



6036-454. PREDICTORES DE MAL PRONÓSTICO EN UNA POBLACIÓN HOSPITALARIA DE CARDIOLOGÍA

José Antonio Giner Caro, Marta Merelo Nicolás, Samantha Wasniewski, Pablo Ramos Ruiz, Francisco Guillermo Clavel Ruipérez, M^a Rosario Mármol Lozano, José Abellán Huerta y Juan Antonio Castillo Moreno del Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: El envejecimiento progresivo de la población hospitalaria de servicios médicos como Cardiología se asocia con una mayor pluripatología, comorbilidad y fragilidad, lo que deriva en una alta incidencia de complicaciones derivadas de la propia enfermedad o de los tratamientos empleados. Analizamos la influencia de estas variables en el pronóstico de nuestros pacientes durante su ingreso y al alta.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes que precisaron ingreso no programado en Cardiología de nuestro hospital en enero y febrero de 2015 por una patología cardíaca aguda o crónica descompensada, recogiendo las diferentes variables clínicas relacionadas con la propia enfermedad y tratamiento de la misma, y atendiendo al desarrollo de complicaciones durante su ingreso y seguimiento al alta.

Resultados: Se incluyeron un total de 220 pacientes consecutivos, 139 varones (63%), edad media 70 ± 13 . De ellos, pacientes ingresaron en relación a una cardiopatía isquémica (37%) y 47 pacientes por insuficiencia cardíaca (21%). La estancia hospitalaria mediana fue de 6 días [4-10] y el tiempo de seguimiento de 443 días [425-452]. Un total de 92 pacientes sufrieron un evento desfavorable en el seguimiento, de los cuales 29 fallecieron (6 de ellos durante el ingreso) y los otros 63 sufrieron un evento cardiovascular mayor (ECVM) definido como ictus, IAM, necesidad de revascularización o ingreso por IC. La mediana de reingresos tras el alta fue de 1 [0-2]. Se analizaron la influencia de las diferentes variables clínicas en el desarrollo de eventos desfavorables (tabla). Tras el análisis multivariante, resultaron predictores independientes de muerte o ECVM el haber sufrido 2 o más ingresos en el año previo (OR 3,9 [IC 1,5-10,3]), ingreso motivado por IC (OR 3,7 [IC 1,7-7,9]), la insuficiencia renal (OR 2,4 [IC 1,1-4,9]) y la toma previa de diuréticos (OR 2,3 [IC 1,2-4,4]). Considerando solo la Muerte, los únicos predictores independientes resultaron ser el ingreso motivado por IC (OR 5,7 [IC 2,4-13,9]) y la insuficiencia renal (OR 5,4 [IC 2,2-12,9]).

Diferencias clínicas entre los pacientes con y sin eventos (muerte o ECVM)			
	Sin eventos (126 pacientes)	Con eventos (94 pacientes)	p
Edad	68 ± 15	74 ± 10	0,001

Diabetes	48 pacientes (38%)	51 pacientes (54%)	0,019
Insuficiencia renal	20 pacientes (16%)	34 pacientes (36%),	0,001
Charlson	1 [1-3]	3 [2-4]	0,000
Charlson ajustado edad	4,75 [2,7-6,7]	6,6 [4,9-7,9]	0,000
Nº fármacos que toma	6 [3-8]	7 [5-11]	0,000
Toma previa diuréticos de asa	37 pacientes (29%)	56 pacientes (60%)	0,000
? 2 ingresos último año	8 pacientes (6%)	26 pacientes (28%)	0,000
Ingreso motivado por IC	15 pacientes (12%)	34 pacientes (36%)	0,000
FEVI	55 ± 11	49 ± 14	0,000
Procedimientos invasivos	96 pacientes (76%)	48 pacientes (51%)	0,000
Estancia hospitalaria	5 [3,75-8]	7,5 [5-12]	0,000
No hubo diferencias significativas en cuanto al sexo, presencia de anticoagulación crónica o toma de digoxina u otros fármacos entre los pacientes que sufrieron o no eventos.			

Conclusiones: Pese a que los pacientes que ingresan en nuestras plantas de hospitalización son cada vez más pluripatológicos y polimedicados, aspectos que debemos tener muy en cuenta a la hora de atenderlos, los principales predictores de mal pronóstico seguirían siendo otros factores más clásicos como la IC y la insuficiencia renal.