



## 1930 - FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD AL AÑO DE SEGUIMIENTO TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA. DATOS DEL REGISTRO CANARIO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA (RECANIC)

José María García Vallejo<sup>1</sup>, Sonia González Sosa<sup>1</sup>, Elvira Sáez Martínez<sup>1</sup>, Alina Pérez Ramírez<sup>2</sup>, Melitón Francisco Dávila Ramos<sup>3</sup>, Juan Carlos Pérez Marín<sup>4</sup>, Antonio García Quintana<sup>1</sup> y Alicia Conde Martel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. <sup>3</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. <sup>4</sup>Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar qué factores pueden predecir la muerte al año de seguimiento después de un ingreso hospitalario por descompensación de insuficiencia cardíaca (IC).

**Métodos:** Estudio observacional y prospectivo en el que se incluyeron de forma consecutiva los ingresos por IC en los Servicios de Medicina Interna (MI) y Cardiología (CAR) de los grandes hospitales canarios durante desde enero de 2017 a febrero de 2018. Se realizó seguimiento durante un período de doce meses tras el alta. Se recogieron datos demográficos, clínicos, funcionales, analíticos, comorbilidades y estado vital en el momento del alta, así como reingresos y mortalidad al año de seguimiento. Las variables cualitativas se analizaron mediante ji al cuadrado y las cuantitativas mediante t-Student. Se realizó análisis multivariante para evaluar los factores relacionados independientemente con la mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron 2.198 pacientes, de los que 182 fallecieron durante el ingreso (8,3%) y 2.016 fueron dados de alta. Se pudo completar el seguimiento al año en 1943 pacientes (73 casos perdidos). La tasa de mortalidad al año fue del 25% (486 pacientes), con mayor número de defunciones en MI en comparación con CAR (32,1 vs. 15,6%;  $p < 0,001$ ). Se asoció a la mortalidad la edad (80,2 vs. 73,8 años;  $p < 0,001$ ), hipertensión, ( $p = 0,001$ ), diabetes ( $p = 0,016$ ), dislipemia ( $p = 0,048$ ), enfermedad coronaria ( $p = 0,001$ ), arteriopatía periférica ( $p < 0,001$ ), valvulopatía ( $< 0,001$ ), enfermedad cerebrovascular ( $p = 0,001$ ), menor PAS en el momento de ingreso ( $p = 0,034$ ), peor situación funcional (Barthel  $< 60$ ;  $p < 0,001$ ), anemia ( $< 0,001$ ), peor función renal ( $< 0,001$ ), hiponatremia ( $< 0,001$ ) y niveles más elevados de urea ( $p < 0,001$ ) y de NT-proBNP ( $< 0,001$ ). En cuanto al tratamiento médico, se corrobora menor mortalidad con IECA ( $p = 0,012$ ), betabloqueantes ( $< 0,001$ ) y antialdosterónicos ( $p = 0,009$ ), aunque apreciamos más defunciones con uso de diuréticos ( $p = 0,015$ ) y antiagregantes ( $p = 0,012$ ). La mortalidad fue diferente en función del fenotipo de IC: 19,96% en fracción de eyección (FE) reducida, 24,42% en FE ligeramente reducida y 24% en FE preservada. El número de fallecimientos fue inferior en IC de debut (16,11 vs. 30,9%;  $p < 0,001$ ) y mayor en aquellos en los que la FE era desconocida (35,6 vs. 22,75%;  $p < 0,001$ ). Tras análisis multivariante, los factores independientes relacionados con la mortalidad al año fueron la edad (OR 1,05; IC95% 1,03-1,07), sexo masculino (OR 1,51; IC95% 1,11-2,04), índice de

Barthel (OR 0,98; IC95% 0,98-0,99), presencia de enfermedad coronaria (OR 1,54 IC95% 1,14-2,07), cifras más altas de creatinina (OR 1,29; IC95% 1,10-1,51) y más bajas de hemoglobina (OR 0,9; IC95% 0,84,0,97), y el uso de betabloqueantes (OR 0,59; 0,43-0,82). El ingreso en servicios de MI no se relacionó con la mortalidad ( $p = 0,107$ ).

*Discusión:* A pesar de los continuos avances terapéuticos, la IC continúa siendo causa importante de morbimortalidad, no solo durante el ingreso hospitalario sino también en el seguimiento, confirmando nuestro estudio una mortalidad al año del 25%. Las variables predictivas de forma independiente con la mortalidad son fácilmente identificables, lo que sugiere la necesidad de seleccionar a los pacientes de alto riesgo para realizar un seguimiento y manejo integral en unidades especializadas.

*Conclusiones:* En Canarias, la mortalidad al año de seguimiento tras ingreso por insuficiencia cardíaca es similar a lo descrito en la literatura (25%). Son factores predictivos independientes la mayor edad, sexo masculino, peor situación funcional por índice de Barthel, la presencia de enfermedad coronaria, anemia o deterioro de función renal, así como efecto beneficioso del uso de betabloqueantes. A pesar de mayor mortalidad en los servicios de MI, no actuó como factor independiente de mortalidad tras ajuste por otros factores pronósticos.

## **Bibliografía**

1. Senni M, et al; IN HF Outcome Investigators. In-hospital and 1-year outcomes of acute heart failure patients according to presentation (*de novo* vs. worsening) and ejection fraction. Results from IN-HF Outcome Registry. *Int J Cardiol.* 2014;173(2):163-9.