



<https://www.revclinesp.es>

IC-063 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA CON EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA

C. Ramírez Baum¹, A. Crisolino Pozas¹, A. Collado Aliaga¹, F. Hernández Blanco¹, V. Polo San Ricardo¹, L. Mateos Polo¹, M. Fernández Gómez²

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. ²Departamento de Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Salamanca.

Resumen

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas, tratamiento y causas de cardiopatía de los pacientes ingresados en nuestro servicio con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva en los últimos 9 meses.

Material y métodos: Se recogieron los pacientes ingresados en nuestro servicio en los últimos 9 meses hasta 31 de mayo de 2016 con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva. Se analizaron las variables epidemiológicas, la/s causa/s de cardiopatía, tipo de insuficiencia cardiaca, clase funcional y tipo de arritmias, su tratamiento, función renal, pro- BNP, comorbilidades asociadas, mortalidad, causa de la misma y reingreso en los 30 primeros días tras el alta. Los datos fueron analizados con el sistema estadístico SPSS-22 por el Departamento de Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. Se utilizó el test ANOVA para medidas con factor de variación tiempo y para datos apareados y significación se usó la t de Student.

Resultados: De 150 pacientes, el 51% eran varones. La edad media fue de 85 años y la mediana de 87 años sin diferencias entre sexo. La media de días de estancia hospitalaria de 9 días ± 6,8 días. El 72% presentaba cardiopatía filiada, un 33% con ecocardiograma, FEVI preservada un 23% y no preservada un 11%). El 32% era hipertensiva, el 36% valvular, el 19% isquémica y el 13% dilatada. No hay diferencias entre la FEVI, días de ingreso hospitalario, reingreso a los 30 días ni mortalidad a los 30 días, pero si durante el ingreso ($p = 0,025$). Se encontró una relación significativa entre cardiopatía valvular y reingreso a los 30 días ($p = 0,032$). Únicamente se encontraron diferencias significativas entre cardiopatía dilatada y mortalidad a los 30 días ($p = 0,042$). El 8% se encontraban en clase funcional I/IV, el 28% en II/IV, el 50% en III/IV y el 13% en IV/IV de la NYHA. Únicamente encontramos diferencias en la tipo valvular y clase funcional ($p = 0,03$). No se han encontrado diferencias estadísticamente entre estadio de la NYHA, ingreso y mortalidad. El 7% tenían pro-BNP. Presencia de insuficiencia renal no se relacionó con clase funcional ni con la FEVI pero si con la mortalidad. El 34% se encontraban en ritmo sinusal, 56% fibrilación auricular, 3% flutter, 2% bloqueo AV y 4% ritmo de marcapasos. No existen diferencias significativas entre la FEVI y la presencia de arritmias. El 27% de nuestros pacientes estaba bajo tratamiento con betabloqueantes, el 18% con digoxina, el 19% con calcioantagonistas, el 31% con IECA, el 22% con ARA II, el 12% con diuréticos tiazídicos, el 70% diuréticos de asa y el 9% con nitratos. Únicamente se relacionó la insuficiencia renal con la toma previa de ARA II ($p = 0,02$). El 26% de los pacientes reingresó dentro de los 30 primeros días tras el alta. El 24% de los pacientes del estudio fallecieron: el 17% durante el ingreso y el 6,5% restante en los primeros 30 días del alta

hospitalaria. Entre las causas de mortalidad analizadas 2/3 por patología cardíaca.

Conclusiones: En nuestra serie, entre las causas de cardiopatía, se encuentran principalmente la etiología hipertensiva y valvular. La FEVI deprimida presentó diferencias significativa frente a mortalidad pero no frente a tiempo de ingreso. No se observó diferencias entre los distintos tipos de cardiopatía y días de estancia. La cardiopatía valvular presento mayor reingreso a los 30 días. Predomino la clase funcional III/IV, en la mitad de los pacientes, sin encontrarse relación con tiempo de ingreso ni mortalidad. Los pacientes con insuficiencia renal durante su ingreso tuvieron una estancia más prolongada y mayor mortalidad. Más de la mitad de los pacientes presento FA sin influencia sobre la FEVI. Diuréticos de asa, seguidos de IECA y BB el tratamiento más usado. Un cuarto de los pacientes reingresa y otro cuarto fallece dentro del primer mes, siendo la patología cardíaca la responsable en dos tercios de los casos.