



<https://www.revclinesp.es>

2018 - MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDIZADA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Guido Collazos Fernández, Eugenio Antonio Ramos Pérez, Guillermo Alcalá Rivera, Sara Crespo Moya, Carmen Ortí Morente, Ana María Torres Martínez, Julio Manuel Moreno Salcedo y Mónica Loring Caffarena

Medicina Interna, Hospital Comarcal de la Axarquía, Málaga, España.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas fundamentales de los pacientes que fallecieron hospitalizados por Insuficiencia cardíaca agudizada en un hospital comarcal.

Métodos: Estudio descriptivo observacional transversal donde se recogieron los datos obtenidos de la historia clínica de los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca congestiva agudizada que fallecieron en el período del 1 de enero del 2024 al 31 de diciembre del 2024 en un Hospital Comarcal, realizando el procesamiento en el *software* IBM SPSS.

Resultados: La edad media entre los fallecidos fue de 81,5 años, teniendo estos más años de evolución con la enfermedad (6 vs. 2,5 años; p 0,002; IC95%), no hubo diferencias significativas en cuanto a sexo. Hubo mayor riesgo de fallecer en pacientes con situación basal dependientes para la vida (14 vs. 10; OR > 1; p 0,032; IC95%), lo mismo para aquellos con descompensaciones previas con necesidad de tratamiento diurético endovenoso siendo estos más de la mitad del total de muertes (14 vs. 10; OR > 1; p 0,04; IC95%). El fallo renal agudo durante la hospitalización supuso un mayor riesgo de desenlace fatal (15 vs. 9; OR > 1; p 0,006; IC95%), con una tasa de filtración glomerular más baja en fallecidos respecto a los supervivientes que comportó un peor pronóstico (28 vs. 52 mil/min; p < 0,001; IC95%), lo mismo que el fallo cardíaco derecho (18 vs. 6; OR > 1; p < 0,001; IC95%). De lo anterior se calculó que con cada aumento de 1 ml/min de filtrado glomerular se redujo el riesgo de fallecer en un 7% (OR < 1; p 0,006; IC95%). El uso de diurético endovenoso con suero salino hipertónico no ofreció protección frente a mortalidad (10 vs. 14; OR < 1; p < 0,001; IC95%). Los fallecidos tuvieron una menor estancia hospitalaria con muerte temprana reflejo de una peor situación clínica al ingreso y mayor gravedad (p 0,009; IC95%). Otras variables de gran relevancia clínica como valor de péptido natriurético cerebral al ingreso y grado de disnea según la Asociación del corazón de Nueva York en esta serie no alcanzaron significancia estadística. De la misma manera tampoco supuso un mayor riesgo de muerte la ocurrencia de complicaciones infecciosas durante el ingreso. Como dato adicional entre las muertes hospitalarias fueron mayoría los de fracción de eyección ventricular izquierda preservada al ingreso (media de 63 vs. 50%; p 0,008; IC95%) siendo este un fenotipo complejo que mostró una peor respuesta al tratamiento con fallecimiento temprano.

Conclusiones: Más años de evolución con insuficiencia cardíaca se relacionaron significativamente con un mayor riesgo de fallecimiento intrahospitalario, lo que sugiere un impacto acumulativo negativo de la enfermedad en la longevidad. Una menor tasa de filtración glomerular se asoció a una mayor mortalidad y resultó un predictor pronóstico individual de la enfermedad. Una menor estancia hospitalaria entre los

fallecidos fue muestra de una mayor gravedad y deterioro clínico al momento del ingreso con rápida evolución hacia el deceso.