



## 5029-4. IMPACTO PRONÓSTICO DEL ÍNDICE BARTHEL EN RIESGO DE MORTALIDAD A 30 DÍAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA ATENDIDOS EN URGENCIAS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE COHORTES EN 9098 PACIENTES

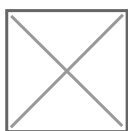
Xavier Rossello<sup>1</sup>, Óscar Miró<sup>2</sup>, María Teresa Vidán<sup>1</sup>, Héctor Bueno<sup>1</sup>, Stuart J. Pocock<sup>1</sup> y Francisco Javier Martín-Sánchez<sup>3</sup>, del <sup>1</sup> Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Madrid, <sup>2</sup>Hospital Clínic, Barcelona y <sup>3</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El índice de Barthel (IB) mide el estado funcional del paciente mediante la evaluación de 10 preguntas sobre actividades básicas de la vida diaria (0 es completamente dependiente y 100 independiente). El objetivo es estudiar el valor pronóstico del IB en la predicción de mortalidad a 30 días en pacientes que acuden a Urgencias (URG) por insuficiencia cardiaca aguda (ICA).

**Métodos:** Se seleccionaron 9.098 pacientes con ICA del registro Acute Heart Failure in Emergency Departments (EAHFE), con información disponible sobre el Barthel en situación basal (IB-B, 30 días preingreso) y el Barthel en el ingreso en URG (IB-A). Los pacientes se recogieron en 41 hospitales españoles, en 4 períodos de 1-2 meses de duración, entre 2009 y 2016. La asociación entre mortalidad a 30 días e IB se estudió mediante regresiones logísticas ajustadas por 12 variables predictivas (edad, presión sistólica, clase NYHA IV, potasio, NT-proBNP, troponina, síntomas de bajo gasto, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, síndrome coronario agudo, creatinina y signos de hipertrofia en ECG), descritas en la escala de riesgo *Multiple Estimation of risk based on the Emergency department Spanish Score In patients with AHF* (MEESSI). El valor pronóstico de IB se estimó mediante el estadístico c.

**Resultados:** La edad media fue  $80,2 \pm 10,2$  años, 56% mujeres. Las medias de IB-B e IB-A fueron  $79,4 \pm 24,6$  y  $65,3 \pm 29,1$ , respectivamente. Hubo deterioro funcional agudo (caída de  $\geq 5$  puntos entre IB-B y IB-A) en 5771 (53,4%) pacientes. En los 30 días posteriores al ingreso en URG, 905 sujetos murieron (9,9%). Tanto el IB-B como el IB-A presentaron un gradiente creciente de riesgo de mortalidad a 30 días (a menor IB, mayor riesgo; figura). En comparación con el IB-B, IB-A proporcionó consistentemente un mayor poder predictivo cuando se compararon mediante 3 sistemas de categorización diferentes (tabla). El valor pronóstico de IB-A no mejoró cuando se añadió en el modelo el IB-B ( $p = 0,65$ ), y tampoco al añadir el deterioro funcional agudo (diferencia en IB-B e IB-A).



*Asociación entre índice Barthel en situación basal y al ingreso con mortalidad a 30 días.*

Valor predictivo (estadístico c) del índice Barthel basal y al ingreso para predecir mortalidad a 30 días

|                                                                                             | Barthel basal estadístico c (IC95%) | Barthel ingreso estadístico c (IC95%) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Clasificación por intervalos de 10 puntos                                                   | 0,698 (0,680, 0,716)                | 0,743 (0,726, 0,760)                  |
| Clasificación por intervalos con significación clínica: 0-35; 40-60; 65-85; 90-100.         | 0,689 (0,671, 0,706)                | 0,731 (0,715, 0,747)                  |
| Clasificación por intervalos seguida en el MEESSI risk score: 0-20, 25-45, 50-70 and 75-100 | 0,666 (0,649, 0,684)                | 0,724 (0,707, 0,740)                  |

Estadístico c también es conocido como al área bajo la curva ROC; todas las comparaciones entre IB-B e IB-A tuvieron una p 0,001.

**Conclusiones:** El estado funcional de pacientes con ICA que acuden a URG, determinado por el IB en el momento del ingreso, es un potente predictor de mortalidad a 30 días, con incluso mayor poder predictivo que el IB-B y el deterioro funcional agudo. El IB se debería recoger de manera rutinaria en URG para estratificar el pronóstico y ayudar en la toma de decisión clínica.