



## 6032-401. IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN PAÍS EN CRISIS (VENEZUELA)

Roberto Lopez Nouel<sup>1</sup>, Gustavo Linares<sup>1</sup>, Alejandro Márquez<sup>1</sup> y Javier Segovia<sup>2</sup> del <sup>1</sup>Centro Médico Docente La Trinidad, Caracas, Distrito Federal (Venezuela) y <sup>2</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La insuficiencia cardiaca crónica (ICC) determina descompensaciones (D) y hospitalizaciones (H), que son disminuidas por cambios de estilo de vida, adherencia al tratamiento y supervisión. Una unidad de insuficiencia cardiaca (UIC) es útil en lograr este objetivo. Su puesta en marcha en escenarios óptimos es compleja, y lo es más en escenarios de crisis. El objetivo fue implementar una UIC, aun con limitaciones inherentes a un país en crisis, que se tradujera en resultados positivos.

**Métodos:** Se seleccionó a 57 pacientes NYHA II-III en 10 meses, edad promedio 77,2 años, 34 varones, seguimiento promedio 6,5 meses. Se informó a los pacientes y a 49 cuidadores de la patología y su pronóstico. Se entrenaron “ monitores de riesgo” (MR), figura novel formada por personal de instrucción media, como adaptación a la crisis de recursos humanos, costos y alta rotación del personal de salud. Se realizó seguimiento telefónico e in situ a pacientes y cuidadores con frecuencia variable, según la clase funcional, histórico de descompensaciones y adherencia al tratamiento. Se usó herramienta tipo *check list* para evaluar signos de alarma, adherencia al tratamiento, carencia de medicamentos y necesidad de préstamo temporal de estos entre los pacientes de la UIC, tomándose las medidas pertinentes. Se evaluó el impacto de la gestión a través de una encuesta y registro de eventos (RE) del año previo.

**Resultados:** Pacientes y cuidadores consideraron estar mejor informados en un 87%, tener mejor accesibilidad al médico ajustes terapéuticos mas expeditos por el cardiólogo y consecución de medicación en falla en un 81%, y estar más pendientes de los signos de alarma en un 86%. RE año previo al ingreso, D 38 69%, H 34 62%, 4 de las D fueron tratadas ambulatoriamente (7,2%). RE ya en la UIC: Se perdió seguimiento en 2 pacientes, de los 55 restantes el RE fue: 4 pacientes fallecieron, 3 de muerte cardiovascular, 13 sufrieron D 23,6%, de estos 5 requirieron H 9% y 8, 14,5% solo reajuste del tratamiento ambulatorio o ingreso al hospital de día de la UIC.

**Conclusiones:** En escenarios de profunda crisis económica, carencia de medicación específica, recursos médicos, humanos y materiales, más añadida descomposición social, es posible lograr a través de la implementación de una UIC, un mejor control de pacientes en ICC, que se traduzca en reducción significativa de H y D, aún en un grupo de edad avanzada.