



## 7003-18. IMPACTO DE UNA RED REGIONAL ORGANIZADA DE IAM EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA: PRE-ICP (2001-2008) FRENTE A ICP (2009-2015)

Marta de Antonio Ferrer, María del Mar Domingo Teixidor, Carles Díez López, Elisabet Zamora Serrallonga, Josep Lupón Rosés, Beatriz González Fernández, Margarita Rodríguez Vaca y Antoni Bayes-Genis del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las Unidades de insuficiencia cardiaca (IC) son clave en el tratamiento de la IC. Su implementación se ha extendido en las últimas 2 décadas. Los avances en el tratamiento médico, dispositivos y revascularización coronaria – sobre todo la aparición de la angioplastia primaria (ICP)– se han implementado también de forma generalizada. En 2009 se implementó en Cataluña el Código IAM, que prioriza el tratamiento del IAMEST mediante ICP. El objetivo fue comparar las características clínicas, el tratamiento médico, y el nivel de autocuidado de los pacientes ambulatorios referidos a una unidad de IC de un hospital universitario de tercer nivel en 2 periodos de admisión: 2001-2008 (pre-ICP) frente a 2009-2015 (post-ICP).

**Métodos y resultados:** Desde 2001 a 2015 fueron admitidos en la unidad de IC 1921 pacientes: 960 pre-ICP y 961 post-ICP. Ambos grupos presentaron edad similar ( $66,7 \pm 12,1$  frente a  $66,9 \pm 13,3$ ,  $p = 0,73$ ) y sexo (varones  $70,9$  frente a  $70,7\%$ ,  $p = 0,89$ ). La duración de la IC fue superior en el grupo de pacientes pre-ICP, sin alcanzar la significación estadística (mediana 12 meses [RIQ 2-48] frente a 6 meses [RIQ 2-39],  $p = 0,1$ ). Encontramos diferencias significativas en cuanto a la etiología: menos isquémica ( $56,5$  frente a  $45,8\%$ ,  $p > 0,001$ ), y más miocardiopatía dilatada idiopática ( $9,5$  frente a  $16,5\%$ ,  $p > 0,001$ ) en el segundo periodo. También hubo en éste menor número de pacientes con IAM previo ( $49$  frente a  $32\%$ ,  $p < 0,001$ ). Los pacientes pre-ICP presentaron una peor clase funcional NYHA (III/IV  $39,3$  frente a  $22,9\%$ ,  $p < 0,001$ ) y FEVI ( $32,8$  frente a  $34,9\%$ ,  $p = 0,001$ ). Los tratamientos que realizaban los pacientes en la visita inicial fueron también diferentes: bloqueadores beta ( $61,3$  frente a  $79,5\%$ ,  $p > 0,001$ ), antagonistas de mineralocorticoides ( $25$  frente a  $41,5\%$ ,  $p = 0,001$ ), DAI ( $4,2$  frente a  $8,8\%$ ,  $p < 0,001$ ), TRC ( $1,4$  frente a  $4,6\%$ ,  $p < 0,001$ ), siendo superior su uso en el periodo post-ICP.

**Conclusiones:** Los pacientes referidos a una unidad de IC multidisciplinar entre los años 2001-2008 (pre-ICP) y 2009-2015 (post-ICP) difirieron en múltiples características. Un menor porcentaje de pacientes de etiología isquémica y antecedente de infarto previo se podría explicar, al menos en parte, por los beneficios de la implementación de un sistema organizado de ICP.