Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 213

Revista Española de Cardiología

6107-5. PERFIL DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN EL QUE SE SOLICITA SODIO URINARIO E INTERÉS PRONÓSTICO

Teresa Miriam Pérez Sanz[1], Cristina Tapia Ballesteros[1], Carmen de Cáceres Riol[2], Belén Redondo Bermejo[1], M. del Mar de la Torre Carpente[1], Andreea Catalina Cristea[1], Manuel González Sagrado[3], María Jesús Rollán Gómez[1] y Juan Carlos Muñoz San José[1]

[1]Cardiología. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España, [2]Medicina de Familia. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España y [3]Unidad de Investigación. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La congestión recurrente es la principal causa de ingreso por insuficiencia cardiaca (IC). Las últimas guías clínicas recomiendan el uso de sodio urinario (Nau) para guiar el tratamiento diurético, pero la evidencia de si esta práctica asocia menores tasas de reingreso y mortalidad es limitada. Estudiamos en qué tipo de pacientes ingresados por IC se determina Nau y su valor pronóstico.

Métodos: Análisis prospectivo de pacientes ingresados por IC clasificados en 2 grupos: con y sin determinación de Nau. Se estudió el perfil de cada grupo. Los criterios de valoración fueron: la estancia hospitalaria, el combinado reingresos o visitas a urgencias por IC y la mortalidad. Se identificaron predictores independientes de mortalidad mediante un modelo de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 109 pacientes (edad media 75 ± 12 años; 58% varones). 57 pacientes tenían determinado Nau y 34 pacientes habían ingresado previamente por IC. La FEVI media fue de 46 ± 15%. El seguimiento fue de 10 ± 5 meses y fallecieron 19 pacientes. En el análisis bivariante, en los pacientes con Nau medido había mayor porcentaje de pacientes con ingresos previos (40 vs 21%, p 0,031) y con etiología de la IC aún no aclarada (26 vs 10%, p 0,045). También hubo diferencias respecto al tratamiento al alta con sacubitrilo/valsartán (16 vs 4%, p 0,039) y antialdosterónicos (56 vs 33%, p 0,014). No hubo diferencias en cuanto a la función renal, el NT-proBNP, la FEVI, el índice de Barthel u otros tratamientos al alta. Los pacientes fallecidos tenían una primera determinación de Nau más baja (45 frente a 92 mEq/l; p 0,001), y la curva de supervivencia de Kaplan-Meier mostró que los pacientes con un primer Nau 40 mEq/l fallecían antes (12,0 [IC 8,5-15,5] vs 19,3 [IC 17,5-21,1] meses; p = 0,05) (*log rank* test; p 0,05). En un ajuste multivariado, un Nau 90 años. En la muestra estudiada no se encontró asociación entre Nau 40 mEq/l y estancia hospitalaria o descompensaciones.

Características basales de la población del estudio (N = 109)					
Edad (años)	76 ± 12	**Exploración física**		**Laboratorio**	
Sexo masculino	63 (58)	Peso (kg)	76 ± 17	Hemoglobina (g/dl)	12,7 ± 2,0

Historia médica		IMC	28 ± 5	Sodio (mEq/l)	137,4 ± 4,3
Hipertensión	83 (76)	TAs (mmHg)	137 ± 23	Potasio (mEq/l)	4,3 ± 0,5
Diabetes mellitus	35 (32)	TAd (mmHg)	83 ± 18	Creatinina (mg/dl)	1,3 ± 0,8
Ingresos previos por IC	34 (31)	FC (lpm)	91 ± 27	FG (ml/min/1,73 m^2)	58,3 ± 22,3
Nº ingresos previos por IC	0,7 ± 1,2	**Electrocardiograma**		NT-proBNP al ingreso (pg/ml)	7620,6 ± 6765,7
Etiología de la IC		Fibrilación auricular	57 (52)	NT-proBNP al alta (pg/ml)	3389,7 ± 3294,8
Isquémica	26 (24)	**Ecocardiograma**		Primer Na urinario (n = 57) (mEq/l)	83,9 ± 36,6
Valvular	25 (23)	FEVI (%)	48 ± 15	**Tratamiento al alta**	
Taquicardiomiopatía	22 (20)	SIV	13 ± 4	Bloqueador beta	82 (75)
Idiopática	20 (18)	Diámetro AI (mm)	47 ± 8	IECA o ARA2	64 (59)
Hipertensiva	8 (7)	Volumen AI (ml/m^2)	52 ± 16	iSGLT2	53 (47)
M. hipertrófica	4 (4)	Insuficiencia mitral	16 (15)	Diurético de asa	93 (85)
Amiloidosis	2 (2)	PSAP (mmHg)	43 ± 13	Tiazida	21 (19)
Quimiotoxicidad	1 (1)	Diámetro AI (mm)	47 ± 8	Antialdosterónico	49 (45)
Situación clínica		**Índice de Barthel**	87 ± 18	Sacubitril/Valsartán	11 (10)
EAP	18 (16)				

Los datos se expresan como frecuencia absoluta y porcentaje o media ± desviación estándar. AI: aurícula izquierda; ARA2: antagonista del receptor de angiotensina tipo 2; EAP: edema agudo de pulmón; FC: frecuencia cardiaca; FEVI: función sistólica del ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardiaca; IECA: inhibidor del enzima convertidor de angiotensina; IMC: índice de masa corporal; iSGLT2: inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; NT-proBNP: fracción N-terminal del péptido natriurético tipo B; PSAP: presión sistólica de la arteria pulmonar; TAs: tensión arterial sistólica; TAd: tensión arterial diastólica; FG: filtrado glomerular; SIV: septo interventricular.

Curva de supervivencia de Kaplan-Meier en función del sodio urinario mayor o menor de 40 mEq/l.

Conclusiones: Los niveles de Nau ofrecen información pronóstica adicional en IC aguda, y una primera determinación 40 mEq/l selecciona a un grupo de pacientes con mayor mortalidad en el seguimiento. En esta muestra se midió más Nau si había IC previa o se intentaba optimizar más el tratamiento, un perfil de pacientes más complejo.