



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

M. Villena Ruiz¹, R. Quirós López², M. Núñez Rodríguez², M. Martín Escalante², F. Rivas Ruiz³, J. Olalla Sierra², J. Moreno Izarra¹, J. García-Alegría²

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

Resumen

Objetivos: Conocer la aplicabilidad del modelo 'EFFECT Heart Failure Mortality Prediction' (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 'test regular'. 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 *'Heart Failure Risk Scoring System'* parece que sobrestima la mortalidad en nuestra cohorte, con un ABCentre 0,65-0,7 equivalente a un *'test regular'*. 2. La discrepancia entre los modelos puede ser explicada por las diferencias en cuanto a la edad y comorbilidad entre ambas cohortes.