



## EA-059 - IMPACTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE SUSTITUCIÓN TOTAL DE CADERA. INFLUENCIA DE LA UNIDAD DE INTERCONSULTA DE MEDICINA INTERNA EN SUS RESULTADOS

A. Novoa<sup>1</sup>, M. Fragiel<sup>1</sup>, C. Fernández<sup>2</sup>, J. Bernal<sup>2</sup>, J. Elola<sup>2</sup>, M. Méndez<sup>1</sup>, J. Marco<sup>1</sup> y B. Calvo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Fundación IMAS. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la incidencia y el impacto de la insuficiencia cardiaca (IC) en la mortalidad intrahospitalaria, complicaciones cardiovasculares y duración de la estancia en 179.013 pacientes del Sistema Nacional de Salud (SNS) intervenidos de artroplastia total de cadera programada. Valorar si la existencia de Unidad de Interconsultas de Medicina Interna (MI) influyó en los resultados de los pacientes con IC que fueron intervenidos en el periodo de estudio.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal y retrospectivo a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los pacientes intervenidos de artroplastia total de cadera programada (código CIE-9 MC 81,51) y datos de alta de los servicios de Traumatología del SNS entre los años 2007 y 2015. En todos ellos 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 pacientes con IC y sin IC intervenidos en cuanto a mortalidad, estancia y complicaciones incluídas (infarto agudo de miocardio, edema agudo de pulmón, shock cardiogénico, ictus y tromboembolismo pulmonar). Se realizó un análisis descriptivo bi- variante (t de Student, chi cuadrado) entre los ingresos 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 existe correlación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) con la mortalidad y estancia media en ambos grupos. Se utilizó STATA13.0 como paquete estadístico con nivel de significación  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se identificaron 179.013 intervenciones de artroplastia total de cadera en el periodo 2007-2015. Sólo en 1.107 de ellas (0,62%) se registró IC como diagnóstico secundario. La distribución por sexos fue similar: 49,3% hombres vs 50,7% mujeres. La edad media de los pacientes intervenidos fue de  $75,8 \pm 8,2$  para el grupo con IC, siendo menor en aquellos en que no se registró IC ( $66,3 \pm 12,5$  años). La mortalidad intrahospitalaria fue superior en el grupo con IC (4,9% vs 0,1%;  $p < 0,05$ ). El análisis multivariante mostró que existe asociación estadísticamente significativa e independiente entre la IC y la mortalidad intrahospitalaria (OR: 1,7; IC: 1,12-2,56;  $p < 0,05$ ). La estancia media fue prácticamente el doble cuando el paciente con IC se sometía al procedimiento (14,2 vs 7,9 días;  $p < 0,05$ ). Un 1,8% de los pacientes con IC sufrió IAM frente al 0,1% en los no IC. Para el edema agudo de pulmón, la incidencia fue también mayor en el grupo IC (8% vs 0,3%). En cuanto a las comorbilidades, se registró mayor prevalencia de aterosclerosis, enfermedad vascular

periférica, valvulopatía, hipertensión, fracaso renal, EPOC, neumonía, diabetes y demencia en los pacientes que desarrollaron IC periprocedimiento. La presencia de Unidad de Interconsultas se asocia a una disminución de la tasa de mortalidad ajustada a riesgo en pacientes con IC intervenidos de artroplastia total de cadera. No se han encontrado, sin embargo, diferencias estadísticamente significativas en relación con la estancia ajustada o la estancia preoperatoria para estos procedimientos.

*Conclusiones:* Existe una baja proporción de casos de IC en pacientes intervenidos de artroplastia total de cadera, probablemente en relación con la infracodificación de este diagnóstico. Los pacientes con IC intervenidos son pluripatológicos a pesar de presentar una edad inferior a 80 años. La IC es un importante factor de riesgo en esta cirugía, aumentando la mortalidad intrahospitalaria, la estancia media y el desarrollo de IAM o edema agudo de pulmón. La actividad de la Unidad de Interconsultas disminuye la mortalidad en el grupo de pacientes con artroplastia e IC pero no genera cambios en su estancia hospitalaria.