



6049-432. IMPACTO DE UNA UNIDAD CLÍNICA ESPECIALIZADA SOBRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL, FUNCIÓN VENTRICULAR Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Eduardo Barge Caballero, Gonzalo Barge Caballero, María Jesús Paniagua Martín, David Couto Mallón, Zulaika Grille Cancela, Paula Blanco Canosa, Raquel Marzoa Rivas, Carmen Naya Leira, M. Cristina Riveiro Rodríguez, Javier Muñiz García, José Manuel Vázquez Rodríguez y M. Generosa Crespo Leiro, del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: Objetivos: analizar los resultados clínicos de una unidad de IC.

Métodos: Estudio prospectivo de 1.280 pacientes con IC tratados en una unidad especializada entre 2011 y 2017. Se comparó la mortalidad observada a 1 y 3 años con la mortalidad pronosticada por la escala MAGGIC.

Resultados: La escala MAGGIC medio era $18,8 \pm 6,9$. Las tasas de prescripción de bloqueadores beta, IECA, ARA-2, ARM y ARNI en la cohorte global y en pacientes con FEVI 40% fueron de 93% (98%), 67% (71%), 22% (22%), 73% (84%) y 16% (22%), respectivamente. Se observó un incremento de la proporción de pacientes con FEVI 40% que recibían la dosis objetivo de bloqueadores beta (29,6 frente a 18%, p 0,001) y de IECA/ARA2/ARNI (24,6 frente a 11,3%, p 0,001) en la última visita, con respecto a la basal. Se observó un incremento significativo de FEVI a lo largo del seguimiento ($39,2 \pm 14,5$ frente a $34,3 \pm 13,9$; p 0,001). De los 940 pacientes con FEVI basal 40%, 239 (25,4%) presentaron FEVI $\geq$ 40% en la visita final; sin embargo, solo 25 (7,4%) pacientes con FEVI basal $\geq$ 40% presentaron FEVI 40% en la visita final. Se observó un cambio significativo en la distribución de la clase funcional de la NYHA a lo largo del seguimiento (p 0,001), incrementándose la prevalencia de clase I (31,1 frente a 11,1%) y reduciéndose la prevalencia de clase II (54,1 frente a 42,9%) y de clase III (30,7 frente a 20,9%). Se observó una mejoría de al menos 1 clase funcional en 484 (37,8%) pacientes. La escala MAGGIC mostró una discriminación adecuada de la mortalidad a 1 año (estadístico $c = 0,71$) y a 3 años (estadístico $c = 0,76$), pero la mortalidad observada en la cohorte fue significativamente menor a la mortalidad esperada, tanto a 1 año (6,2 frente a 10,9%; ratio observada/esperada = 0,57; p 0,001) como a 3 años (16,7 frente a 27,7; ratio observada/esperada = 0,60; p 0,001). Esta discrepancia se observó en la mayoría de los subgrupos analizados, excepto en pacientes > 70 años (29,9 frente a 34,7%; ratio observada/esperada = 0,86; $p = 0,126$) y en pacientes con FEVI $\geq$ 40% (19,6 frente a 20,7%; ratio observada/esperada = 0,95; $p = 0,640$).

Conclusiones: El seguimiento estrecho y la optimización terapéutica en una unidad de IC se asocia a mejoría de la capacidad funcional y la función ventricular, así como a una mortalidad inferior a la esperada.