



IC-071 - INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI REDUCIDA, ¿TRATAMOS DE FORMA DIFERENTE EN MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA? DATOS DEL REGISTRO CANARIO DE IC (RECANIC)

E. Sáez Martínez¹, J. García Vallejo¹, I. Marrero Medina¹, J. Ruiz Hernández¹, M. Dávila Ramos², A. García Quintana³ y A. Conde Martel¹

¹Medicina Interna, ³Cardiología. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). ²Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife (Tenerife).

Resumen

Objetivos: Comparamos tratamiento y mortalidad de pacientes con Insuficiencia cardiaca con FEVI Reducida (CFEVI-R) en Servicios de Medicina Interna (MI) y Cardiología (Car).

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico: incluyendo pacientes ingresados por IC en Servicios de MI y Car de los hospitales canarios durante 2017. Comparamos tratamiento y mortalidad de pacientes con ICFEVI-R entre Car y MI. Para evaluar la relación entre variables cualitativas empleamos el test de chi-cuadrado, para variables cualitativas y cuantitativas el test t-Student.

Resultados: Recogimos 2.200 pacientes, 584 (26,5%) presentaban ICFEVI-R. Los pacientes de MI (25%) respecto a Car (75%), eran mayores (77 vs 66,3 años, $p < 0,001$) y predominando varones en ambos servicios (76,4% MI y 77,3% Car). Respecto al tratamiento, en MI se utilizó menos IECA (35,6% vs 47,3%, $p = 0,017$), betabloqueantes (82% vs 89%, $p = 0,045$) y antialdosterónicos (45,9% vs 71,7%, $p < 0,001$) y mayor frecuencia ARA II (23% vs 12,8%, $p = 0,004$). La mortalidad global fue del 7,5%, siendo mayor en MI (14,6% vs 5,2%, $p = 0,001$). Se relacionaron con la mortalidad: edad ($p = 0,006$), menor uso de betabloqueantes ($p < 0,001$), IECA ($p = 0,006$), antialdosterónicos ($p < 0,001$). En el análisis multivariante, ajustando mortalidad por las variables relacionadas, no se relacionaba con el servicio de ingreso.

Discusión: El perfil clínico del paciente en MI difiere respecto a Car, siendo pacientes más añosos y con mayor pluripatología; objetivando peor optimización del tratamiento; lo cual supone un impacto en la mortalidad. Ello ha sido descrito en la literatura, comparando los datos de dos grandes registros de ambas especialidades, aunque en nuestro análisis al ajustar por los factores relacionados con la mortalidad, ingresar en MI dejaba de asociarse con la mortalidad.

Conclusiones: Los pacientes con ICFEVI-R en MI son mayores, con más comorbilidad, reciben con menos frecuencia IECA, betabloqueantes y antialdosterónicos y con más frecuencia ARA II. Además presentan mayor mortalidad. Como está descrito en las Guías de Práctica clínica, el tratamiento de ICFEVIR mejora la supervivencia.

Bibliografía

1. Álvarez-García J, Salamanca-Bautista P, Ferrero-Gregori A, et al. Impacto pronóstico de la especialidad en el paciente ambulatorio con insuficiencia cardiaca: un análisis emparejado de los registros REDINSCOR y RICA. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70(5):315-416.