



5001-3. REGISTRO CANARIO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA (RECANIC). PERSPECTIVA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN NUESTRO MEDIO

Antonio García Quintana¹, María del Val Groba Marco¹, Meliton Davila Ramos², Alicia Conde Martel¹, Celestino Hernández², Antonio Lara Padrón³, Alina Pérez Ramírez³, José María Medina Gil⁴, Martín García López⁵ y Francisco Romero Santana⁴, del ¹Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas), ²Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife (Tenerife), ³Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife (Tenerife), ⁴CHUIMI, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) y ⁵Hospital Universitario José Molina Orosa, Lanzarote (Las Palmas).

Resumen

Introducción y objetivos: En Canarias, no existen datos sobre las características de los pacientes que precisan ingreso hospitalario por IC y esto supone un hándicap para elaborar estrategias de organización, prevención y tratamiento en nuestro medio. El objetivo es analizar el perfil clínico, diagnóstico, terapéutico y pronóstico de los pacientes que precisan ingreso hospitalario por IC en los hospitales canarios.

Métodos: Estudio observacional (EPA-SP), prospectivo, multicéntrico y multidisciplinar. Se incluyeron 2.113 pacientes que ingresaron por IC en Cardiología (898 pacientes, 42,5%) y Medicina Interna (1215 pacientes, 57,5%) de 7 hospitales entre enero 2017 y febrero 2018.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 75,7 (24-103) años (8% 55, 34% de 55-75, 38% de 75-85 y el 20% > 85 años) y el 51,3% varones. El 60% de los ingresos hospitalarios fueron reingresos y la causa de descompensación más frecuente la infección respiratoria (31,4%), seguida de la arritmia (22,1%) y la isquemia (15%). En el 70,6% se identificó un solo factor, mientras que fueron 2 en el 15,6% y hasta 3 en el 3,8%. Entre las comorbilidades destaca la alta prevalencia de diabetes (53%) con un 20,8 de nefropatía, 9,6% retinopatía y 7,5% neuropatía como complicaciones. Otros resultados se muestran en la tabla y las características de los fallecimientos en la figura.



Distribución de las muertes (5,4%) durante el ingreso hospitalario.

Características de los pacientes

Cohorte (N = 2.113)

Vive con un familiar/Solo (%)	66,1/8,8
Índice de Barthel (puntos)	82,0 ± 23,8
FEVI reducida/intermedia/conservada (%)	11/27,1/43,7
NYHA I/II/III/IV (%)	3,7/28,2/38,7/7,8
Sobrepeso (%)/Obesidad (%)	34,8/33,9
DM2/HTA/DLP/Tabaquismo (%)	53/83,3/63,2/12,4
Cardiopatía Isquémica (%)	31,1
Fibrilación auricular (%)	48,2
EPOC/SAOS (%)	17,6/7,1
Cáncer órgano sólido/Hematológico (%)	12,9/3,2
Hiperuricemia-gota (%)	11
Deterioro cognitivo-demencia (%)	19,4
Electrocardiograma FA/QRS > 150 ms/BRI/BRD (%)	42,4/15,1/18,2/11,2
Analítica FG 60/Hb 10 g/dl(%)	61/15,3
Analítica Nt-proBNP (pg/ml) (media ± DT)	7095 ± 7572
BB/IECA/ARAI/ARM/ARNI/Ivabradina/diurético (%)	75,7/28,8/23,2/34/2,9/5,7/92
Insulina/metformina/iDPP2/sulfunilurea/iSGLT2/GLP1 (%)	54/45/36,2/7,2/6,2/1,6
TAS/FC mmHg/lpm (media ± DT)	128 ± 24/82 ± 21

BRI: bloqueo de rama izquierda; BRD: bloqueo de rama derecha; PAS: presión arterial sistólica; FC: frecuencia cardíaca.

Conclusiones: Este amplio registro se caracteriza por una elevada tasa de reingresos con estancia media prolongada, edad más avanzada, y elevada coexistencia de factores de riesgo cardiovasculares, comorbilidades cardíacas y no cardíacas. Se objetiva una mortalidad intrahospitalaria similar a estudios previos, atribuible principalmente a progresión de la enfermedad e infecciones.