



IC-016 - DIFERENCIAS EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN LOS REGISTROS RICA Y REDINSCOR

J. Álvarez García¹, P. Salamanca Bautista², A. Ferrero Gregori¹, J. Arias Jiménez², J. Delgado³, F. Formiga⁴, R. Vázquez⁵ y M. Montero Pérez-Barquero⁶. T. Puig, O. Aramburu Bodas, L. Manzano y J. Cinca, en representación del Grupo de Trabajo de los Registros RICA y REDINSCOR

¹Servicio de Cardiología. Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ³Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ⁵Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen

Objetivos: Analizar las diferencias en el pronóstico de los pacientes ambulatorios con Insuficiencia Cardíaca (IC) dependiendo de la especialidad que los atiende: Cardiología o Medicina Interna (MI).

Métodos: Análisis comparativo de 2 registros prospectivos nacionales que incluyen pacientes con IC: RICA (MI: 1.396 pacientes) y REDINSCOR (Cardiología: 2.150 pacientes). Para hacer comparables los registros, en situación estable, se incluyeron pacientes del RICA a partir de la visita de los 3 meses (en REDINSCOR son ambulatorios y en RICA se recogen en un ingreso) y de REDINSCOR los mayores de 50 años. Se recogieron datos de mortalidad por cualquier causa y reingresos por IC a los 9 meses de la inclusión. Se realizó un análisis uni y multivariante mediante modelo de riesgos proporcionales de Cox. Se realizó un Propensity matching-score para comparar pacientes similares de ambos grupos, y se obtuvieron 346 parejas según las siguientes variables: edad, sexo, presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, NYHA, etiología de la IC, infarto previo, anemia, fibrilación auricular, bloqueo de rama derecha e izquierda, fracción de eyección, insuficiencia renal, y tratamiento con diuréticos de asa, betabloqueantes, IECA, ARA-II y antagonistas de la aldosterona.

Resultados: No hubo diferencias en reingresos por IC en ambos registros, pero sí en mortalidad global. En la cohorte emparejada, las cifras de reingreso fueron similares en MI y Cardiología (16,2% vs 19,4% respectivamente, $p = 0,27$) y la mortalidad fue superior en la cohorte de MI, pero sin diferencias significativas (16,7% vs 12,4%, $p = 0,10$). Tras realizar la regresión logística, considerando los principales factores pronósticos que se recogieron en ambos registros, los cuidados por parte de Cardiología fueron un factor protector independiente de mortalidad (RR 0,68; IC95% 0,51-0,89), pero un factor de riesgo para los reingresos (RR 1,35; IC95% 1,03-1,76).

Discusión: Hay poca información acerca de las diferencias en el pronóstico entre pacientes tratados por internistas y cardiólogos. En nuestro estudio, tras un proceso de emparejamiento ajustado por las principales variables pronósticas se demostró que la mortalidad y los reingresos no eran diferentes en los pacientes tratados por ambas especialidades. Sin embargo, tras realizar un análisis

multivariante, el seguimiento por parte de un cardiólogo fue un factor protector de mortalidad en los pacientes. Una explicación posible es que todos los pacientes recogidos en REDINSCOR provenían de hospitales con Unidades de IC, cuyo beneficio ha sido demostrado en otros estudios, con un grado de evidencia A. Otra posible explicación sería que no se ha podido emparejar por otras comorbilidades como la demencia, o por el estado funcional, ya que no estaban disponibles en la cohorte REDINSCOR.

Conclusiones: 1. En la cohorte emparejada de pacientes, el seguimiento a los 9 meses no muestra diferencias significativas en reingresos ni en mortalidad. 2. Tras ajustar por las principales variables pronósticas recogidas, los pacientes de Cardiología muestran menor mortalidad pero mayor proporción de reingresos.