



5007-2. ¿DE QUÉ MUEREN LOS PACIENTES EN LAS UNIDADES DE INSUFICIENCIA CARDIACA?

Lorena Malagón López, Marina Segur García, Pablo Legarra Oroquieta, David Aritza Conty Cardona, Carolina Tiraplegui Garjón, Alba Sádaba Cipriain, Nerea Mora Ayestarán, Vanessa Arrieta Paniagua, Emilio Nasarre Lorite, Mayte Basurte Elorz y Ana Carmen Abecia Ozcariz

Área Clínica del Corazón, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es una patología con elevada mortalidad a pesar de los avances realizados. El pronóstico queda marcado por la propia enfermedad y por procesos intercurrentes, habiéndose descrito un alto porcentaje de mortalidad por patología extracardiaca. Estudios previos han analizado la mortalidad en las Unidades de Insuficiencia Cardiaca (UIC), su causa, y los factores predictores de mortalidad cardiovascular (MCV). Sin embargo, se han visto limitados por el desconocimiento, en muchos casos, de la causa de muerte en aquellos pacientes que fallecen extrahospitalariamente (EH).

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyen pacientes en seguimiento por la UIC que fallecieron entre 2012 y 2019, previo a la pandemia de SARS-CoV-2. Se ha registrado la causa de muerte según los informes de la Historia Clínica si el fallecimiento ocurrió intrahospitalariamente y del registro de mortalidad de nuestra comunidad si fue EH. Se dividió a los pacientes en 2 grupos: MCV y no cardiovascular (MNCV). Análisis estadístico mediante Stata 15,1. Análisis comparativo según MCV y MNC mediante test χ^2 , t de Student, U de Mann-Whitney, según corresponde. Regresión logística mediante análisis univariante y multivariante.

Resultados: Entre este periodo fallecieron 268 pacientes. El 50,8% falleció EH. El 67,9% eran varones y la mediana de edad al fallecimiento fue de 79,7 [65,7-93,7] años. El 56% falleció de MCV (151) y el 44% de MNCV (117). La principal causa de muerte global fue IC (35%). La principal causa de MNCV fue sepsis (29% de MNCV). Los pacientes que tardan más en derivarse a la UIC desde su diagnóstico, fallecen más por MCV ($p = 0,03$). Los pacientes con más ingresos hospitalarios por IC, presentan más MCV ($p = 0,01$). Llama la atención que el tratamiento con estatinas, se relaciona significativamente con menos MCV independientemente de la cardiopatía y la enfermedad vascular ($p = 0,01$).

Características de los pacientes en función de la causa de mortalidad (cardiovascular, CV, frente a no CV)

Muerte CV (n = 151, 56%)	Muerte no CV (n = 117, 44%)	p	OR (IC95%)
--------------------------	-----------------------------	---	------------

Edad primera consulta (años)	78,5 [64,3-92,7]	78 [63,1-92,9]	0,82	1 (0,98-1,03)
Edad de fallecimiento (años)	79,5 [65-94]	80 [66,193,9]	0,86	0,99 (0,98-1,02)
Varones	104 (68,87)	78 (66,7)	0,89	1,1 (0,66-1,85)
Etiología (%)			0,31	
Isquémica	54 (35,76)	34 (29,06)		2,02 (0,82-4,95)
Dilatada no isquémica	20 (13,25)	16 (13,68)		1,59 (0,57-4,45)
Hipertrófica	16 (10,6)	15 (12,82)		1,36 (0,47-3,91)
Valvular	3 (1,99)	7 (5,98)		0,55 (0,11-2,61)
Restrictiva	47 (31,13)	31 (26,5)		1,93 (0,78-4,8)
Otras	11 (7,28)	14 (11,97)		
Tiempo desde el diagnóstico a la primera visita (meses)	103,2 [0-289,3]	66,8 [0-202,8]	0,03	1
FEVI	37 [5-69]	38 [5-71]	0,98	1 (0,99-1,02)
PAS (mmHg)	117 [88-146]	119 [90-148]	0,8	1
Frecuencia cardiaca (lpm)	69 [49-89]	69 [51-87]	0,91	1
Estatinas (%)	45,33	56,4	0,02	0,49 (0,28-088)**
Clase funcional (NYHA) III o IV (%)	57,43	50,83	0,01	1,5 (0,61-3,82)
Ingresos por IC durante el seguimiento	3,46 ± 1,46	2,88 ± 1,4	0,01	1,35 (1,11-1,64)

Descompensaciones tratadas en hospital de día	0,67 ± 1,5	0,42 ± 1,1	0,11	1,17 (0,96-1,44)
Ingresos por otras causas	1,2 ± 1,7	1,93 ± 1,8	0,01	0,78 (0,67-0,9)

Las cifras se expresan en n (5), mediana [rango intercuartílico] o media ± desviación estándar o en valor absoluto y %. **: ajustado por etiología de la cardiopatía y enf vascular.



Causas de mortalidad cardiovascular y no cardiovascular.

Conclusiones: La principal causa de mortalidad global es IC, aunque es elevado el porcentaje de MNCV (44%). La MCV es mayor cuanto más tarde en derivarse al paciente desde el diagnóstico a la UIC. Aquellos pacientes que presentan más ingresos por IC, fallecen más de MCV. Las estatinas se muestran como factor protector de MCV independientemente de su cardiopatía y de si presentan enfermedad vascular.