



<https://www.revclinesp.es>

## IC-14. - FACTORES DESENCADENANTES DE DESCOMPENSACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL REGISTRO RICA. RELACIÓN CON EL PRONÓSTICO

J. Arias Jiménez<sup>1</sup>, M. Guisado Espartero<sup>2</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>3</sup>, A. Conde Martel<sup>4</sup>, L. Ceresuela Eito<sup>5</sup>, F. Formiga Pérez<sup>6</sup>, M. Montero Pérez-Barquero<sup>7</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>1</sup>, J. Grau Amorós, en representación del Grupo de Trabajo IC y FA-Registro RICA

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Cabra (Córdoba). <sup>3</sup>Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. IMBIC/Hospital Reina Sofía, Universidad de Córdoba. Córdoba.

### Resumen

**Objetivos:** 1. Explorar la relación de los factores desencadenantes de descompensación (FDD) en el registro RICA con los índices de Charlson, Barthel y Pfeiffer, y con la existencia de trastornos electrocardiográficos (ECG) y ecocardiográficos (ECO). 2. Estudiar la influencia del FDD en la estancia hospitalaria y en el pronóstico.

**Métodos:** Se incluyeron 2.345 pacientes del Registro RICA

(<https://www.registrorica.org/info/general/index.php>). La cohorte se dividió en 6 grupos, en función del FDD. Se realizó un estudio comparativo de los índices de Charlson, Pfeiffer y Barthel. Se exploró la relación del FDD con parámetros del ECG (tipo de ritmo e HVI), del ECO (FEVI, diámetro de AI, PSAP, alteración del llenado transmitral, función del VD), y con la presencia de derrame pleural en la Rx de tórax. Se analizó la influencia del FDD en días de ingreso, presencia de complicaciones, escenario de seguimiento, y en reingresos y mortalidad a los tres meses y al año de seguimiento. Se utilizó SPSS v 20.0.

**Resultados:** El FDD más frecuente fue la Infección respiratoria (IR 27,2%), seguido de la fibrilación auricular con respuesta rápida (FARVR 19,8%), mal cumplimiento del tratamiento (MCT 10,3%), emergencia hipertensiva (eHTA 6,2%), síndrome coronario agudo (SCA 6%), y otras causas (OC 30,5%). Hubo diferencias entre los grupos en Charlson, Barthel y Pfeiffer. En el ECG hubo diferencias ( $p < 0,001$ ) en el ritmo (más FA en FARVR y menos en SCA) y en HVI (más en eHTA). En ECO hubo diferencias ( $p < 0,01$ ) en FEVI (menor en SCA), Diámetro AI, PSAP y disfunción de VD (mayor en OC). El derrame pleural fue más frecuente en MCT y menos en SCA, y el patrón Rx de EAP en SCA y en eHTA ( $p < 0,001$ ). El grupo con estancia media mayor fue SCA y la menor en eHTA (20,8 vs 6,9;  $p < 0,001$ ). Hubo más complicaciones durante el ingreso en los grupos SCA y eHTA. No hubo diferencias en el escenario de seguimiento, ni en reingresos ni en mortalidad a los tres meses y al año del ingreso.

**Discusión:** El grupo OC, que constituye casi un tercio de los pacientes, tiene mayor grado de dependencia y deterioro cognitivo, en ECO presentan un patrón sugestivo de patología pulmonar o fallo cardíaco derecho asociado, y tienen mayor estancia media. Este grupo es heterogéneo y sería conveniente diferenciar en el registro sus componentes, para mejorar el análisis de los FDD. En RICA no existe relación significativa entre

el FDD y el pronóstico, a diferencia de lo que ocurre en OPTIMIZE-HF (Fonarow, Arch Intern Med 2008), lo que puede deberse a su mayor número de pacientes (48612) y a ser una población diferente.

*Conclusiones:* 1. Hubo diferencias significativas en los índices de Charlson, Pfeiffer y Barthel así como en EKG, Rx de tórax y ecocardiograma. 2. La resolución más rápida del ingreso corresponde al grupo eHTA y el de mayor estancia al SCA. El grupo OC es muy heterogéneo y el de mayor estancia hospitalaria. 3. Los grupos SCA y eHTA tienen mayor tasa de complicaciones durante el ingreso. 4. El FDD no se relaciona con reingresos ni mortalidad a corto y medio plazo.