



6041-510. PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRADA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA PACIENTES CON SOSPECHA DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN: PRIMERAS EXPERIENCIAS

Ester Sánchez Corral, José Ángel Pérez Rivera, María Josefa Pérez Romero, Edmundo Molinero Herguedas, Pablo Jesús Ruiz Pérez y Beatriz Fernández González del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es un grave problema de salud pública. En Europa la prevalencia es de 0,4-2%, con una edad media de 74 años. El peor pronóstico lo presentan pacientes con fracción de eyección reducida (ICFER), que suponen el 50% de las IC. Nuestro centro dispone de una unidad de IC (UIC), con una cobertura actual de 510 pacientes; el 80% con ICFER, lo cual supone un infradiagnóstico, en relación con un retraso en su detección y la dificultad de acceso desde Atención Primaria (AP). Nuestro objetivo es la creación de una consulta de alta resolución de IC (CARIC) para el diagnóstico y tratamiento precoces de ICFER.

Métodos: Tras una visita explicativa a los 12 centros de salud de nuestro entorno (ver figura), se valoró a todos los pacientes remitidos mediante anamnesis, exploración física, ECG y ecocardiograma. Se consideró fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) reducida un valor 40%, criterio necesario para la derivación a UIC. Se analizan de manera prospectiva y descriptiva los primeros pacientes valorados, entre febrero y abril de 2017.

Resultados: Entre el 01/02 y el 30/04 de 2017, 21 pacientes se remitieron a la CARIC, con edad media de 81 años, el 71% mujeres. Nueve de los 12 centros de AP enviaron pacientes; el síntoma principal fue la disnea (71%), seguida del edema y el proBNP elevado asintomático (14% respectivamente). El tiempo medio de espera a la CARIC fue 4,9 días. El 48% tenía antecedentes cardiológicos (de éstos, 90% FA; 10% valvulopatía). El 33% tenía insuficiencia renal crónica, el 24% IMC > 30 kg/m², el 81% hipertensión arterial y el 19% diabetes. El proBNP medio, medido entre los 2 meses previos a la CARIC, fue 1.466 pg/ml. La FEVI media fue 68,6%; el 42% cumplían criterios de elevación de presiones de llenado de ventrículo izquierdo ($E/E' > 15$). Los diagnósticos al alta fueron: 19% ausencia de cardiopatía; 33% valvulopatía; 21% taquiarritmia; 14% cardiopatía hipertensiva. El destino al alta fue: 62% AP; 33% consultas de cardiología y 5% consultas de otras especialidades.



Crterios de derivación y algoritmo de actuación.

Características basales de los pacientes derivados a la CARIC

Datos demográficos

Edad media	81 años
Sexo	71% mujeres; 29% varones

Antecedentes

Obesidad	24%
Tabaquismo	9%
Enolismo	9%
DM	19%
Hipertensión arterial sistémica	81%
Antecedentes cardiovasculares	48%
Enfermedad renal crónica	14%
Neumopatía	24%
Tratamiento diurético previo	76%

Datos analíticos

prBNP medio (pg/ml)	1.466
Creatinina media (mg/dl)	1,0
Hemoglobina media (g/dl)	14,18

Datos ecocardiográficos

FEVI media 68,6%

E/E' media 14,7

Conclusiones: Los pacientes con sospecha de IC se benefician de una actuación conjunta entre Cardiología y AP, pues se agiliza el diagnóstico de ciertas cardiopatías. No obstante, la mayoría de los pacientes derivados a nuestra CARIC tienen FEVI conservada, por lo que los cardiólogos deberían implicarse más en esta patología que, en muchos casos, la manejan internistas.