



# Revista Española de Cardiología



## 4022-4. FACTORES DE RIESGO PARA LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Juan Luis Bonilla Palomas<sup>1</sup>, Manuel Anguita Sánchez<sup>2</sup>, Francisco Javier Elola Somoza<sup>3</sup>, José Luis Bernal Sobrino<sup>3</sup>, Cristina Fernández Pérez<sup>3</sup>, Martín Ruiz Ortiz<sup>2</sup>, Manuel Jiménez Navarro<sup>4</sup>, Héctor Bueno<sup>5</sup>, Ángel Cequier Fillat<sup>6</sup> y Francisco Marín Ortuño<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén). <sup>2</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>3</sup>Fundación IMAS, Madrid. <sup>4</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>5</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>6</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. <sup>7</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) continúa siendo elevada. Conocer las variables asociadas con la mortalidad intrahospitalaria pudiera contribuir a mejorar la atención al paciente y su pronóstico. El objetivo de este estudio fue evaluar las variables asociadas con la mortalidad intrahospitalaria en pacientes hospitalizados por IC.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional con pacientes hospitalizados con el diagnóstico principal de IC en hospitales del Sistema Nacional de Salud durante el periodo 2003-2015. Los datos se obtuvieron del conjunto Mínimo Básico de Datos del Ministerio de Sanidad. Se analizó la mortalidad intrahospitalaria. Para evaluar las variables asociadas independientemente con la mortalidad intrahospitalaria se desarrolló un modelo de regresión logística múltiple. Los resultados se muestran como odds ratio (OR) con su intervalo de confianza (IC) al 95%.

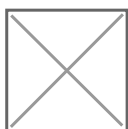
**Resultados:** Un total de 1.254.830 episodios de IC fueron seleccionados durante el periodo 2003-2015. La edad media fue  $79 \pm 10,2$  años y el 54,9% fueron mujeres. La media de la tasa cruda de mortalidad intrahospitalaria fue del 12,3% para el periodo de estudio. El modelo de regresión logística múltiple mostró una buena capacidad discriminativa (AUROC: 0,749; IC95% 0,742-0,755) y buena calibración ( $p < 0,001$ ) (fig.). La presencia de shock cardiogénico fue el factor de riesgo más importante para la mortalidad intrahospitalaria (OR: 35,02; IC95% 34,15-37,99;  $p < 0,001$ ). Otros factores de riesgo fueron: ictus previo (OR: 6,26; IC95% 5,9-6,64;  $p < 0,001$ ), infarto de miocardio previo (OR: 3,39; IC95% 3,19-3,6;  $p < 0,001$ ), cáncer activo (OR: 3,39; IC95% 3,29-3,5;  $p < 0,001$ ), insuficiencia renal (OR: 1,86; IC95% 1,83-1,88;  $p < 0,001$ ) y la edad (como variable continua) (OR: 1,05; IC95% 1,05-1,05;  $p < 0,001$ ). Ser mujer mostró un efecto protector (OR: 0,96; IC95% 0,95-0,97;  $p < 0,001$ ).

Factores de riesgo para mortalidad intrahospitalaria en insuficiencia cardiaca

|      | OR   | p       | IC95% |      |
|------|------|---------|-------|------|
| Edad | 1,05 | < 0,001 | 1,05  | 1,05 |

|                                                        |       |         |       |       |
|--------------------------------------------------------|-------|---------|-------|-------|
| Mujer                                                  | 0,96  | < 0,001 | 0,95  | 0,97  |
| Historia de ICP                                        | 0,70  | < 0,001 | 0,67  | 0,72  |
| Historia de CABG                                       | 0,87  | < 0,001 | 0,84  | 0,91  |
| Cáncer metastásico, leucemia aguda u otro cáncer grave | 3,39  | < 0,001 | 3,29  | 3,50  |
| Diabetes mellitus o sus complicaciones                 | 0,83  | < 0,001 | 0,81  | 0,84  |
| Desnutrición calórico-proteica                         | 1,49  | < 0,001 | 1,42  | 1,56  |
| Enfermedad hepática crónica                            | 1,74  | < 0,001 | 1,68  | 1,81  |
| Demencia                                               | 1,53  | < 0,001 | 1,50  | 1,56  |
| Trastornos psiquiátricos mayores                       | 1,23  | < 0,001 | 1,15  | 1,32  |
| Hemiplejia o alteración funcional                      | 1,42  | < 0,001 | 1,37  | 1,47  |
| Shock cardiogénico                                     | 36,02 | < 0,001 | 34,15 | 37,99 |
| Infarto agudo de miocardio                             | 3,39  | < 0,001 | 3,19  | 3,60  |
| Enfermedad valvular                                    | 0,90  | < 0,001 | 0,89  | 0,92  |
| Hipertensión                                           | 0,87  | < 0,001 | 0,86  | 0,88  |
| Ictus                                                  | 6,26  | < 0,001 | 5,90  | 6,64  |
| Enfermedad vascular o complicaciones                   | 1,32  | < 0,001 | 1,29  | 1,35  |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica                | 0,91  | < 0,001 | 0,89  | 0,92  |
| Insuficiencia renal                                    | 1,86  | < 0,001 | 1,83  | 1,88  |

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.



*Discriminación y calibración del modelo de ajuste para mortalidad intrahospitalaria en insuficiencia cardiaca.*

**Conclusiones:** Durante el periodo de estudio, la tasa cruda de mortalidad intrahospitalaria de los pacientes hospitalizados por IC fue elevada. En el modelo multinivel, distintas comorbilidades cardiovasculares (ictus, infarto de miocardio) y no cardiovasculares (cáncer, insuficiencia renal) mostraron una fuerte asociación con la mortalidad intrahospitalaria. La presencia de shock cardiogénico fue el factor de riesgo más relevante para mortalidad intrahospitalaria.