



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

J. Arias Jiménez¹, M. Guisado Espartero², P. Salamanca Bautista³, A. Conde Martel⁴, L. Ceresuela Eito⁵, F. Formiga Pérez⁶, M. Montero Pérez-Barquero⁷, O. Aramburu Bodas¹, J. Grau Amorós, en representación del Grupo de Trabajo IC y FA-Registro RICA

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