



## 1881 - LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA EN EL CIRCUITO DE INTERCONSULTA. PERFIL DIFERENCIAL DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DEL SERVICIO DE INGRESO

*Susana Blanco Tajés<sup>1</sup>, Christian Martel Vera<sup>2</sup>, Sonia González Sosa<sup>1</sup>, Alba Santana García<sup>1</sup>, María Luisa Labella Báez<sup>1</sup>, José María García Vallejo<sup>1</sup>, María Naira Sánchez Vadillo<sup>1</sup> y Alicia Conde Martel<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España. <sup>2</sup>Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las características clínicas y evolución de la insuficiencia cardíaca aguda (ICA) en pacientes hospitalizados por otros motivos, diferenciando el ingreso en servicios médicos o quirúrgicos.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo que recoge las interconsultas realizadas al servicio de Medicina Interna (MI) entre enero de 2020 y diciembre de 2022. Se seleccionaron aquellos pacientes con diagnóstico de ICA tras la valoración del médico internista consultor. 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. Comparamos a los pacientes en función del ingreso en servicios médicos o quirúrgicos. Las variables categóricas se analizaron mediante test de chi-cuadrado y las cuantitativas mediante t-Student.

**Resultados:** Se registraron 1.782 interconsultas (1.583 pacientes valorados), llegando al diagnóstico de ICA en 347 (21,9%). La edad media fue de 79,9 (rango 26-100) años, con ligero predominio de mujeres (184; 53%). Predominó la interconsulta de servicios quirúrgicos (264; 76,1%), con mayor número de diagnósticos en Cirugía General (102; 29,4%) y Traumatología (77; 22,2%). En función del servicio de ingreso, no hubo diferencias en edad, sexo, comorbilidades o situación funcional medido por índice de Barthel, a excepción de menos enfermedad cerebrovascular (16,6 vs. 26,8%;  $p = 0,039$ ) y más enfermedad arterial periférica (21,9 vs. 8,5%;  $p = 0,007$ ) en aquellos que ingresaban en servicios quirúrgicos. También se aprecia una tendencia no significativa a más cardiopatía isquémica previa (35 vs. 24,4%;  $p = 0,074$ ) y menos valvulopatía en estos pacientes (63,4 vs. 75,3%;  $p = 0,054$ ). En relación con la propia IC, no se observaron diferencias en FEVI, etiología de la cardiopatía o causa desencadenante de la descompensación, salvo tendencia a mayor frecuencia de sobrecarga hídrica en los pacientes quirúrgicos (40,1 vs. 28,9%;  $p = 0,070$ ). Los pacientes quirúrgicos presentaban, en el momento de la valoración del interconsultor, cifras más bajas de Hb ( $p = 0,007$ ), IST ( $p = 0,015$ ), albúmina ( $p = 0,010$ ) y 25-OH-VitD ( $p = 0,015$ ), así como más elevadas de vitamina B12 ( $p = 0,013$ ). Se observó una tendencia a mayor mortalidad intrahospitalaria en los pacientes quirúrgicos (22,6 vs. 13,4%;  $p = 0,070$ ), sin diferencias en reingresos ni mortalidad al año de seguimiento.

*Discusión:* La interconsulta a los servicios de MI en el ámbito hospitalario ha aumentado en los últimos años, especialmente por parte de los servicios quirúrgicos. En ello influye el aumento de la esperanza de vida, con pacientes cada vez más mayores y con mayor comorbilidad. A pesar de la situación epidemiológica actual, esto no influye en el ingreso en servicios médicos o quirúrgicos, no encontrando en nuestro registro diferencias significativas en cuanto a comorbilidad, situación funcional, mortalidad intrahospitalaria ni pronóstico a largo plazo.

*Conclusiones:* En más de una de cada cinco interconsultas intrahospitalarias realizadas al servicio de MI consta el diagnóstico, tras valoración, de ICA. No existen diferencias clínicas ni pronósticas relevantes en el perfil de estos pacientes, independientemente de que ingresen en servicios médicos o quirúrgicos. La mortalidad intrahospitalaria es muy elevada, por lo que es fundamental seguir investigando para crear protocolos de identificación y valoración precoz de este grupo de pacientes.