



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

IC-6. - CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN EL REGISTRO RICA. IMPLICACIONES CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS

M. Guisado Espartero¹, P. Salamanca Bautista², E. Ramiro Ortega³, J. Grau Amorós⁴, I. Suárez Pedreira⁵, M. Sánchez Marteles⁶, M. Montero Pérez-Barquero⁷, O. Aramburu Bodas³, F. Formiga Pérez, J. Arias Jiménez, en representación del Grupo de Trabajo IC y FA-Registro RICA

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Cabra (Córdoba). ²Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Valle del Nalón. Langreo (Asturias). ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ⁷Servicio de Medicina Interna. IMBIC/Hospital Reina Sofía. Universidad de Córdoba. Córdoba.

Resumen

Objetivos: 1. Describir y comparar marcadores pronósticos en pacientes con y sin cardiopatía isquémica (CI) del Registro RICA. 2. Valorar la necesidad de soporte vital avanzado/UCI en el ingreso. 3. Comparar en ambos grupos: días de estancia, seguimiento al alta, mortalidad y/o reingresos por IC a los 3 meses y al año.

Métodos: Se incluyeron 2.345 pacientes del Registro RICA (<https://www.registrorica.org/info/general/index.php>). La cohorte se dividió en dos grupos: Grupo CI (n = 729): con antecedentes personales de CI o Insuficiencia Cardíaca (IC) de etiología isquémica; y Grupo no CI (n = 1616): resto de pacientes. Análisis estadístico con SPSS v 18.0, realizando estudio descriptivo y comparativo del seguimiento al alta, marcadores pronósticos, días de estancia, mortalidad, reingresos por IC y evento combinado (mortalidad o reingresos por IC) a los 3 meses y al año, y regresión de Cox para factores pronósticos de mortalidad incluyendo edad, sexo varón, ingresos previos IC, FE reducida, NYHA III-IV, insuficiencia renal moderada-severa, troponina T y péptidos natriuréticos.

Resultados: El grupo CI tuvo mayor necesidad de soporte vital avanzado (11,5% vs 4,9%, p 0,001) y de ingreso en UCI (12,8% vs 7,2%, p = 0,029). Los valores de troponina y BNP o proBNP eran significativamente superiores en el grupo CI (p 0,05). Los pacientes de CI tienen una mayor estancia que los No CI, con diferencias significativas (10,17 días vs 9,36, p=0,003). El seguimiento de los pacientes con CI en consultas externas de Medicina Interna fue algo menor (44,6% vs 51,2; p = 0,113), y se remitieron a Unidad de IC (18,1%), MAP (19,2%), y cardiólogo de zona (13,6%). A los 3 meses habían fallecido el 7,7% de los pacientes con CI vs 5,7% en no CI (p = 0,067) y al año 10,7 vs 9,7%, respectivamente (p = 0,463). Tampoco hubo diferencias significativas en los reingresos por IC a los 3 meses (7,7% vs 7,2%) ni al año (16,2% vs 15,2%), ni en el evento combinado a los 3 meses (14,8% vs 12,6%) ni al año (24,0% vs 21,9%). En el análisis multivariante ninguna de las variables incluidas mostró significación estadística.

Discusión: Los pacientes con CI suelen ingresar con mayor gravedad, precisando soporte vital e ingreso en UCI en un porcentaje superior que los no tienen CI, y es probable que este porcentaje hubiera sido superior si no se hubieran excluido del RICA los pacientes fallecidos en el ingreso. Los pacientes con CI tenían marcadores pronósticos al ingreso (troponina y péptidos natriuréticos) más elevados. Los porcentajes de

mortalidad y reingreso a los tres meses y al año son ligeramente superiores en el grupo con CI pero en ninguno de los casos estas diferencias son significativas.

Conclusiones: 1. Los pacientes con CI que ingresan por IC precisan con mayor frecuencia soporte vital avanzado e ingreso en UCI y mayor estancia hospitalaria. 2. El seguimiento al alta es similar en los pacientes con y sin CI. 3. A pesar de presentar marcadores de mal pronóstico más elevados, no se han visto diferencias significativas, mortalidad y/o reingresos por IC.