



IC-080 - IMPACTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y ABIERTA. ANÁLISIS DEL CMBD 2007-2015

B. Calvo¹, E. Orviz¹, C. Chocron¹, E. Jaén¹, J. Marco¹, M. Méndez¹, V. Muñoz² y C. Fernández³

¹Medicina Interna, ²Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Fundación IMAS. Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar la incidencia y el impacto de la insuficiencia cardiaca (IC) en la mortalidad intrahospitalaria, duración de la estancia, complicaciones cardiovasculares y comorbilidades en 474.754 pacientes del Sistema Nacional de Salud (SNS) intervenidos de colecistectomía (CC) laparoscópica y abierta.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal y retrospectivo realizado a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de todos los pacientes intervenidos de CC laparoscópica y abierta (código CIE-9 MC 51,22 y 51,23) y datos de alta de los servicios de Cirugía General del SNS entre los años 2007 y 2015. En todos estos pacientes se detectó si existía o no el diagnóstico secundario de IC (CIE-9 MC: 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93 y 428) y si existían diferencias estadísticamente significativas entre los paciente con IC y sin IC intervenidos en cuanto a mortalidad, estancia y complicaciones cardiovasculares incluidas (infarto agudo de miocardio, edema agudo de pulmón, shock cardiogénico, ictus y tromboembolismo pulmonar). Se realizó en primer lugar un análisis descriptivo bivariante (t de Student, chi cuadrado) entre los pacientes quirúrgicos con y sin diagnóstico secundario de IC, ajustado por edad, sexo y comorbilidad. Por otra parte, se llevó a cabo un modelo de regresión logística múltiple para detectar si existía correlación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en cuanto a mortalidad y estancia media en ambos grupos. Se utilizó STATA 13.0 como paquete estadístico para un nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: Se identificaron 474.754 intervenciones de CC laparoscópica o abierta en el periodo 2007-2015. En 4,244 de ellas (0,89%) se registró IC como diagnóstico secundario. La distribución por sexos fue similar: 46,4% hombres vs 53,6% mujeres. La edad media de los pacientes intervenidos fue de $76,51 \pm 9,63$ para el grupo de IC, siendo menor en aquellos en que no se registró IC ($58,14 \pm 16,45$, $p < 0,01$). La mortalidad intrahospitalaria fue superior en el grupo con IC (12,9% vs 1%; $p < 0,05$). La estancia media se triplicó cuando el paciente que se sometía al procedimiento presentaba IC (16,25 días vs 5,3 días). El análisis multivariante mostró que existe asociación estadísticamente significativa e independiente entre la IC y la mortalidad intrahospitalaria (OR: 1,31; IC 1,16-1,48; $p < 0,05$). Respecto a las complicaciones: un 1,5% de los pacientes intervenidos con IC sufrió IAM frente al 0% en los no IC. Para el edema agudo de pulmón

(EAP), la incidencia fue significativamente mayor en el grupo IC (20,5% vs 1%). En cuanto a las comorbilidades, se registró mayor prevalencia de aterosclerosis, enfermedad vascular periférica, valvulopatía, hipertensión, fracaso renal, EPOC, neumonía, diabetes, malnutrición calórico-proteica y demencia en los pacientes que desarrollaron IC periprocedimiento.

Conclusiones: Existe una baja proporción de casos de IC en pacientes intervenidos de CC. Esto probablemente puede deberse a tres motivos: la población intervenida es más joven; es una cirugía que generalmente entraña una baja tasa de morbimortalidad y permite el alta precoz de los pacientes; la IC puede estar infradiagnosticada en estos procesos. Sin embargo, a la luz de nuestros resultados, los ingresos quirúrgicos por CC que desarrollan IC presentan un importante factor de riesgo añadido de mortalidad y complicaciones cardiovasculares como IAM o EAP, objetivándose asimismo una estancia media 3 veces superior.