



<https://www.revclinesp.es>

IC-014 - MORTALIDAD Y REINGRESO A CORTO PLAZO EN LOS PACIENTES DEL REGISTRO RICA EN RELACIÓN AL FACTOR PRECIPITANTE DE INGRESO

P. Salamanca Bautista¹, M. Cano Guzmán¹, M. Fernández Díaz¹, J. Fernández Martínez¹, O. Aramburu Bodas¹, M. Carrera Izquierdo², F. Epelde Gonzalo³, M. Montero Pérez-Barquero⁴ y Registro RICA. M. Quesada Simón y J. Satué Bartolomé, en representación del Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardiaca y Fibrilación Auricular-Registro RICA

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Soria. Soria. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen

Objetivos: Evaluar la posible relación del factor precipitante (FP) de ingreso con el pronóstico, en términos de mortalidad y/o reingreso, a corto plazo en los pacientes ingresados con insuficiencia cardiaca (IC) del Registro RICA.

Métodos: Pacientes del Registro RICA con FP del ingreso recogido y con al menos 3 meses de seguimiento. Se recogieron las variables: edad, sexo, IMC, Clase NYHA, fracción de eyección ventricular izquierda (FE), NT-proBNP, y filtrado glomerular estimado (eGFR), estancia, reingresos por cualquier causa y mortalidad, y los siguientes FP: Infección respiratoria (IR), fibrilación auricular (FA), mal cumplimiento terapéutico (MC), HTA, isquemia miocárdica (IM), anemia y otros. Se comparó mortalidad y reingresos en función del FP utilizando el test de ?², y su asociación con dichos eventos se analizó usando curvas de supervivencia de Kaplan-Meier (log-rank) y un modelo de regresión de Cox con análisis multivariante ajustado para las variables con un valor menor de p 0,05 en el análisis univariante.

Resultados: Se incluyeron 2.962 pacientes, con edad media de 80,5 años, siendo el 53% varones. La mediana de IMC fue de 28, el 37% estaban en clase III-IV de la NYHA y el 60% tenían FE > 50%, la mediana de NT-proBNP fue de 3.422 y 42% tenían un eGFR 60 (MDRD-4). No hubo diferencias significativas en mortalidad o reingresos a los tres meses en relación con el FP de ingreso, aunque el mayor porcentaje de mortalidad (10%) y de reingresos (27%) se asoció a la Isquemia miocárdica, y las tasas más bajas de eventos ocurrieron cuando el FP fue la Infección respiratoria, la HTA y la FA. En el análisis univariante, se asociaron a mayor mortalidad la edad, la NYHA III-IV, el NT-proBNP elevado y el eGFR 60 (p 0,001), y con menor mortalidad el IMC > 25 (p 0,001) y la FE > 50 (p = 0,008). Con mayor tasa de reingresos se asociaron la Isquemia miocárdica (p = 0,005), la NYHA III-IV (p 0,001) y un eGFR 60 (p = 0,046). En el análisis multivariante la edad (p = 0,001), la NYHA III-IV (p = 0,014), el NT-proBNP elevado (p = 0,009), el eGFR 60 (p = 0,035) y el IMC > 25 (p = 0,001) fueron predictores independientes de mortalidad; y de reingreso la Isquemia miocárdica como FP (RR, IC95%: 1,49, 1,12-1,99; p = 0,006) y la NYHA III-IV (p = 0,001).

Discusión: En el Registro RICA no hemos podido observar una relación clara e independiente del FP de ingreso con la mortalidad, y sólo del FP isquemia miocárdica en cuanto a reingreso, a corto plazo. Uno de los perfiles pronósticos más favorable lo presentan los pacientes cuyo FP es la HTA, con menor mortalidad y menor estancia. Otras publicaciones que han analizado esta relación se han realizado en contextos clínicos o

de investigación muy heterogéneos, con resultados dispares, lo que hace difícil establecer comparaciones. Nuestros resultados guardan cierta similitud con los obtenidos por otros investigadores. Se podría recomendar especial atención a los pacientes cuyo FP sea un síndrome coronario agudo, por su peor pronóstico.

Conclusiones: En los pacientes del Registro RICA no se observa una relación independiente del FP de ingreso con la mortalidad a los tres meses, y sólo la isquemia miocárdica como FP se asocia a un mayor tasa de reingresos en dicho periodo.