Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):38

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IC-26. - VALIDACIÓN DEL MODELO PRONÓSTICO ¿EFFECT HEART FAILURE MORTALITY PREDICTION¿ EN UNA COHORTE TRAS EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Villena Ruiz[1], R. Quirós López[2], M. Núñez Rodríguez[2], M. Martín Escalante[2], F. Rivas Ruiz[3], J. Olalla Sierra[2], J. Moreno Izarra[1], J. García-Alegría[2]

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Quirón Marbella. Marbella (Málaga).[2]Servicio de Medicina Interna, [3]Unidad de Investigación. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

Resumen

Objetivos: Conocer la aplicabilidad del modelo &#39EFFECT Heart Failure Mortality Prediction&#39 (CHF Risk Model) para la predicción de la mortalidad de pacientes ingresados tras el diagnóstico inicial de insuficiencia cardiaca (IC).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados por primera vez con diagnóstico principal de IC entre enero 1997 y diciembre 2001. Se analizaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio y morbilidad incluidas en el CHF Risk Model. La supervivencia fue analizada a los 30 días y al año mediante revisión de la historia clínica, consulta telefónica e Índice Nacional de Defunciones. Tras la aplicación del modelo CHF Risk Model (disponible http://www.ccort.ca/CHFriskmodel.asp) y obtención de la probabilidad de mortalidad a los 30 días y al año; se comparó con la mortalidad observada mediante el cálculo de curva ROC con el programa SPSS 19.00.

Resultados: Se incluyeron 373 pacientes consecutivos tras el diagnóstico inicial de IC, con una edad media de 66,97 años (33-85) de los cuales el 52,8% eran hombres. En cuanto a características basales: HTA 56,8%, diabetes 40,2%, dislipemia 19%, cardiopatía isquémica 32,7%, enfermedad cerebrovascular 8,8%, EPOC 11,8% e insuficiencia renal 44,8%. La media de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) fue de 52,87 y el 58,4% tenían una FEVI preservada. La puntuación media obtenida mediante el modelo CHF Risk Model al mes fue de 93,83 (14-152; mediana 96) y al año 105,62 (20-166; mediana 107) puntos al año. La mortalidad media estimada por el modelo al mes fue del 10,21% y al año 34,72% frente a la observada en nuestra cohorte que fue respectivamente del 0,8% y 7,2%. El área bajo la curva (ABC) para la predicción al mes fue de 0,727 y al año de 0,716 (ABC: 0,6-0,75: test regular).

Discusión: Aunque el CHF Risk Model está desarrollado y validado en una población con un criterio de inclusión similar de IC (diagnóstico inicial con hospitalización); tras la aplicación en una cohorte retrospectiva, hemos observado que el modelo en nuestra cohorte sobrestima la mortalidad al mes y al año. Sin embargo, el análisis de la curva ROC, obtiene un ABC comprendida entre 0,65-0,7 considerado como un &#39test regular&#39. Estas diferencias podrían ser explicadas por el inferior tamaño muestral de nuestra cohorte así como algunas diferencias entre ambas poblaciones como: la menor edad en nuestra cohorte (66,9 vs 76,3 años) o la comorbilidad mayor en la cohorte de desarrollo como por ejemplo la EPOC 20,7% vs 11,8% o la enfermedad cerebrovascular 17% vs 8,8% en relación a la nuestra. También hay que tener en

cuenta que dicho modelo no se ha diseñado y validado en población española. Las limitaciones básicas del estudio son el ser un estudio retrospectivo y el tamaño de la muestra.

Conclusiones: 1. El &#39Heart Failure Risk Scoring Sistem&#39 parece que sobrestima la mortalidad en nuestra cohorte, con un ABCentre 0,65-0,7 equivalente a un &#39test regular&#39. 2. La discrepancia entre los modelos puede ser explicada por las diferencias en cuanto a la edad y comorbilidad entre ambas cohortes.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.