Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 610

Revista Española de Cardiología

6031-13. MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNIDADES ACREDITADAS DE CARDIOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA EN ESPAÑA EN 2021

Evelyn Santiago-Vacas[1], Manuel Anguita[2], Jesús Casado[3], José González-Costello[4], Luis Manzano[5], Arantxa Matalí[6], Ángel Trueba-Sáiz[7] y Álvaro González-Franco[8]

[1]Hospital Germans Trias i Pujol. Representante nacional del grupo HoT, Badalona (Barcelona),[2]Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, [3]Hospital Universitario de Getafe, (Madrid), [4]Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat (Barcelona), [5] Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, [6]Boehringer Ingelheim España, Barcelona, [7]Eli Lilly and Company, Madrid y [8] Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Resumen

Introducción y objetivos: Las unidades de insuficiencia cardiaca (UIC) se crearon para abordar la insuficiencia cardiaca (IC) de una forma integral y atender la complejidad de estos pacientes. El objetivo de nuestro estudio es conocer el uso de biomarcadores y otros recursos, así como la aplicación de los fármacos recomendados para la IC en las UIC, tanto cardiológicas como de medicina interna, en la actualidad en España.

Métodos: Se envió una encuesta online anonimizada a 110 UIC acreditadas por SEC-Excelente (cardiología, n = 73) y UMIPIC (medicina interna, n = 37), evaluando los recursos sanitarios y la adherencia a las recomendaciones de sociedades científicas.

Resultados: De las 110 encuestas enviadas, se contestaron 83 (75,5%): 49 (67%) cardiológicas y 34 (92%) UMIPIC. Los biomarcadores más utilizados son NT-proBNP (90,4%), troponinas (66,3%) y CA125 (55,4%), como pronóstico (83,1%) y diagnóstico (73,5%). La calidad de vida se evalúa mediante la clase funcional de la NYHA (91,6%) y menos frecuentemente con el cuestionario Kansas City (32,5%) o el test de la marcha (26,5%). La titulación farmacológica la realiza el médico, o el médico junto con enfermería (42,2%), alcanzándose en los primeros 3 meses (45,5%) o 3-6 meses (44,2%). La secuencia farmacológica más habitual es: inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina (INRA), betabloqueante (BB), antagonista del receptor de la aldosterona (ARM) e inhibidor del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2 (iSGLT2) (53,2%). Se titulan todos los fármacos a la vez (85,7%). El INRA se inicia durante la hospitalización (97,4%), en el debut de IC (94,9%) y en pacientes sin inhibidores del sistema renina-angiotensina (IECA/ARA-II) (92,2%). Los iSGLT2 se introducen durante la hospitalización, siendo esta práctica más habitual en cardiología (84,4%) que en medicina interna (43,8%), p 0,001. Se realiza un control de la función cardiaca con imagen entre 3-6 meses (42,3%), siendo este tiempo más prolongado en medicina interna que en cardiología (p 0,001).

Conclusiones: El NT-proBNP es el biomarcador más utilizado como diagnóstico y pronóstico del paciente con IC. La combinación farmacológica más habitual es INRA+BB+ARM+iSGLT2, siendo titulados a la vez. El INRA se introduce durante la hospitalización, en el debut de IC y en el paciente sin IECA/ARA-II. El iSGLT2 se introduce durante la hospitalización en cardiología.