



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

IC-058 - FACTORES ASOCIADOS A ESTANCIA HOSPITALARIA, REINGRESO Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

V. Isern, E. Pérez, C. Sabbagh, M. Lluch, A. Rami, M. Rodríguez, S. Casas, R. Godoy

Medicina Interna. Hospital Dos de Maig-Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Estudiar los factores asociados a estancia mayor a 7 días, reingreso a los 6 meses (6m) y mortalidad hospitalaria, al mes y a los 6m de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca (IC) en el servicio de Medicina Interna.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se revisaron las historias informatizadas de los pacientes con diagnóstico de IC ingresados en Medicina Interna entre el 01/01/2015 y el 31/03/2015. Se realizó un análisis univariado y multivariado para la evaluación de los factores asociados a estancia > 7 días, reingreso a los 6m y mortalidad hospitalaria, al mes y a los 6m. Se utilizó el paquete estadístico Stata 14.

Resultados: Se incluyeron 209 pacientes. La estancia hospitalaria media fue de $8,2 \pm 5,6$ días, con un 40,7% de estancias > 7 días. La mortalidad hospitalaria fue 9,6%. Un 40,7% de los pacientes reingresó una o más veces a los 6m del alta. La mortalidad al mes y a los 6m fue 9,5% y 25,9%, respectivamente. En el análisis univariado, la estancia > 7 días se asoció a Hb 10 g/dl ($p = 0,048$), proBNP > 10.000 pg/ml ($p = 0,002$) y a la realización de un ecocardiograma (ETT) durante el ingreso ($p = 0,042$), presentando los pacientes con antecedente de cardiopatía isquémica estancias menores ($p = 0,037$). En el modelo multivariado, los predictores de estancia prolongada fueron el proBNP > 10.000 pg/ml (OR 4,10; IC: 1,55-11,37) y la realización de ETT (OR 4,94; IC: 1,35-18,10). La mortalidad hospitalaria se asoció a mayor índice de Charlson ($p = 0,048$), antecedente de ictus ($p = 0,029$) y proBNP > 10.000 pg/ml ($p = 0,046$), siendo la enfermedad cerebrovascular el único factor de riesgo independiente de muerte durante el ingreso (OR: 5,51; IC: 1,11-27,31). Los factores asociados a reingreso a los 6m fueron la hospitalización por IC los 6m previos ($p = 0,014$) y las consultas a urgencias por IC los 6m anteriores ($p = 0,004$) y posteriores ($p = 0,001$), mientras que el tratamiento con antialdosterónicos fue un factor protector ($p = 0,029$). En el análisis multivariado, la dependencia severa (OR 2,65; IC 1,09-6,47), el ingreso los 6m previos (OR 2,70; IC 1,10-6,61) y las consultas a urgencias tras el alta (OR 7,70; IC 2,99-19,82) se asociaron con reingreso a los 6m, manteniéndose el factor protector de los antialdosterónicos (OR 0,20; IC 0,06-0,70). La mortalidad al mes se asoció a índices de Barthel < 60/100 ($p = 0,037$) y a estancias > 7 días ($p = 0,006$), siendo la estancia prolongada el único factor de riesgo con significación estadística en el análisis multivariado (OR 3,99; IC 1,09-14,63). La mortalidad a los 6m se asoció a mayor índice de Charlson ($p = 0,010$), clase funcional (CF) III-IV ($p = 0,001$), estancia > 7 días ($p = 0,028$) e ingreso por IC tras el alta ($p = 0,003$). Los antialdosterónicos fueron un factor protector ($p = 0,035$). En el modelo multivariado, la CF III-IV (OR 2,80; IC 1,12-6,96), la estancia prolongada (OR 3,28; IC 1,30-8,26) y el reingreso (OR 2,80; IC 1,12-6,96) fueron predictores de mortalidad a los 6m.

Discusión: La IC es una patología grave y frecuente que ha llevado a la creación de programas específicos para reducir el número de ingresos y la mortalidad. Nuestra serie incluye pacientes de edad avanzada, pluripatológicos y dependientes, con un alto número de consultas a urgencias e ingresos y una elevada mortalidad. Los pacientes con peor clase funcional, estancias hospitalarias prolongadas y múltiples descompensaciones de IC presentaron una mortalidad mayor tras el ingreso.

Conclusiones: Los niveles de proBNP > 10.000 pg/ml y a la realización de ETT durante el ingreso se asociaron a una estancia > 7 días, siendo la estancia prolongada un factor de riesgo independiente de mortalidad al mes y a los 6m. El antecedente de ictus se asoció a mayor mortalidad hospitalaria y la CF III-IV a mayor mortalidad a los 6m. La dependencia grave fue un predictor de reingreso y el tratamiento con antialdosterónicos un factor protector. Haber ingresado por IC al menos en 1 ocasión los 6m previos y las consultas a urgencias por IC tras el alta se asociaron a reingreso a los 6m y esto, a su vez, a mortalidad a los 6m.