



ICYFA-006 - INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DE NOVO EN UN HOSPITAL PRIVADO DE BARCELONA

A. Robles¹, J. Franco¹, G. Arbe², J. Peña¹, J. Huerta¹, F. Medina¹, J. Robert¹ y A. Charte¹

¹Medicina Interna; ²Unidad de Riesgo Cardiovascular. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona.

Resumen

Objetivos: El objetivo principal es describir el perfil clínico, reingresos y mortalidad de la insuficiencia cardíaca aguda (ICA) de novo, en una cohorte de dos años en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Objetivo secundario: comparamos las características basales y morbi-mortalidad del grupo ICA de novo frente a crónica descompensada.

Material y métodos: Estudio observacional y prospectivo durante dos años consecutivos, de pacientes ingresados con ICA. Analizamos variables clínicas, analíticas, ecocardiografías y tratamientos. Realizamos un seguimiento a 90 días. Separamos dos grupos: "novo" y crónica descompensada. Se realizó un análisis descriptivo utilizando media y desviación estándar para las variables cuantitativas y porcentaje para las variables categóricas. Se compararon las características basales de los grupos utilizando las pruebas t-Student y chi-cuadrado para las variables cuantitativas y categóricas respectivamente. Se analizó la mortalidad y las readmisiones a 90 días de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 105 enfermos. 47 (48%) fueron mujeres. Edad media de 77,7 años. La media del Índice de Charlson fue 2,4. La principal comorbilidad fue la HTA (81%) seguida de DM II, EPOC e insuficiencia renal. La principal etiología fue la hipertensiva, seguida de la isquémica y la valvulopatía. Predominó la FEVI preservada en un 72,3%. A los 90 días de seguimiento 11(10,4%) pacientes fallecieron. Del total de la cohorte, 59 pacientes presentaron ICA de novo (56,1%). En el grupo con ICA de novo predominó el sexo masculino (55,9%), con una edad promedio de 77,4 años. Sus principales comorbilidades fueron HTA (77,9%) y dislipidemia (55,9%). Su índice medio de Charlson fue de 2,1. La media de hemoglobina fue 12,2 mg/dL, filtrado glomerular de 60,9 ml/min y pro bnp 3.861 pg/L. Su principal etiología fue la hipertensiva (44%), seguida de valvulopatía (16,9%) e isquemia (13,5%). Se encontró un mayor número de pacientes con FEVI preservada (84,7%) y predominó la clase funcional avanzada III-IV (57,6%). Los pacientes recibieron como tratamiento al alta IECA/ARAII (52,5%), betabloqueante (37,2%) y diurético de asa (72,8%). La mortalidad a los 90 días fue de 5 (8,4%) pacientes y los reingresos de 13 (22%) eventos. En el estudio comparativo con el grupo crónica descompensada encontramos que los pacientes de novo presentaron menor índice de Charlson (2,1 vs 3,1; p = 0,006), niveles de ácido úrico (6,26 vs 6,7; p = 0,018) y mayor FEVI preservada (84,7% vs 65,2%; p = 0,018). Con respecto a la morbi-mortalidad, ICA de novo frente a crónica descompensada, presentó menor tasa de muertes (8,4% vs 13%, p = 0,068), así mismo menor tasa de reingresos (22% vs 41%; p = 0,022).

Discusión: La ICA es una "epidemia moderna". Esta patología afecta todos los sectores sanitarios. A

pesar de los avances en nuevas dianas terapéuticas, continua presentando una alta morbi-mortalidad. No existen registros descriptivos de ICA en la sanidad privada. Con nuestros datos, podemos identificar que la ICA es un nuevo reto en el sector privado, presentando pacientes con más edad y elevada comorbilidad. El grupo de novo, presenta una alta tasa de reingreso y mortalidad a los 90 días, lo que nos sugiere que debemos optimizar el abordaje terapéutico y seguimiento de los pacientes en su “primer episodio” de ICA. La menor comorbilidad y mayor tasa de FEVI preservada, puede explicarnos la menor mortalidad y reingreso a los 90 días en comparación con el grupo de crónica descompensada. Es necesario con el cambio en la sanidad española, incentivar la investigación en ICA de novo, en el sector sanitario privado.

Conclusiones: La ICA de novo, es prevalente e incidente tanto en el sector público como privado. En nuestra cohorte presenta tendencia a menor tasa de reingresos y mortalidad frente a la crónica descompensada.