



Revista Española de Cardiología



6041-499. EL TRATAMIENTO ENDOVENOSO AMBULATORIO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DISMINUYE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS

Daniele Luiso, Aleix Fort Pal, Zorba Blázquez Bermejo, Alicia Calvo Fernández, Cora García-Ribas, Felicidad Martínez Medina, Sonia Ruiz Bustillo y Nuria Farré López del Servicio de Cardiología, Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad crónica caracterizada por descompensaciones que a menudo requieren hospitalización. Estrategias alternativas como el tratamiento endovenoso ambulatorio (TEVA) podrían ser útiles para disminuir los ingresos por IC pero la evidencia al respecto es escasa. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia en nuestro centro del TEVA en la IC descompensada.

Métodos: Se registraron retrospectivamente los pacientes que recibieron TEVA por IC descompensada en el 2016.

Resultados: Se trataron un total de 192 descompensaciones en 119 pacientes (16/mes). La edad media fue 75 ± 11 años, el 65% eran mujeres, la fracción de eyección media era $52 \pm 15\%$ (el 35% tenían disfunción ventricular, definida como FEVI 50%), el 62% tenía fibrilación auricular, el 28% cardiopatía isquémica, el 31% valvulopatía, el 60% insuficiencia renal (filtrado glomerular medio en este grupo 36 ± 13 ml/min) y el 37% neumopatía crónica. El 80% llevaba tratamiento con bloqueadores beta, el 50% con inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA)-ARAI y el 31% con antialdosterónico. La dosis media de furosemida oral domiciliar era 140 mg, el 23% estaba en tratamiento con hidroclorotiazida y el 20% con potasio oral. El 18% de las descompensaciones recibió 1 día de TEVA mientras que el 82% precisó tratamiento más de un día (media 3 ± 2 días). La dosis media de furosemida endovenosa administrada por descompensación fue 240 mg (80 mg/día), la de hidroclorotiazida 25 mg/día y la de potasio oral 20 mEq/día. Hubo una disminución significativa del peso y NT-proBNP (77 ± 15 frente a 75 ± 15 kg, $p = 0,001$ y 3.470 pg/ml [RIC 1.804-6.869] frente a 3.154 [1.620-4.992], $p = 0,013$, respectivamente). En el 81% de los casos fue posible evitar una hospitalización mientras que el 19% requirió ingreso para completar el tratamiento. El TEVA fue seguro y tuvo una baja tasa de complicaciones que precisaran consulta a Urgencias en el seguimiento a un mes (4% por diselectrolitemias, 1% por hipotensión sintomática). A los 30 días, el 34% presentó una nueva descompensación tratada ambulatoriamente o con ingreso hospitalario. Durante un seguimiento medio de 8 ± 4 meses, el 24% falleció, la mitad por IC.

Conclusiones: El TEVA es seguro y permite ahorrar ingresos hospitalarios por descompensación de IC en pacientes de edad avanzada, múltiples comorbilidades y necesidad de diurético basal elevada.