



IC-4. - CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN EL REGISTRO RICA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

M. Guisado Espartero¹, P. Salamanca Bautista², B. García Casado³, R. Quirós López⁴, J. Satué Bartolomé⁵, P. Llacer Iborra⁶, M. Montero Pérez-Barquero⁷, O. Aramburu Bodas⁸, J. Pérez Calvo, F. Carrasco Sánchez, 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, ⁸Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Merced. Osuna (Sevilla). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises (Valencia). ⁷Servicio de Medicina Interna. IMBIC/Hospital Reina Sofía. Universidad de Córdoba. Córdoba.

Resumen

Objetivos: 1. Estudio descriptivo y comparativo de los aspectos relacionados con la Cardiopatía Isquémica (CI) en los pacientes del Registro RICA. 2. Explorar la posible relación de la CI con la existencia de trastornos electrocardiográficos, de derrame pleural, de disfunción cardiaca (FE preservada vs reducida) y clase NYHA previa.

Métodos: Se incluyeron 2345 pacientes del Registro RICA (<https://www.registorica.org/info/general/index.php>). Se dividió la cohorte en dos grupos: Grupo con CI (n = 729): aquellos que tienen antecedentes personales de CI o IC de etiología isquémica; y Grupo sin CI (n = 1616): resto de pacientes. Se realizó un estudio descriptivo y comparativo de ambos grupos (SPSS v 18.0).

Resultados: En RICA, la etiología isquémica fue la segunda causa de IC (27,6%). El 31,1% del total tenían AP de CI y/o IC de etiología isquémica; de éstos el 64,1% era IC crónica reagudizada; el AP más frecuente de CI fue el tratado con ACTP-STENT (36,8%) y el no revascularizable (35,4%), y las causas más frecuentes de descompensación en el grupo CI fueron la infección respiratoria y SCASEST pero en grupo no CI fue FARVR e infección respiratoria (p < 0,001). Al comparar los dos grupos (CI vs no CI) se objetivaron diferencias significativas (p < 0,05) en: AP de diabetes, dislipemia, antecedentes familiares de CI, IC previa, arteriopatía periférica, enfermedad cerebrovascular, arritmia, insuficiencia renal y sexo varón. En el Grupo CI, Pffeifer y Charlson eran significativamente más elevados, sin diferencias en Barthel. No había diferencias en edad, AP de HTA, tabaquismo, alcoholismo, NYHA III-IV, ni mes de ingreso. El grupo con CI tuvo con más frecuencia patrón Rx de EAP, (p = 0,005) y TCIV-BRI (p < 0,001) y con menos frecuencia Hipertrofia ventricular izquierda (p = 0,021). La presencia de derrame pleural fue similar en ambos grupos. Se estudió la presencia de Isquemia de forma similar en ambos grupos, pero su hallazgo fue significativamente superior en el grupo CI (26,5% vs 7,9%; p < 0,001), y a dicho grupo se le realizó mayor número de coronariografías (19,3% vs 7,2%; p < 0,001) y el porcentaje de pacientes con FE reducida (< 45%) fue muy superior (62,4% vs 28%, p < 0,001).

Discusión: Los pacientes del Registro RICA con CI tienen más factores de riesgo y comorbilidad (DM, Insuficiencia renal, AF de CI, ECV) que los que no tienen CI, y como era previsible, tenían con mayor frecuencia FE reducida, se les detectó isquemia en un porcentaje superior y se les realizaron más coronariografías.

Conclusiones: 1. La etiología isquémica es la segunda causa de IC en RICA. 2. Los pacientes con IC y CI son con mayor frecuencia varones, con diabetes, dislipemia, ingresos previos por IC, otras enfermedades vasculares, insuficiencia renal, índice de Pffeifer y Charlson superiores y FE reducida. 3. Se detectó isquemia y se realizó coronariografía a un mayor número de pacientes del grupo con CI.