



11. PERÍODOS DE BAJA INTENSIDAD DE CUIDADOS Y MORTALIDAD EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Francisco Javier Elola Somoza¹, Cristina Fernández Pérez², Náyade del Prado³, Nicolás Rosillo⁴, José Luis Bernal Sobrino⁵, Marian Bas Villalobos⁶, Julián Pérez Villacastín⁶ y Antonio Fernández Ortiz⁷

¹Dirección. Fundación IMAS, Madrid, España, ²Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ³Fundación IMAS, Madrid, España, ⁴Medicina Preventiva. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ⁵Control de Gestión. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ⁶Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España y ⁷Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El efecto ‘fin de semana’ se ha analizado en una amplia variada gama de poblaciones de pacientes, patologías, proveedores de atención sanitaria y sistemas de salud. El objetivo de este estudio fue analizar si los ingresos no programados de pacientes con IC en días de presumible baja intensidad de cuidados (BIC) y la duración del período de baja atención al ingreso se acompañaba de un incremento de la mortalidad intrahospitalaria (MIH).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Pacientes con ingreso no programado dados de alta con diagnóstico principal de IC. Hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud (01,12.17-01,12,19). Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). La duración de los períodos de baja atención se agrupó en 5 categorías mutuamente excluyentes: 0 (ingreso en un día laborable); 1: ingreso en un día de BIC; 2: ingreso en un día de BIC acumulando 2 días de BIC; 3. ingreso en un día de BIC 3 días de BIC; 4. ingreso en un día de BIC acumulando 4 o más días de BIC. Ajuste por riesgo de la MIH utilizando la metodología de los *Centres for Medicare and Medicaid Services*.

Resultados: Se seleccionaron 235.281 episodios, con una edad media de $80,8 \pm 10,6$ años, el 53,4% mujeres. La mortalidad bruta intrahospitalaria fue del 11,1%. No se encontraron diferencias clínicamente relevantes en el perfil de los pacientes dependiendo de los grupos de duración de la baja atención (tabla). 26,117 episodios (11,1%) correspondían al grupo de 1 día; 38,424 (16,3%) a dos días; 4,421 (1,9%) a 3 días; y 4,240 (1,8%) a 4 o más días de BIC tras el ingreso. La tasa bruta de MIH aumentaba con la duración del período de baja atención al ingreso, desde el 10,6% cuando el ingreso se producía en un día laborable hasta el 12,8% cuando el período de BIC desde el ingreso era 4 o más días desde el ingreso ($p < 0,001$). Frente a un ingreso en día laborable, 1 día de baja atención incrementaba el riesgo de MIH en un 11% (OR: 1,11; IC95%: 1,07-1,16); 2 días en un 13% (OR: 1,13; IC95%: 1,09-1,17); 3 días en un 16% (OR: 1,16; IC95%: 1,05-1,27); y 4 o más días en un 20% (OR: 1,20; IC95%: 1,09-1,32).

Perfil de los pacientes dados de alta por IC por grupos de duración del período de baja atención al ingreso

	Total	Days of low intensity of care					p
		0	1	2	3	≥ 4	
	235,281	162,079	26,117	38,424	4,421	4,240	
Age (Mean ± SD)	80.8 ± 10.6	80.6 ± 10.7	81.1 ± 10.5	80.3 ± 10.4	81.3 ± 10.1	81.3 ± 10.3	0.001
Men (%)	46.6	47.1	45.5	45.5	45.4	46	0.001
Charlson Index > 2 (%)	69.7	70.2	68.8	68.8	68.6	67.9	0.001
History of PCI (%)	9.4	9.4	9.5	9.1	9	8.9	0.198
History of coronary artery bypass graft (CABG) surgery (%)	3	3	3.2	2.9	3.1	3	0.296
Metastatic cancer and acute leukemia (CC 8) (%)	2.5	2.6	2.5	2.5	2.6	2.1	0.521
Diabetes mellitus DM or DM complications (CC 17-19, 122-123) (%)	41.1	41.1	41.7	40.6	42.5	41.9	0.01
Protein-calorie malnutrition (CC 21) (%)	1.9	1.9	1.7	1.9	2	2	0.067
Liver or biliary disease (CC 27-32) (%)	3.1	3.2	3	3	2.8	3.4	0.063
Dementia or other specified brain disorders (CC 51-53) (%)	11.6	11.4	12.3	12	12.2	12.6	0.001

Major psychiatric disorders (CC 57-59) (%)	1	1	1	0.9	1.1	0.8	0.254
Hemiplegia, paraplegia, paralysis, functional disability (CC 70-74, 103-104, 189-190) (%)	0.4	0.4	0.5	0.4	0.5	0.4	0.289
Cardiogenic shock (R57,0) (%)	0.4	0.4	0.5	0.4	0.6	0.4	0.091
Cardio-respiratory failure and shock (CC 84), plus ICD-10-CM codes R09,01 and R09,02, except (R57,0) (%)	30.2	29.7	31.9	30.8	30.8	32.5	0.001
Acute myocardial infarction (CC 86) (%)	0.7	0.6	0.9	0.7	0.6	0.6	0.001
Unstable angina and other acute ischemic heart disease (CC 87) (%)	0.8	0.8	0.9	0.8	0.8	0.6	0.457
Coronary atherosclerosis or angina (CC 88-89)	23.8	23.8	24.3	23.6	23	23.1	0.12
Valvular and rheumatic heart disease (CC 91) (%)	33.9	34.1	34.2	33.4	31.8	31.9	0.001
Hypertension (CC 95) (%)	17.1	17	17.3	17.1	16.7	17	0.784
Stroke (CC 99-100) (%)	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.242
Vascular disease and complications (CC 106-108) (%)	7.8	7.8	7.9	7.5	7.9	7.6	0.192

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (CC 111) (%)	16.4	16.5	16.1	16.1	16	16.2	0.188
Pneumonia (CC 114-116) (%)	4.1	4	4.5	4.1	4.4	4	0.003
Renal failure (CC 135-140) (%)	44.4	44.2	44.1	45.2	44.8	45.4	0.005
Trauma; other injuries (CC 166-168, 170-174) (%)	2.7	2.7	2.7	2.8	2.8	2.5	0.613
In-hospital crude mortality rate (%)	11.1	10.6	12	12.2	12.5	12.8	0.001

CC: Condition categories SD: Standard deviation.

Conclusiones: El ingreso hospitalario no programado por insuficiencia cardiaca en un día de presumible baja atención se asocia con una mayor mortalidad intrahospitalaria, que tiende a aumentar en la medida que el período de BIC se incrementa.