Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 609

Revista Española de Cardiología

6031-12. DIFERENCIAS EN EL PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNIDADES DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA SEGÚN SU TIPOLOGÍA

Juan Luis Bonilla Palomas[1], José González Costello[2], Alejandro Recio Mayoral[3], Juan José Gómez Doblas[4], Nieves Romero Rodríguez[5], Julián Pérez-Villacastín Domínguez[6], Andrés Íñiguez Romo[7], Javier Muñiz[8] y Manuel Anguita Sánchez[9]

[1]Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén), [2]Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, [3]Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, [4]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, [5]Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, [6] Servicio de Cardiología Hospital Clínico San Carlos, Madrid, [7]Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), [8]Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC) y [9]Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: En España, el modelo de atención multidisciplinar a la insuficiencia cardiaca (IC) se ha extendido en los últimos años gracias, en parte, al impulso de las sociedades científicas. La Sociedad Española de Cardiología ha estandarizado e impulsado la asistencia a la IC en tres tipos de unidades: comunitaria, especializada y avanzada. El objetivo de este estudio es analizar las diferencias de los pacientes atendidos en estas unidades.

Métodos: Para ello se llevó a cabo un estudio observacional en el que se incluyeron pacientes consecutivos, hospitalizados o ambulatorios, atendidos en unidades de IC adscritas a servicios de cardiología de 45 hospitales de nuestro país durante los siguientes periodos: noviembre 2019, marzo-abril 2020 y diciembre 2021-enero 2022. Para valorar las diferencias se usó la chi-cuadrado para las variables cualitativas y el test de Kruskal-Wallis para las cuantitativas. Las variables cualitativas se expresan en porcentajes y las cuantitativas como media ± desviación típica.

Resultados: Se reclutaron un total de 1.157 pacientes con IC, de los cuales 870 (75,2%) eran hospitalizados y 287 (24,8%) ambulatorios. El 14,95% de los pacientes se reclutó en unidades de IC comunitarias, el 59,98% es especializadas y el 25,07% en unidades de IC avanzadas. Las diferencias entre los distintos tipos de unidades se recogen en la tabla.

Características de los pacientes según el tipo de unidad de insuficiencia cardiaca

	Comunitaria	Especializada	Avanzada	p
Edad (años)	74,3 ± 11,7	73 ± 11,6	69,5 ± 13	0,001
Varones (%)	63	58,4	68,3	0,014

FEVI (%)	40,2 ± 15,6	43,1 ± 15,6	37 ± 16,7	0,001
FEVI 40%	55,5	49,8	65,6	0,001
Miocardiopatía dilatada idiopática	12,7	10,5	15,5	0,004
Resincronizador (%)	7,6	7,4	10,8	0,005
Desfibrilador (%)	9,3	13	21,9	0,005
Fibrilación auricular (%)	54,3	54,1	54,1	0,23
Hipertensión (%)	80,35	76,6	69,31	0,01
Diabetes mellitus (%)	40	44,5	41	0,43
Insuficiencia renal crónica (%)	36,5	35,8	51,2	0,001
Ictus (%)	8,9	9	12,8	0,17
IECA o ARA II (%)	38,5	34,5	31,4	0,78
Sacubitrilo-valsartán (%)	37,3	25,7	33,7	0,31
iSGLT2 (%)	28,7	31,7	20,4	0,002
Antialdosterónico (%)	52,7	52,8	55,7	0,7
Bloqueadores beta (%)	82,7	78,5	78,8	0,47
Equipo multidisciplinar con enfermera y primaria	76,8	77,7	81,7	0,33
Rehabilitación cardiaca	6,1	7,8	9,2	0,5

ARAII: antagonistas del receptor de angiotensina II. FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo. IECA: inhibidor de la enzima de conversión de angiotensina.

Conclusiones: En las unidades de IC avanzada los pacientes son más jóvenes y existe una mayor proporción de varones y de pacientes con función sistólica reducida. En consonancia con ello, la proporción de pacientes con dispositivos es mayor en estas unidades. El acceso al tratamiento farmacológico es homogéneo, aunque la prescripción de iSGLT2 es inferior en las unidades avanzadas, a pesar de que la proporción de pacientes con función sistólica reducida y con insuficiencia renal crónica es mayor en estas unidades, sin diferencias significativas en otras comorbilidades. No existen diferencias entre los 3 tipos de unidades en cuanto al número de pacientes en seguimiento por un equipo multidisciplinar que incluya a atención primaria. Destacamos la baja proporción de pacientes incluidos en un programa de rehabilitación cardiaca, sin diferencias entre los 3 tipos de unidades.