Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):39

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IC-46. - ANÁLISIS DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA MEDIANTE EL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS: REPERCUSIÓN DE LA DIABETES MELLITUS

J. Marco Martínez[1], J. de Miguel Yanes[2], M. Méndez Bailón[1], R. Barba Martín[3], A. Zapatero Gaviria[4]

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.[2]Servicio de Medicina Interna. Hospital del Sureste. Arganda del Rey (Madrid). [3]Servicio de Medicina Interna. Hospital Rey Juan Carlos. Madrid.[4]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

Resumen

Objetivos: La insuficiencia cardiaca (ICC) es el segundo diagnóstico hospitalario más frecuentemente atendido por los internistas. Nos proponemos describir algunos aspectos de estos pacientes con especial atención a la repercusión de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), en cuanto a las características clínicas y pronóstico en esta entidad.

Métodos: Se analizan los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los pacientes con ICC dados de alta de los Hospitales de Sistema Nacional de Salud (SNS) entre 2006 y 2007.Hemos clasificado en dos grupos a los pacientes: con y sin DM2.Se ha realizado un análisis descriptivo y bivariante con los sujetos con ICC asociando o no DM2. Se han utilizado contrastes de hipótesis con t de Student y chi-cuadrado para variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente (p 0,05) Por último, hemos llevado a cabo un análisis de regresión logística con respecto a la mortalidad por ICC.

Resultados: Hubo 273.648 pacientes con diagnóstico de ICC en el CMBD nacional ingresados en cualquier servicio. La edad media fue de 76,2 años con un 52% de mujeres. La estancia media fue de 8,9 días de hospitalización con una mortalidad intrahospitalaria del 10,4%. Se obtuvo un índice de Charlson de más de 2 en el 31% de los casos. La hipertensión arterial se encontró en el 37,3% de los casos y la DM2 estuvo presente en un 32%. En fibrilación auricular se diagnosticó al 40% y la cardiopatía isquémica como antecedente estuvo en el 19%. Un total de 88.994 pacientes presentaron ICC y DM2. Las mujeres asociaron con más frecuencia DM2 (56% vs 50% p 0,0001). Los diabéticos tienen más obesidad (17% vs 9%; p 0,0001), más hipercolesterolemia (22,7% vs 11,5%; p 0,0001) y más hipertensión (44,9% vs 32,7%; p 0,0001). Asociaron incremento en frecuencia de cardiopatía isquémica (24% vs 16%; p 0,0001), insuficiencia renal crónica (11% vs 8%; p 0,0001) y anemia (17,0% vs 13,8%; p 0,0001). Tuvieron más porcentaje en el índice de Charlson > 2 (54% vs 20%; p 0,0001). Los pacientes con DM2 tuvieron menor mortalidad (9,2% vs 11,0%; p 0,0001) intrahospitalaria pero presentaron una estancia media intrahospitalaria más prolongada (9,2 días vs 8,7 días). No hubo diferencias en la edad ni en prevalencia de fibrilación auricular. En el análisis de regresión múltiple la DM2 protegió frente a la mortalidad por ICC (OR: 0,7; IC: 0,67-0,72; p 0,0001). La presencia de DM2 asociada a insuficiencia renal se asoció a un 21% más de riesgo de fallecer (OR 1,2; IC: 1,1-1,3; p 0001).

Conclusiones: En nuestro análisis por CMBD, la diabetes parece tener un efector protector, desde el punto de vista de mortalidad intrahospitalaria, en pacientes que ingresan por ICC con respecto a los que no son

diabéticos. Sin embargo, este efecto protector no sólo desaparece, sino que la mortalidad aumenta de forma significativa ante la presencia simultánea de IRC y DM en pacientes ingresados con ICC. El análisis del CMBD permite, aunque con indudables limitaciones, realizar evaluaciones rápidas y con suficiente potencia estadística de la casuística atendida en el entorno hospitalario. La explotación e interpretación de los datos, como en el caso de esta investigación, requiere un conocimiento profundo de esta metodología.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.