



522 - ORGANIZACIÓN, MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA IC EN UNIDADES ACREDITADAS DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA EN ESPAÑA

Álvaro González Franco¹, Ángel Trueba Sáiz², Arantxa Matalí Gilarranz³, Luis Manzano Espinosa⁴, José González Costello⁵, Jesús Casado Cerrada⁶, Manuel Anguita Sánchez⁷ y Evelyn Santiago Vacas⁸

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ²Medical Affairs Professional Diabetes, Lilly España, Madrid. ³Medical Affairs, Boehringer Ingelheim España, Sant Cugat del Vallés (Barcelona). ⁴Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Bellvitge, Bellvitge (Barcelona). ⁶Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid). ⁷Servicio de Cardiología, Hospital Reina Sofía, Córdoba. ⁸Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Germans Trías i Pujol, Badalona (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Las Unidades de Insuficiencia Cardíaca (UIC) se crearon para abordar la insuficiencia cardíaca (IC) de una forma integral y atender la complejidad de estos pacientes. El objetivo de este trabajo es conocer la organización y coordinación de estas unidades, así como el uso de biomarcadores y la aplicación de los fármacos recomendados para la IC.

Métodos: Durante el año 2021 se realizó una encuesta online anonimizada a 110 UIC acreditadas (37 de Medicina Interna adscritas al Programa UMIPIC, 73 de Cardiología acreditadas SEC-Excelente). Se evaluaron las respuestas referentes a los recursos sanitarios, sistemática de seguimiento, adherencia a las recomendaciones actuales de las sociedades científicas y coordinación asistencial.

Resultados: De las 110 encuestas enviadas, fueron contestadas 83 (75,5%): 34 (92%) de UMIPIC y 49 (67%) de Cardiología. Las UIC están constituidas mayoritariamente por médico + enfermería. El seguimiento es variable, con predominio de revisiones precoces en las UMIPIC (33,3 vs. 10,9%, $p = 0,012$). El 70,1% de las UIC disponen de enfermería a tiempo completo y el 92,3% de Hospital de Día. Los biomarcadores más utilizados son NT-proBNP (90,4%), troponinas (66,3%) y CA125 (55,4%), sin diferencias significativas entre especialidades. La calidad de vida se evalúa mediante la clase funcional de la NYHA (91,6%). El cuestionario Kansas City o el test de la marcha se utilizan significativamente menos en las UMIPIC ($p < 0,05$). La titulación de los fármacos es realizada preferentemente por el médico en las UMIPIC (61%), y de forma dual en cardiología (52,2 vs. 35,5%, $p = 0,051$), alcanzándose en los primeros 3 meses (45,5%) o 3-6 meses (44,2%), sin diferencias entre especialidades. La secuencia farmacológica más habitual es: inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina (INRA), betabloqueante (BB), antagonista del receptor de la aldosterona (ARM) e inhibidor del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2 (iSGLT2) (53,2%). Se titulan todos los fármacos a la vez (85,7%). El INRA se inicia durante la hospitalización (97,4%), en el debut de IC (94,9%) y en pacientes sin inhibidores del sistema renina-angiotensina (IECA/ARA-II) (92,2%). Los iSGLT2 se introducen desde la hospitalización con menor frecuencia en las UMIPIC (43,8 vs. 84,4%, $p < 0,001$). El 43,9% de la UIC refieren coordinarse con Atención Primaria, con seguimiento

conjunto de pacientes en un 13%, centrado en los de mala evolución o reingreso, sin diferencias entre Medicina Interna y Cardiología.

Conclusiones: La dotación de recursos es similar, con revisiones más precoces en UMIPIC y titulación entre médico y enfermería más frecuente en Cardiología. El NT-proBNP es el biomarcador más utilizado como diagnóstico y pronóstico. La combinación farmacológica más habitual es INRA+BB+ARM+iSGLT2, siendo titulados a la vez. El INRA se introduce durante la hospitalización, en el debut de IC y en el paciente sin IECA/ARA-II. El iSGLT2 se introduce durante la hospitalización, preferentemente en Cardiología. La coordinación asistencial es escasa y centrada en pacientes con mala evolución.