



5014-4. INTERACCIÓN ENTRE EL ESTADO FUNCIONAL, LA EVOLUCIÓN PREVIA DE LA ENFERMEDAD Y OTROS FACTORES PREDISPONENTES EN LA REHOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Teresa Miriam Pérez Sanz¹, Verónica García Ramos¹, María González Araujo¹, Itziar Gómez Salvador², Henar Sanz Tinaquero¹, Susana García García¹, Raquel del Río Martín¹ y Amanda Zaera Agudo¹

¹Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid. ²Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Resumen

Introducción y objetivos: La rehospitalización por insuficiencia cardiaca (IC) es un indicador de progresión de la enfermedad y asocia elevada mortalidad. Analizamos qué factores se relacionan con la reagudización de la IC incluido el reingreso, centrándonos en la esfera funcional y en la presencia previa de IC.

Métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes consecutivos ingresados por IC, primer episodio o descompensación de una IC crónica. Se obtuvieron variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas, se realizó una valoración funcional con el índice de Barthel y el tiempo necesario para recorrer 15 pasos, y un cribado de fragilidad con la escala ISAR (Identification of Senior At Risk). Si la IC era crónica se registró el tiempo transcurrido desde el primer ingreso y el número de ingresos previos. Estudiamos el evento combinado: presencia de reingresos por IC, visitas a urgencias o descompensaciones tratadas en consulta. Se analizaron todas las causas de mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes (edad media $76,8 \pm 10,8$ años, 56,7% varones). 83,3% hipertensos, 56,7% en fibrilación auricular y 26,7% diabéticos. La Fracción de Eyección (FE) media fue $49,2 \pm 14,5\%$. La duración previa de IC era de $11 \pm 24,5$ meses y el número de ingresos previos por IC $0,9 \pm 1,5$. La puntuación Barthel fue $89,7 \pm 15,7$, ISAR $2,2 \pm 1,3$ y el tiempo de los 15 pasos $11,7 \pm 5,2$ seg. El NT-proBNP máximo al ingreso 4.500 [2.898-8.412] pg/ml, al primer reingreso 7.534 [3.646-15.438] pg/ml, máximo del seguimiento 5.444 [2.572-15.238] pg/ml y mínimo 2.048 [1.228-6.475] pg/ml. 54 pacientes (60%) presentaron el evento, fallecieron 46,3% frente a 5,6% de los que no lo presentaron (p 0,001). El seguimiento fue de $1,6 \pm 0,6$ años, la mortalidad del 30%. En el análisis univariante, varios parámetros basales demostraron asociación estadística con el evento (tabla), destacando la carga previa de IC y, en la esfera funcional, la puntuación ISAR y el índice de Barthel. La FE no se relacionó con el reingreso y el NT-proBNP solo en el seguimiento. La etiología isquémica asoció mayor riesgo de descompensación.

Evento (ingresos por IC o visitas a urgencias por IC o descompensaciones tratadas en consulta)	Sí	No	p
Edad (años)	$78,7 \pm 10,1$	$73,9 \pm 11,3$	0,038

Hipertensión arterial (%)	90,7	72,2	0,021
Fibrilación auricular (%)	59,3	52,8	0,543
Diabetes mellitus (%)	31,5	19,4	0,206
Fracción de eyección del VI (%)	47,4 ± 14,3	51,9 ± 14,7	0,148
Duración previa de IC (meses)	17,5 ± 29,8	1,3 ± 4,2	0,001
Ingresos previos por IC	1,26 ± 1,8	0,3 ± 0,6	0,001
Etiología isquémica (%)	42,6	13,9	0,004
Urea al ingreso (mg/dl)	77,0 ± 41,1	57,4 ± 19,8	0,004
Filtrado glomerular al ingreso (CKD-EPI)	54,6 ± 21,4	67,1 ± 20,6	0,007
Filtrado glomerular al alta (CKD-EPI)	51,1 ± 21	61,7 ± 19,1	0,022
NT-proBNP máximo del ingreso (pg/ml)	4.961 [3.038-8.412]	3.598 [2.562-8.495]	0,214
NT-proBNP máximo del primer reingreso (pg/ml)	8.855 [3.821-16.627]	4.382 [2.085-4.922]	0,176
NT-proBNP máximo en el seguimiento (pg/ml)	7.960 [3.953-18.202]	2.476 [1.466-4.046]	0,001
NT-proBNP mínimo en el seguimiento (pg/ml)	3.766 [1.578-9.570]	1.228 [823-1.834]	0,001
Filtrado glomerular en el seguimiento (CKD-EPI)	45,4 ± 20,6	62,8 ± 19,6	0,001
Barthel	90 [77,5-100]	100 [95-100]	0,001
ISAR	2,5 ± 1,2	1,9 ± 1,2	0,017
Test de los 15 pasos (seg.)	11,7 ± 4	11,7 ± 6,8	0,978

IC: insuficiencia cardiaca; VI: ventrículo izquierdo; ISAR: Identification of Senior At Risk.

Conclusiones: El índice de Barthel, la escala ISAR, y la carga previa de IC en hospitalizados predicen quienes se descompensarán. El NT-proBNP en el seguimiento añadirá valor a la predicción. Esto aplicado a la práctica clínica definirá qué pacientes se beneficiarán más de recursos ambulatorios en colaboración con Atención Primaria para reducir reingresos.