



IC-076 - UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE UN HOSPITAL COMARCAL: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 115 PACIENTES Y DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA FEVI

M. Plasín Rodríguez¹, B. Vilaseca Arroyo¹, C. Lora López¹, R. Gilabert Gómez², P. Vázquez Belles¹, C. Moya López², A. Fernández Luque¹ y F. Muñoz Rodríguez¹

¹Medicina Interna, ²Cardiología. Hospital de Mollet. Mollet del Vallès (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Describir las características de los pacientes derivados a nuestra unidad de insuficiencia cardiaca (UIC). Analizar las diferencias de los pacientes en función del tipo de insuficiencia cardiaca (IC) según la fracción de eyección (FEVI).

Material y métodos: Ciento quince pacientes fueron derivados a nuestra UIC entre octubre de 2017 y junio de 2019. La ICFer fue definida por una FEVI inferior al 40% y la no-ICfer igual o superior al 40%. Se compararon las características entre ambos grupos. Se analizaron cuantos pacientes con ICFer realizaban el tratamiento médico optimizado (TMO).

Resultados: La edad media fue 75,03 (DE 10,51) años y un 57,4% eran hombres. El Barthel medio fue 83,57 (DE 17,04); el Pfeiffer 0,67 (DE 1,47); el Charlson 6,16 (DE 2,49) y la escala de autocuidado 32,03 (DE 5,18). El factor de riesgo vascular predominante fue HTA (85,2%). La comorbilidad más frecuente fue fibrilación auricular (55,7%). El 31,5% de los pacientes sufría una ICFer y la cardiopatía más frecuente fue la valvular (37,4%) seguida de la isquémica (35,7%). Los pacientes con ICFer fueron más jóvenes (70,20 vs 77,09 años; $p = 0,001$), de predominio masculino (80,0% vs 46,1%; $p = 0,001$) y más fumadores (68,6% vs 42,1%; $p = 0,001$), mientras que los no-ICfer estaban más sintomáticos (edemas 60,5% vs 37,1%; $p = 0,022$; ortopnea 50,0% vs 20,0%) y tenían más comorbilidad (Charlson 6,50 vs 5,40; $p = 0,031$), sobre todo hipertensión pulmonar (32,9% vs 14,3%; $p = 0,040$) y depresión (25,0% vs 2,9%; $p = 0,005$). Solo un 40% de los pacientes con ICFer estaba bajo TMO pero más de un 80% tomaba un inhibidor del eje renina-angiotensina y un betabloqueante.

Discusión: La morbimortalidad de la IC es muy elevada y las UICs han demostrado reducir los ingresos y visitas a urgencias. La FEVI distingue 2 perfiles de pacientes con estrategias de tratamiento muy diferentes. El manejo de la comorbilidad es clave en la no-ICfer mientras que en la ICFer es fundamental el TMO.

Conclusiones: Las características de los pacientes con IC son diferentes en función de su FEVI. Los pacientes con no-ICfer tienen más comorbilidad. Se observó un porcentaje bajo de TMO en aquellos con ICFer.

Bibliografía

1. Trullàs JC, González-Franco Á. Principales novedades de las guías europeas de insuficiencia cardiaca del 2016. Rev Clin Esp. 2017;217(7):405-9.