Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):1029

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IC-085 - ANÁLISIS DE FACTORES IMPLICADOS EN EL REINGRESO EN INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Olid Velilla, J. Sánchez-Redondo, J. Abellán Martínez, J. Ruiz Galiana

Medicina Interna. Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles (Madrid).

Resumen

*Objetivos:*Analizar las características de los pacientes que más reingresan por Insuficiencia cardiaca e intentar determinar si existe algún factor de riesgo para reingreso que pueda ser utilizado como predictor a doce meses.

*Material y métodos:*Estudio retrospectivo longitudinal de cohorte única de pacientes con diagnóstico primario (según codificación CIE-9 al alta) de insuficiencia cardiaca, facilitado por el servicio de admisión, durante los años 2014 y 2015 en el Hospital Universitario de Móstoles, con al menos un reingreso durante los siguientes 12 meses. Se excluyen pacientes incorrectamente codificados, con diagnóstico secundario de insuficiencia cardiaca o sin reingreso a los 12 meses. Se analiza el perfil clínico, analítico, farmacológico, además del número de reingresos, eventos cardiovasculares y mortalidad al año. Posteriormente se realiza análisis de casos y controles anidado en la cohorte: Pacientes con cuatro o más ingresos en un año y/o fallecidos frente al resto y de pacientes con primer reingreso en los primeros 14 días frente al resto.

*Resultados:*Se recogen 82 pacientes con un 57,3% de varones. La media de edad fue de 78,04 años (desviación estándar ± -9,6). Entre los antecedentes personales destacan: los ingresos previos por insuficiencia cardiaca (en el 60% de los pacientes); HTA (84%); FA (62,2%) y FEVI > 50% (52,4%). La estancia media es de 9,92 días (DE ± 8,66) y el índice medio de comorbilidad por escala de Charlson es de 6,23. La media de días trascurridos hasta el reingreso fue de 59,47. Analizados por estratos, los pacientes con alta tasa de reingresos (4 o más ingresos en 12 meses y/o exitus) presentan un mayor grado de comorbilidad (Charlson 7,03 vs 5,74) y hay mayor tasa de pacientes con FEVI 50% (45% vs 31%). Hay mayor número de pacientes con dosis diaria > 100 mg de furosemida (12,9% vs 5,8%) con un valor medio de creatinina al alta del primer ingreso mayor que el grupo de menor tasa de reingresos (1,29 vs 1,13) con una media de creatinina al ingreso similar. No se encontraron diferencias en edad, duración del ingreso o antecedente de HTA. Los pacientes con reingreso precoz (menor o igual a 14 días) (21,9%) presentan mayor tasa de disfunción sistólica (61,1%). No se encuentra diferencia de eventos cardiovasculares (arritmia, ACVA/AIT o síndrome coronario) entre los distintos subgrupos. El 14% de los pacientes ha sido valorado en algún momento del período estudiado en consulta monográfica de insuficiencia cardiaca.

*Discusión:*Destaca, de mayor a menor, el antecedente de HTA, FA, ICC previa, y una media de índice de Charlson mayor de seis. Todo ello en línea con resultados de otras series. En el análisis por estratos, los pacientes con mayor número de reingresos o exitus, presentan un índice de Charlson más alto, un índice de pacientes con disfunción sistólica mayor, un requerimiento de dosis de furosemida más alto, y mayor empeoramiento de la cifra de creatinina durante el primer ingreso. No se ha tenido en cuenta si los reingresos

han disminuido tras un seguimiento en consultas externas monográficas de insuficiencia cardiaca. Es probable que un análisis específico revele diferencias entre pacientes en seguimiento por este tipo de unidades.

*Conclusiones:*Los pacientes que más reingresan tienen mayor prevalencia de HTA, mayor comorbilidad (índice de Charlson ajustado a la edad > 6), menor fracción de eyección, mayores requerimientos de furosemida y un mayor deterioro de función renal en el primer ingreso. Más de la mitad de los pacientes que reingresan antes de 12 meses ya habían presentado otro episodio de insuficiencia cardiaca.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.