



5007-7. ¿ES SEGURO DAR ALTAS? EXPERIENCIA PROSPECTIVA EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA ESPECIALIZADA

Antonio Adeba García¹, Laura Cuesta Margolles¹, Berta Vega Hernández¹, María Vigil-Escalera Díaz², Roi Bangueses Quintana², Víctor Gómez Carrillo¹, Julia Rodríguez Ortuño¹, Enrique Ríos Gómez¹, María del Rosario Cortina Rodríguez¹, Rubén Linares Hernández¹, Álvaro Martínez Laga¹, Javier Santamaría del Tío¹, Ariadna Tobarra Peña¹, Daniel Morena Salas¹ y Íñigo Lozano Martínez-Luengas¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias), España y ²Sección de Cardiología. Hospital San Agustín, Avilés (Asturias), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las unidades de insuficiencia cardiaca (IC) disponen del mayor grado de recomendación y nivel de evidencia disponible. Sin embargo, el elevado volumen de pacientes hace que el seguimiento de muchos de ellos se encuentre fuera de estas unidades. Nuestro objetivo es evaluar los eventos clínicos de los pacientes valorados en la consulta especializada de IC, comparando los datos de pacientes dados de alta con los que continúan en seguimiento.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo. Se incluyen pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) \geq 40% valorados desde el 2022 en un programa de IC especializada. Seguimiento clínico y a través de historia clínica digital. Los pacientes son dados de alta cuando no se espera actuación invasiva a medio plazo y presenten: FEVI recuperada, clase funcional NYHA I o IV no subsidiaria de medidas avanzadas, o ausencia de colaboración. Se comparan las características y la evolución clínica de los pacientes según continúen seguimiento en la unidad o hayan sido dados de alta. Se establece como *endpoint* un combinado de ingreso por IC y/o mortalidad por cualquier causa. Las variables categóricas se comparan con el estadístico χ^2 , y las cuantitativas con t-Student. Realizamos un análisis de supervivencia según el método de Kaplan-Meier y un modelo de regresión de Cox multivariante (incluyendo aquellas variables con significación $p < 0,1$ en el univariante).

Resultados: N = 448. Edad media $69,6 \pm 10,6$ años, 25,7% mujeres. El 44,4% han sido dados de alta, siendo la FEVI recuperada el motivo más frecuente. El mayor porcentaje de ellos realizan seguimiento exclusivo en Atención Primaria (AP). En la tabla se reflejan las características de ambos grupos. Con un seguimiento mediano de 13 meses (RIQ: 5,3-25,2), un 12,3% de los pacientes presentaron un evento, sin diferencias entre ambos grupos (HR: 0,9, IC: 0,53-1,55; $p = 0,715$) (figura). En el análisis multivariante, la fibrilación auricular aparece como factor de riesgo, mientras que el empleo de inhibidores del eje renina angiotensina y la recuperación de FEVI como protectores.

Características de los pacientes

	Alta	Seguimiento	p
--	------	-------------	---

Edad promedio (años)	72,2	67,7	0,001
FEVI promedio (%)	32,9	31,7	0,124
Mujeres (%)	26,74	24,9	0,661
EPOC (%)	14,97	14,18	0,183
Fibrilación auricular (%)	40,64	34,1	0,157
Etiología isquémica (%)	35,83	36,78	0,836
Desfibrilador (%)	12,3	24,14	0,002
Terapia resincronización (%)	6,42	13,79	0,013
FEVI recuperada (%)	58,29	23,37	0,0001
Resonancia cardiaca (%)	18,72	37,7	0,0001
Coronariografía (%)	72,19	69,35	0,515
Estudio genético (%)	9,09	17,24	0,014
Fármacos ISRA (%)	85,03	87,74	0,406
BB (%)	90,91	94,25	0,175
ISGLT 2 (%)	75,94	83,52	0,046
ARM (%)	63,64	75,48	0,007
Endpoint combinado (%)	12,93	11,88	0,761
Mortalidad total (%)	5,88	4,60	0,543
*Cardiovascular (% de mort. total)	20	80	0,007

-Ingresos por IC (%)	10,7	13,79	0,328
----------------------	------	-------	-------

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo;
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica;
ISRA: inhibidores del sistema renina-angiotensina;
BB: bloqueadores beta; ISGLT2: inhibidores del
cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; ARM:
antagonistas de receptor de mineralocorticoides; IC:
insuficiencia cardíaca;



Curva Kaplan-Meier evento combinado.

Conclusiones: En nuestra serie, ser alta de la unidad no se relaciona con mayor tasa de evento clínico combinado. Una correcta selección de pacientes y establecer protocolos conjuntos con AP favorece que el manejo de la IC se vislumbre segura fuera de las unidades especializadas.