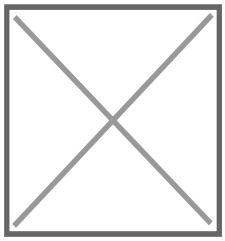
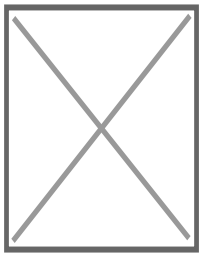
Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 612



Revista Española de Cardiología



6031-15. EFECTO DE LA DISPERSIÓN POBLACIONAL EN EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA: ANÁLISIS DE UN CENTRO

Ester Sánchez Corral, Pablo Luengo Mondéjar, Álvaro Margalejo Franco, Rubén Hernando González, Beatriz Fernández González, José Ángel Pérez Rivera, Beatriz López Vallejo y Jesús Ignacio Domínguez Calvo

Complejo Asistencial de Burgos.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) requiere un tratamiento protocolizado, con beneficio pronóstico establecido, en el que las Unidades de IC (UIC) juegan un papel esencial. La dispersión poblacional puede condicionar el acceso a los centros de referencia en IC. El objetivo de este trabajo es analizar la influencia de la dispersión geográfica en el manejo de estos pacientes.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo, incluyéndose los pacientes valorados nuestra UIC en el último año (01/03/2021-01/03/2022). Se midió la distancia domicilio-hospital mediante Google Maps®, estableciéndose un punto de corte de ? 30 minutos (distancia larga -DL-) o 30 minutos (distancia corta -DC-) según el tiempo de acceso al centro mediante vehículo a motor. Se compararon las características basales de ambos grupos, su tratamiento, el número de ingresos/visitas a urgencias por IC (I/U-IC) en el último año y su mortalidad.

Resultados: En el periodo de tiempo analizado, se valoró a 321 pacientes al menos una vez en la UIC. De ellos, 111 (34,6%) pertenecían al grupo DL y 210 (65,4%) al DC. Las características basales estaban bastante equilibradas en ambos grupos, como se muestran en la tabla; solo existieron diferencias estadísticamente significativas en la creatinina, siendo más elevada en el grupo DL (1,28 mg/dl vs 1,21; p 0,05) y en variables ecocardiográficas como la E/E´ y el SIV, siendo más elevadas en el grupo DC (14,5 vs 12,3 y 11,5 vs 11 mm, respectivamente; p 0,05). El tratamiento neurohormonal fue similar en ambos grupos, tanto en número de fármacos como en optimización de estos; los fármacos más pautados fueron los bloqueadores beta y los inhibidores del sistema renina-angiotensina. Los pacientes del grupo DC se valoraron presencialmente de forma más frecuente que el grupo DL (2,4 vs 2; p 0,05), sin diferencias en el número de visitas no presenciales. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de I/U-IC ni en la tasa de fallecimiento en el último año.

Pacientes valorados en nuestra UIC en el último año (01/03/2021-01/02/2022); análisis comparativo según sexo

Variables	Población total (N = 321)	Varones 266 (83%)	Mu

Edad media (años)		61 (30-90; DT 11,3)		69,4 (30-90; DT 11,1)		67,
Comorbilidades	Hipertensión arterial	172 (53,6%)		145 (54,5%)		27
	Diabetes mellitus	127 (39,6%)		112 (42,1%)		15
	Dislipemia	154 (48%)		135 (50,8%)		19
	Tabaquismo	*Activo: 44 (13,7%)		*Activo: 41 (15,4%)		*A
		*Ex 6 meses 133 (41,4%)		*Ex 6 meses 124 (46,6%)		*E
		*No: 144 (44,9%)		*No: 101 (38%)		*N
Etiología IC		*No isquémica: 178 (55,5%)		*No isquémica: 137 (51,5%)		*N (74
		*Isquémica: 143 (44,5%)		*Isquémica: 129 (48,5%)		*Is
Laboratorio	Creatinina media mg/dl	1,23 (0,22-9,45; DT 0,7)		1,24 (0,22-4,96; DT 0,49)		1,1
Ecocardiograma transtorácico	FEVI media %	37,6 (12-68; DT 10,6)		37,1 (12-68; DT 10,27)		40,
Dispositivos		*DAI: 88 (27,4%)		*DAI: 77 (28,9%)		*D
		*DAI-TRC: 74 (23,1%)		*DAI-TRC: 56 (21,1%)		*D
		*TRC: 5 (1,6%)		*TRC: 4 (1,5%)		*T
		*Marcapasos: 8 (2,5%)		*Marcapasos: 7 (2,6%)		*M
Tratamiento basal	Inhibidores del sistema renina angiotensina	303 (94,7)	*Dosis baja: 80 (25%)	251 (94,3%)	*Dosis baja: 67 (25,2%)	53

*IECA/ARA 2: 65 (20,2%)	* Dosis media: 112 (35%)	*IECA/ARA 2: 56 (21,1%)	*Dosis media: 90 (33,8%)	*IECA/ARA 2: 9 (16,4%)	*Dosis media: 22 (40,7%)			
*ARNI: 239 (74,5%)	*Dosis alta: 111 (34,7%)	*ARNI: 95 (73,3%)	*Dosis alta: 94 (35,3%)	*ARNI: 44 (80%)	*Dosis alta: 17 (31,5%)			
				*Dosis baja: 83 (25,9%)		*Dosis baja: 71 (26,7%)		*D 12
Bloqueadores beta			282 (87,9%)	*Dosis media: 86 (26,8%)	236 (88,7%)	*Dosis media: 74 (27,8%)	46 (83,6%)	*D 12
				*Dosis alta: 113 (35,2%)		*Dosis alta: 91 (34,2%)		*D 22
				*Dosis baja: 90 (28%)		*Dosis baja: 79 (29,7%)		*D 11
Antagonistas mineralocorticoides			198 (61,7%)	*Dosis media: 101 (31,5%)	167 (62,8%)	*Dosis media: 82 (30,8%)	31 (56,4%)	*D 19
				*Dosis alta: 7 (2,2%)		*Dosis alta: 6 (2,3%)		*D (1,
				* Dosis baja: 112 (35%)		*Dosis baja: 89 (33,5%)		*D 23
Diurético			146 (45,5%)	*Dosis media: 26 (8,1%)	121 (45,5%)	* Dosis media: 25 (9,4%)	25 (45,5%)	*M (1,
				*Dosis alta: 8 (2,5%)		*Dosis alta: 7 (2,6%)		*D (1,
		Estatinas		240 (74,8%)		212 (79,7%)		28
		Antiagregantes		101 (31,5%)		89 (33,5%)		12

Número visitas en último año	*P: 2,31 (0-8; DT 1,8) *NP: 0,32 (0-9; DT 0,8)	*P: 2,36 (0-8; DT 1,83) *NP: 0,3 (0-9; DT 0,77)	*P *N
Número de ingresos/visitas urgencias en el último año por descompensación de insuficiencia cardiaca	2,16 (0-12; DT 2,9)	2,23 (0-12; DT 3,01)	1,8
Fallecimiento	12 (3,7%)	9 (3,4%)	3 (

ARA2: antagonista receptor angiotensina 2; ARNI: antagonista receptor de angiotensina e inhibidor de neprilisina; D
implantable; IECA: inhibidor de enzima de conversión de angiotensina.

Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes del grupo DL reciben menor número de visitas presenciales, sin encontrarse diferencias en el tratamiento, mortalidad o I/U-IC. En una población tan dispersa como la de algunas zonas de nuestro país, son necesarias estrategias de manejo regionales, para que todos los pacientes tengan las mismas oportunidades de tratamiento y seguimiento.