



6012-9. PREDICTORES DE DESCOMPENSACIONES DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA QUE REQUIEREN DIURÉTICO IV A 30 DÍAS POSALTA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA. RESULTADOS DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Maria Jesus Espinosa Pascual¹, Juan Górriz Magaña², Rocío Abad Romero¹, Daniel Nieto Ibáñez¹, Cristina Perela Álvarez¹, Renée Olsen Rodríguez¹, María Álvarez Bello¹, María Martín Muñoz¹, Alfonso Fraile Sanz¹, Rebeca Mata Caballero¹, Jesús Ángel Perea Egido¹ y Joaquín J. Alonso Martín¹

¹Hospital Universitario de Getafe, Madrid y ²Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) se caracteriza por altas tasas de reingreso por descompensación. Las unidades de IC son fundamentales para detectar pacientes con alto riesgo. El objetivo del estudio fue identificar predictores de descompensación de IC que requieren diurético iv a 30 días posalta para detectar pacientes de alto riesgo en el seguimiento que se realiza en el Programa de Asistencia Multidisciplinar de IC de nuestro hospital.

Métodos: Estudio analítico y observacional que incluyó todos los pacientes ingresados por IC en nuestro hospital (área 220.000 habitantes) en los últimos 3 años. Se realizó un modelo predictivo con regresión de Cox incluyendo aquellas variables estadísticamente significativas ($p < 0,01$) en el análisis univariante con el fin de determinar predictores independientes de desarrollar una descompensación de insuficiencia cardiaca que requiera diurético iv (ingreso hospitalario, hospital de día o urgencias) a 30 días tras el alta.

Resultados: Se registraron 296 ingresos por descompensaciones de IC. El 70% de ellos fueron en varones, con una edad media de 74 años (DE 70-80). La FEVI se encontraba reducida en el 61% de los casos, con una FEVI media 41% (DE 30-51). Una cuarta parte de los pacientes tenían el VD dilatado y una tercera parte disfuncionante. El bloqueo de rama izquierda estaba presente en el 25%. El filtrado glomerular medio fue 54 ml/min (DE 36-74) y la PSAP media 50 mmHg (DE 40-64). A 30 días, la tasa de descompensación fue 5,41% ($n = 16$), siendo 7 de cada 10 ingresos hospitalarios (tasa 3,72%), resto en hospital de día/urgencias sin ingreso. La tabla muestra los predictores que se incluyeron en el modelo predictivo, observándose que los antecedentes personales de cardiopatía isquémica y los niveles séricos de NT-proBNP a los 7-10 días posalta resultaron significativos. La presencia de cardiopatía isquémica se asoció con un 75% más de riesgo de descompensaciones y el riesgo se incrementó un 4% por cada aumento de 1.000 unidades de proBNP.

Análisis univariante y multivariante mediante regresión de Cox

Análisis univariante

Análisis multivariante

	HR (IC95%)	p	HR (IC95%)	p
NT-proBNP al alta (7-10 días)	1,00004 (1,0002-1,0006)	0,001	1,00041 (1,00020-1,00061)	0,001
Cardiopatía isquémica crónica	1,54 (1,06-2,25)	0,024	1,75 (1,111-2,765)	0,016
EPOC	1,53 (1,008-2,32)	0,046	1,004 (0,524-1,922)	0,991
Disfunción VD	1,54 (1,055-2,25)	0,025	1,229 (0,738-2,046)	0,428
Filtrado glomerular 30	1,81 (1,11-2,96)	0,016	0,846 (0,37-1,93)	0,692
Furosemida posalta (mg)	1,004 (1,002-1,007)	0,003	1,001 (0,998-1,005)	0,468
PSAP>60	1,63 (1,056-2,544)	0,001	1,131 (0,515-2,484)	0,759

Conclusiones: El estudio sugiere que los antecedentes personales de cardiopatía isquémica y el detectar niveles séricos progresivamente elevados de NT-proBNP a los 7-10 días desde el alta podrían predecir un mayor riesgo de descompensación de IC en los primeros 30 días con requerimiento de diurético iv. Planificar un seguimiento más estrecho a estos pacientes podría resultar en una reducción de dichas descompensaciones.