

## Revista Española de Cardiología



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

Antonio Adeba García<sup>1</sup>, Laura Cuesta Margolles<sup>1</sup>, Berta Vega Hernández<sup>1</sup>, María Vigil-Escalera Díaz<sup>2</sup>, Roi Bangueses Quintana<sup>2</sup>, Víctor Gómez Carrillo<sup>1</sup>, Julia Rodríguez Ortuño<sup>1</sup>, Enrique Ríos Gómez<sup>1</sup>, María del Rosario Cortina Rodríguez<sup>1</sup>, Rubén Linares Hernández<sup>1</sup>, Álvaro Martínez Laga<sup>1</sup>, Javier Santamaría del Tío<sup>1</sup>, Ariadna Tobarra Peña<sup>1</sup>, Daniel Morena Salas<sup>1</sup> y Íñigo Lozano Martínez-Luengas<sup>1</sup>

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

## Resumen

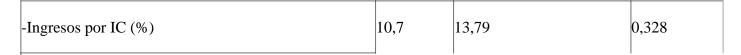
Introducción y objetivos: Las unidades de insuficiencia cardiaca (IC) disponen del mayor grado de recomendación y nivel de evidencia disponible. Sin embargo, el elevado volumen de pacientes hace que el seguimiento de muchos de ellos se encuentre fuera de estas unidades. Nuestro objetivo es evaluar los 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) ? 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 chi², 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.

	Alta	Seguimiento	p
Características de los pacientes			

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



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 cardiaca;



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.