



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

IC-98. - VALIDACIÓN DEL ¿SEATTLE HEART FAILURE MODEL¿ EN UNA COHORTE TRAS EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Villena Ruiz¹, R. Quirós López², M. Uribe Pérez², J. Lebrón Ramos², F. Rivas Ruiz³, M. Martín Escalante², J. Moreno Izarra¹, J. García Alegría²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Quirón Marbella. Marbella (Málaga). ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Investigación. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

Resumen

Objetivos: Conocer la aplicabilidad del “Seattle Heart Failure Model” (SHFM) para la predicción de la mortalidad tras el diagnóstico inicial de insuficiencia cardiaca (IC).

Métodos: Estudio retrospectivo, tras el primer ingreso, con diagnóstico principal de IC entre enero-97 y diciembre-2001. se analizaron variables clínicas, terapéuticas y de laboratorio. La mortalidad fue analizada a 1, 2 y 5 años mediante historia clínica, consulta telefónica e Índice Nacional de Defunciones. Aplicación del SHFM (<http://www.SeattleHeartFailureModel.org>) y obtención de la probabilidad de muerte a 1, 2 y 5 años, y comparación con la mortalidad observada, con sensibilidad, especificidad y curva ROC, con el programa SPSS

Resultados: Cohorte de 373 pacientes (edad media: 66,97 años (33-85); hombres: 52,8%). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media fue: 52,87% y el 32,7% tenían cardiopatía isquémica (CI). Un 58,2% tenía una clase funcional basal (NYHA) II. La presión arterial inicial fue de 142,34/81,58 mmHg. Variables analíticas: sodio 138,11 mEq/L, hemoglobina 12,49 g/dL, linfocitos 22,37%, ácido úrico 7,58 mg/dL, y colesterol 181,96 mg/dL. Tratamiento al ingreso: IECAS (30,3%), ARA-II (4,8%), bloqueantes de la aldosterona (4,3%), antagonistas del calcio (13,9%), beta-bloqueantes (10,5%), estatinas (6,4%), alopurinol (1,1%) y diuréticos (35,12%). En la tabla se refleja la sensibilidad (Se) y especificidad (Sp) para el modelo a 1, 2 y 5 años. En las curvas ROC, se obtuvo un área bajo la curva (ABC) al año: 0,756 (IC95%: 0,670-0,841), 2 años: 0,706 (IC95%: 0,636-0,776) y 5 años: 0,751 (IC95%: 0,702-0,8).

Tabla. (IC-98)

| | (Se)% | (Sp)% |
|-------------|-------------------------|----------------|
| SHFM 1 año | 3,85 (IC95%: 0,00-13,1) | 100 (99,8-100) |
| SHFM 2 años | 1,89 (IC95%: 0-6,4) | 100 (99,8-100) |

SHFM 5 años

15,86 (IC95%: 9,5-22,2)

97,79 (95,6-99,9)

Discusión: El SHFM fue desarrollado una cohorte de 1-125 pacientes, con edad media de 65 años, una FEVI media del 21% y una prevalencia de CI del 64%. Fue validado en otras 5 cohortes más, con características parecidas a la cohorte de derivación. Las ABC de las diferentes validaciones han oscilado entre 0,68-0,81, con una global de 0,729 (IC95%: 0,714-0,744). En nuestra cohorte, el modelo tiene una elevada Sp, pero muy baja Se; e infraestima la mortalidad, aunque los datos mejoran ligeramente con la predicción a 5 años. En la curva ROC, el ABC oscila entre 0,6-0,75 considerado como test regular. La discrepancia pueden ser explicada por la diferencias entre ambas poblaciones. En las cohortes de derivación-validación, eran varones, con CI y disfunción sistólica; mientras que en la nuestra, casi la mitad eran mujeres y un 54,8% tenía una FEVI preservada.

Conclusiones: 1. En nuestra experiencia, el 'SHFM' no es un modelo pronóstico preciso por infraestimar la mortalidad. 2. La falta de aplicabilidad a nuestra cohorte se puede justificar por diferencias epidemiológicas, de comorbilidad y en la función ventricular.