor de angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de angiotensina (ARA2); 44,44% inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2(iSGLT2); 22,22% inhibidores del receptor de angiotensina-neprilisina (ARNI) y 11,11% antagonistas del receptor de mineralcorticoide (ARM). Un paciente estaba optimizado con los 4 grupos farmacológicos, dos pacientes con 3 grupos y un paciente con 2 grupos. Un 13,04% de los pacientes con FEVI preservada recibía iSGLT2 previamente.

**Discusión:** La ICA es un motivo frecuente de ingreso en pacientes de edad avanzada. Un 62,16% presentaba FEVI preservada. La etiología principal fue hipertensiva, lo que demuestra la importancia de controlar los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de ICA. El desencadenante principal fue la infección, siendo necesario un abordaje integral de estos pacientes, a menudo con pluripatología. Se identifica un área de mejora en el manejo terapéutico de la ICA tanto con FEVI reducida como preservada, dado el bajo porcentaje

previo de tratamiento modificador.

*Conclusiones:* La instauración de un protocolo integrado en los sistemas informáticos es una herramienta útil para identificar aquellos pacientes con riesgo de ingresar por ICA. Es necesario el control de los factores de riesgo, así como un abordaje integral de las comorbilidades asociadas. Se debe incidir en la identificación de la etiología y el desencadenante de la ICA; y en la optimización de tratamiento al alta.