



6063-405. COEXISTENCIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR AGUDIZACIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. IMPACTO EN EL PRONÓSTICO, USO DE RECURSOS SANITARIOS Y COSTES

Miguel Hernández Gómez¹, Jorge Vélez¹, Nicolás Rosillo¹, Guillermo Moreno¹, Lourdes Vicent¹, José Luis Bernal¹, Pablo Pérez², Carlos J. Álvarez Martínez³ y Héctor Bueno¹

¹Grupo de Investigación Cardiovascular Multidisciplinar Traslacional (GICMT), Instituto de Investigación del Hospital 12 de Octubre. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España y ³Servicio de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La concurrencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) agudizada y la insuficiencia cardiaca (IC) es frecuente y comporta mayor mortalidad e ingresos hospitalarios, mayor consumo de recursos sanitarios y mayores costes. El presente estudio compara las características, resultados clínicos relevantes, uso de recursos sanitarios y los costes económicos asociados, de los pacientes ingresados con EPOC agudizada, con y sin IC concomitante.

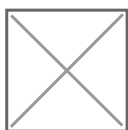
Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes > 40 años con agudización de EPOC atendidos en el servicio de urgencias de un hospital terciario durante 2018. El estudio compara las características basales, la mortalidad a 30 días y 1 año, la tasa de admisiones, readmisiones y visitas sucesivas al servicio de urgencias, entre aquellos pacientes con y sin diagnóstico concomitante de IC. Para la visualización analítica de los resultados se utiliza el modelo Clinical Outcomes, HEalthcare REsource Utilisation, and relaTed costs (COHERENT). La historia clínica electrónica y el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) se utilizaron como fuentes de datos para el estudio.

Resultados: Entre los 2.384 pacientes con diagnóstico de agudización de EPOC valorados en el hospital en 2018, el 35,1% presenta un diagnóstico concomitante de IC. En la figura se muestran gráficamente los desenlaces de los pacientes durante el año de seguimiento (Modelo COHERENT). Los pacientes con IC, respecto a los que no tenían IC, presentaron significativamente mayor tasa de mortalidad (31,1 frente a 19,2%), mayor tasa de ingresos (94,7 frente a 78,4%) y de readmisiones a 1 año (52,1 frente a 27,1%), y mayor frecuentación al S. Urgencias en el año posterior (60,6 frente a 47,9%) (tabla). Los costes derivados de la atención de los pacientes en el año posterior a la visita índice fueron significativamente mayores en los pacientes con IC: coste mediano por paciente de 5.154,6 €, (rango intercuartil: 2.596,1-9.963,6 €) frente a 2.578,9 €, (rango intercuartil: 1.058,7-5.698,9 €).

Tasas de mortalidad, ingresos, reingresos y visitas a urgencias para toda la cohorte y de acuerdo al diagnóstico concomitante de insuficiencia cardiaca a 30 días y 1 año

	Cohorte total	Pacientes EPOC sin IC	Pacientes EPOC con IC	p
	N = 2,384	N = 1,548	N = 836	
Mortalidad a 30 días	198 (8,3%)	124 (8,0%)	74 (8,8%)	0,527
Mortalidad a 365 días	557 (23,4%)	297 (19,2%)	260 (31,1%)	0,001
Mortalidad intrahospitalaria	180 (7,5%)	114 (7,4%)	66 (7,9%)	0,699
Ingresos a 30 días	1,900 (79,7%)	1,134 (73,3%)	766 (91,6%)	0,001
Ingresos a 365 días	2,006 (84,1%)	1,214 (78,4%)	792 (94,7%)	0,001
Reingresos a 30 días	148 (6,2%)	61 (3,9%)	87 (10,4%)	0,001
Reingresos a 365 días	856 (35,9%)	420 (27,1%)	436 (52,1%)	0,001
Reurgencias a 30 días	307 (12,9%)	182 (11,8%)	125 (14,9%)	0,031
Reurgencias a 365 días	1,249 (52,4%)	742 (47,9%)	507 (60,6%)	0,001

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IC: insuficiencia cardiaca.



Representación visual y diferencias en los resultados clínicos al año de seguimiento: Análisis comparativo de pacientes con EPOC, con y sin diagnóstico concomitante de IC, mediante el modelo COHERENT.

Conclusiones: El estudio demuestra un impacto clínica y estadísticamente significativo del diagnóstico concomitante de IC en pacientes con agudización de EPOC valorados en el hospital, tanto en mortalidad como en ingresos hospitalarios y reingresos, y en frecuentación a Urgencias, y conlleva un coste económico que casi dobla al de los pacientes sin IC.