Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 1073

Revista Española de Cardiología

6041-506. EXPERIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Carolina Ortiz Cortes, Gonzalo Marcos Gómez, Luis Enrique Lezcano Gort, Zineb Kounka, María José Romero Castro, David Chipayo Gonzales, Paloma Pérez Espejo y Yolanda Porras Ramos del Hospital San Pedro de Alcántara, San Pedro de Alcántara (Cáceres).

Resumen

Introducción y objetivos: Pese a los continuos avances en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca (IC), la mortalidad, el número de reingresos y costes por esta patología son todavía muy elevados. Los programas estructurados de manejo de la IC han demostrado beneficios pronósticos, sin embargo, los resultados de estos programas son muy variables dependiendo de la intensidad de la intervención y de la heterogeneidad de los modelos evaluados.

Métodos: Analizamos los primeros resultados de una unidad de insuficiencia cardiaca (UIC) especializada, coordinada por cardiología con apoyo multidisciplinar y con enfermería a tiempo parcial en un hospital de tercer nivel. Incluimos pacientes con fracción de eyección reducida (< 40%), o conservada pero con mala clase funcional (III-IV) o descompensaciones frecuentes (> 3/año).

Resultados: Se incluyeron 202 pacientes con edad media de 66,4 años (± 12). El número de visitas presenciales fue de 598 (2,96 visitas por paciente) y 60 pacientes (29,7%), realizaron consultas telefónicas durante un periodo de seguimiento medio de 13,9 meses (± 4,9). Las características clínicas, comorbilidades, niveles de fármacos y dispositivos prescritos se describen en la tabla. La etiología más habitual fue la isquémica: 85 pacientes (42,1%). Se completó el estudio con resonancia cardiaca en 82 pacientes (40,59%) y se realizó estudio genético en 36 (17,8%). 12 pacientes (5,9%), fueron derivados a una unidad de IC trasplantadora y 3 (1,5%) se incluyeron en un programa de diálisis peritoneal ambulatoria por congestión refractaria. Comparamos los reingresos y las visitas a urgencias por IC en el año previo a la inclusión de los pacientes en el programa con los ocurridos durante el periodo de seguimiento en la UIC observándose una reducción de los reingresos entre ambos periodos de 50,1% (p: 0,001) y de las visitas a urgencias del 31% (p: 0,012). La mortalidad total durante el seguimiento fue de 14 pacientes (6,93%) (5,2% mortalidad cardiovascular).

	N (%)	Tratamientos	
Varones	143 (70,8)	IECA/ARAII/ARNI	188 (93)
HTA	139 (68,8)	Bloqueadores beta	183 (90,5)

DM	80 (39,6)	Antialdosterónicos	148 (73,2)
DLP	89 (44,05)	Ivabradina	30 (14,8)
Fumadores	33 (16,3)	Levosimendán	14 (6,9)
FEVI media	33,9 (± 11,4)	Carboximaltosa férrica	44 (21,7)
FA	84 (41,5)	Diuréticos	126 (62,3)
I. renal	67 (33,3)	Dispositivos	
Killip		Marcapasos	18 (8,9)
I	39 (19,3)	DAI	39 (19,3)
II	110 (54,4)	DAI-CRT	35 (17,3)
III	45 (22,2)	MP-CRT	8 (3,9)
IV	10 (4,9)		

Conclusiones: Nuestros resultados, corroboran que el desarrollo de una UIC hospitalaria especializada permite una intensa optimización del tratamiento y una disminución de reingresos y descompensaciones por IC, consiguiendo además, tasas de mortalidad bajas y acorde a las descritas por otros programas de IC de similares características, lo cual se traduce en una reducción del gasto sanitario por esta patología.