


# Determinantes de la estancia hospitalaria prolongada y caracterización del fenotipo de difícil descongestión en pacientes geriátricos ingresados por insuficiencia cardiaca aguda y su impacto pronóstico

Alberto Vílchez Alcocer(1), Alfonso Fraile Sanz(1), Eddhisson Fernando Parrales Sánchez(1), Nuria Gil Mancebo(1), Paula Rodríguez Montes(1), Silvia Humanes Ybañez(1), Miguel de la Serna Real de Asúa(1), Miguel Gutiérrez Muñoz(1), Bárbara Izquierdo Coronel(1) y Joaquín Jesús Alonso Martín(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) - España

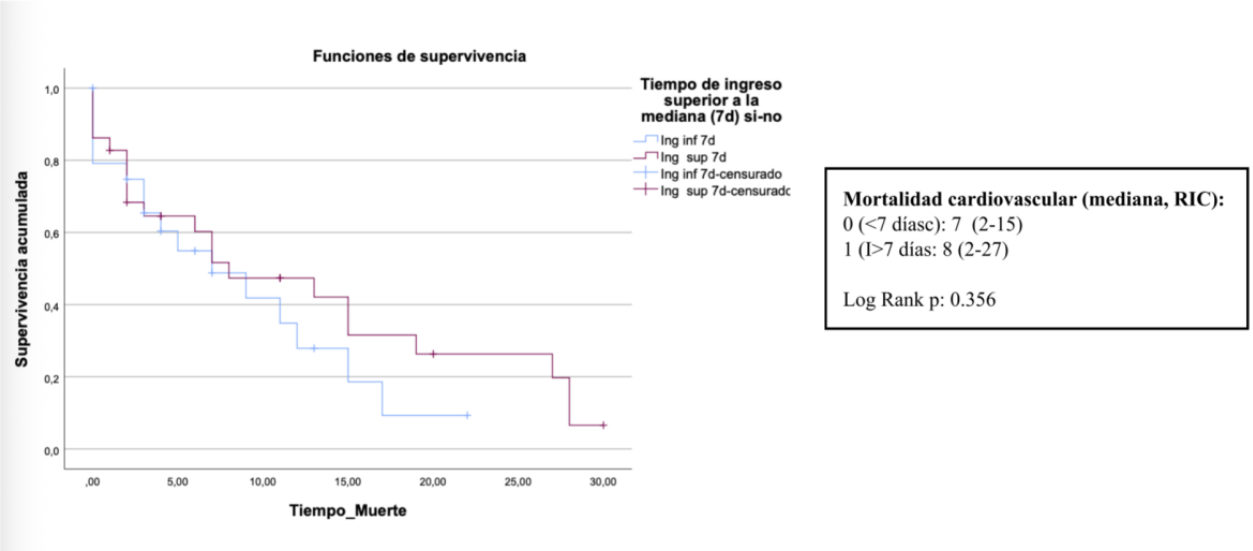
Introducción: La estancia hospitalaria prolongada en pacientes ancianos ingresados por insuficiencia cardiaca aguda (ICA) aumenta de forma significativa las complicaciones y los costes asociados. El objetivo del estudio es identificar los determinantes de una estancia prolongada en una cohorte geriátrica ingresada por descompensación de insuficiencia cardiaca y evaluar su impacto pronóstico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de vida real que incluyó 274 pacientes de 75 años o más ingresados por Insuficiencia cardiaca aguda en un servicio de cardiología. Según la mediana de estancia, se estratificaron en hospitalización estándar (7 días o menos, n=134) y prolongada (más de 7 días, n=140). La mediana de seguimiento fue de 9 meses. Se recogieron sistemáticamente variables clínicas, ecocardiográficas y analíticas para su comparación. La significación estadística se definió como un valor de $p<0,05$.

Resultados: Los pacientes con estancia prolongada (51%) presentaron un perfil clínico de mayor gravedad: mayor prevalencia de ICA previa ($p=0,015$), edema agudo de pulmón ($p=0,023$) y bajo gasto cardiaco al ingreso ($p=0,021$). Notablemente, la resistencia diurética fue muy superior en el grupo prolongado (21,4% vs. 3,0%; $p<0,001$). Ecocardiográficamente, mostraron una menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo ($p=0,035$), dilatación del ventrículo izquierdo ($p=0,043$), estenosis aórtica significativa ($p=0,012$) e insuficiencia tricuspídea previa ($p=0,024$). Analíticamente, el ingreso prolongado estuvo fuertemente condicionado por un peor perfil cardiorrenal basal: menor tasa de filtrado glomerular estimado (TFGe) ($p=0,002$) y niveles superiores de péptido natriurético tipo B (BNP) ($p<0,001$), creatinina ($p<0,001$) y urea ($p<0,001$) al ingreso. Esta huella biológica adversa persistió al alta con elevación significativa de BNP, troponina y antígeno carbohidrato 125 (CA-125) ($p<0,05$). Pese a la mayor complejidad de los pacientes con ingreso prolongado, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad global a largo plazo ($p=0,131$), la mortalidad cardiovascular ($p=0,356$) ni en los reingresos por insuficiencia cardiaca ($p=0,925$) durante el seguimiento.

Conclusiones: La estancia prolongada en pacientes ancianos con ICA identifica un fenotipo complejo y de difícil

descongestión, definido por remodelado ventricular adverso, insuficiencia tricuspídea preexistente, deterioro cardiorrenal profundo y niveles de péptidos natriuréticos persistentemente elevados. Clínicamente, se traduce en presentaciones con edema agudo de pulmón, bajo gasto y una marcada resistencia diurética. Su reconocimiento precoz es vital para implementar estrategias descongestivas iniciales intensificadas. A largo plazo, una estancia prolongada no penaliza negativamente la supervivencia.




**Características clínicas, ecocardiográficas y analíticas de la cohorte según la duración de la estancia hospitalaria.**

| | Ingreso ≤ 7d (N=209) | Ingreso > 7d (N=237) | p |
|---|---|---|---|
| **Episodios ICA previa (n, %)** | 42 (31,3) | 64 (45,7) | 0.015 |
| **Edema agudo de pulmón (n, %)** | 8 (6,0) | 20 (14,3) | 0.023 |
| **Bajo gasto (n, %)** | 3 (2,2) | 12 (8,6) | 0.021 |
| **Resistencia a diuréticos (n, %)** | 4 (3,0) | 30 (21,4) | <0.001 |
| **Miocardiopatia dilatada (n, %)** | 21 (15,7) | 28 (20,0) | 0.350 |
| **Miocardiopatia hipertrófica (n, %)** | 4 (3,0) | 3 (2,1) | 0.659 |
| **Amiloidosis cardiaca (n, %)** | 3 (2,2) | 10 (7,1) | 0.056 |
| **Antecedente de insuficiencia tricuspídea (n, %)** | 19 (14,2) | 35 (25,0) | 0.024 |
| **NT-proBNP al ingreso (pg/mL, (Mediana, RIC))** | 3526 (7892-2088) | 6950 (14447-6950) | <0.001 |
| **Cr al ingreso (mg/dL, (Mediana, RIC))** | 1,02 (1,5-0,8) | 1,27 (1,8-0,9) | <0.001 |
| **Urea al ingreso (mg/dL, (Mediana, RIC))** | 51 (69-38) | 65 (98-50) | <0.001 |
| **FEVI (Mediana, RIC)** | 52 (60-37,5) | 45 (60-31) | 0.035 |
| **Dilatación del ventrículo izquierdo (n, %)** | 47 (35,1) | 66 (47,1) | 0.043 |
| **Hipertrofia del ventrículo izquierdo (n, %)** | 55 (41,7) | 50 (35,7) | 0,314 |
| **Estenosis aórtica severa (n, %)** | 1 (0,7) | 9 (6,4) | 0.012 |
| **NT-proBNP, mediana [RIC]** | 1674 (3542-911)) | 3434 (7564-1475) | <0.001 |
| **CA125 al alta, mediana [RIC]** | 21,9 (54-13)) | 32 (92,5-13)) | 0,038 |
| **Creatinina al alta (mg/dl, (Mediana, RIC))** | 1,13 (1,64-0,95) | 1,4 (1,9-1,1) | <0.001 |
| **Troponina al alta (ng/L, (Mediana, RIC))** | 32 (47-22) | 40 (70-27) | 0.005 |

CA125: antígeno carbohidrato 125 Cr: creatinina d: días FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo ICA: insuficiencia cardiaca aguda NT-proBNP: porción aminoterminal del propéptido natriurético tipo B RIC: rango intercuartílico