



6035-428. VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA: DIFERENCIAS EN LA UTILIZACIÓN DE BLOQUEADORES BETA ENTRE SERVICIOS

Rebeca Mata Caballero¹, Luis Molina Blázquez¹, Javier López Pais¹, Juan Górriz Magaña¹, Verónica Hernández², Alfonso Fraile Sanz¹, Leire Goicolea Güemez¹ y Jesús Saavedra Falero¹ del ¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, (Madrid) y ²Servicio de Cardiología, Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías clínicas en general recomiendan el uso de bloqueadores beta en el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca debida a DVI. Se ha demostrado que el mantener o iniciar bloqueadores beta en estos pacientes durante un ingreso por insuficiencia cardiaca aguda (ICA) reduce significativamente la morbilidad y la mortalidad. Sin embargo, cuando estos pacientes son ingresados por una exacerbación aguda de su insuficiencia cardiaca crónica, los bloqueadores beta pueden suspenderse por temor a que la exacerbación aguda pueda ser causada o agravada por sus efectos inotrópicos negativos. Quisimos evaluar el porcentaje de pacientes con FEVI deprimida que recibían al alta bloqueadores beta estudiando posibles diferencias entre los servicios que atienden esta patología en nuestro centro: Cardiología (CAR), Geriatría (GER) y Medicina Interna (MIR).

Métodos: Analizamos retrospectivamente 600 altas de pacientes con ICA (edad media 80 años; 40.6% varones) ingresados en nuestro hospital en 2013 con diagnóstico de ICA, en CAR, GER y MIR. Para el ajuste de riesgos se empleó como medida de complejidad el peso de GRD refinado (APR-GRD). Se ajustó además por edad y por recibir previamente bloqueadores beta.

Resultados: De los 600 episodios de alta por ICA analizados, 176 tenían DVI comprobada por ecocardiograma. En ellos, el porcentaje de pacientes en tratamiento con bloqueadores beta al ingreso era algo mayor en CAR, sin ser estadísticamente significativo (tabla). Al alta, el porcentaje de pacientes que tomaban bloqueadores beta aumentaba muy poco en MIR y GER (6%), aumentando un 22% en el caso de CAR. Ajustando un modelo de regresión logística en el que actuaron como factores de confusión la edad, la complejidad por el peso del APR-GRD y el tratamiento al ingreso con bloqueadores beta, el porcentaje de pacientes con bloqueadores beta al alta es significativamente mayor en CAR frente a MIR y GER (tabla), siendo el predictor más potente de que estos pacientes sean dados de alta con bloqueadores beta el tomarlos al ingreso (OR 53,5; IC95%: 17,8-160,7). El ingresar en GER (OR 0,20; IC95%: 0,05-0,90) o MIR (OR 0,17; IC: 0,05-0,57), se asociaba a una menor probabilidad ajustada de recibir bloqueadores beta al alta respecto a CAR.

Porcentaje de pacientes con FEVI deprimida con ICA en tratamiento con bloqueadores beta al ingreso y tras el alta por servicios

	CAR	GER	MIR	p
Bloqueadores beta al ingreso (%)	59	41	44	n.s.
Bloqueadores beta al alta (%)	81	47	50	0,0001

Conclusiones: Parece que el ingreso de estos pacientes en CAR, en nuestro medio, asegura mejor un tratamiento óptimo al alta en lo que respecta a los bloqueadores beta.