



242 - EFICACIA DE UN PROGRAMA ASISTENCIAL MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Irene Martín Rubio, Beatriz Marín García, Iñaki Luis Saludes, Paula Cabestre Pinilla y Elena Aranda Rife

Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid).

Resumen

Objetivos: Identificar el perfil clínico que tienen los pacientes en seguimiento PROAMTIC. Evaluar el impacto en ingresos y visitas a urgencias por IC de los pacientes en el año previo y posterior a la inclusión.

Métodos: Estudio observacional transversal en el que se analizan los datos de los pacientes incluidos en PROAMTIC desde su puesta en funcionamiento (1/01/2019) y que lleven al menos un año de seguimiento o bien que hubieran fallecido durante ese primer año. Punto de corte para el análisis de la base de datos el 13/03/2022. Los datos se obtendrán de la primera visita en la consulta de IC, la cual tiene lugar en los primeros 7-10 días del alta hospitalaria. Se realizará un análisis descriptivo de la muestra en función de las características clínicas. Para el análisis estadístico se considera el año previo y el posterior a la fecha de inicio de seguimiento. En la comparación de las variables cualitativas se ha utilizado ji al cuadrado y en la comparación de las variables cuantitativas t de Student o test de Wilcoxon cuando las variables no seguían una distribución normal. Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 25 y un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados: El total de pacientes incluidos hasta el análisis de datos fue de 148, con una edad media de 79 años. Con predominio de IC con FEVI preservada (78,4%), etiología hipertensiva (47,3%) y clase funcional II de la NYHA (67,6%), siendo estos datos similares a los obtenidos en otros registros españoles. Destaca una mayor proporción de varones (51,7%), y de FEVI deprimida (14,2%) con respecto al análisis de años previos y entre las principales comorbilidades predomina la anemia (58,1%), la fibrilación auricular/flutter (63,5%) y la HTA (95,5%) (tabla 1). 95 pacientes completaron un año de seguimiento con un descenso del 70% en ingresos por IC y del 45% en visitas a urgencias en comparación con el año previo al inicio de seguimiento, reducción que se mantiene estratificando por más de un ingreso (29,6 vs. 9,5%) y de manera estadísticamente significativa ($p < 0,001$) (tabla 3 y figs. 1 y 2). En cuanto a la evolución de los tratamientos tras un año de seguimiento, destaca un discreto descenso en el uso de diuréticos de asa y tiazidas acompañado de un importante aumento en el uso de iSGLT-2 (1,4 vs. 12,9%) (fig. 3).

Tabla 1. Características epidemiológicas de toda la cohorte

Datos incluidos		N = 148
-----------------	--	---------

Edad	Me (DE)	79,82 (7,11)
Sexo		
Hombres	Número (%)	77 (51,7%)
Mujeres		71 (48,3%)
Clase NYHA basal		
I	Número (%)	19 (13,1%)
II		98 (67,6%)
III		28 (19,3%)
IV		0 (0%)
IC según FEVI		
IC-FED	Número (%)	21 (14,2%)
IC-FEP		116 (78,4%)
IC-FEI		11 (7,4%)
Etiología de la IC		
Hipertensiva	Número (%)	70 (47,3%)
Isquémica		26 (17,6%)
Valvular		4 (2,7%)
Otras		32 (21,6%)
Combinación		16 (10,8%)

Comorbilidades		
Anemia	Número (%)	86 (58,1%)
Infarto agudo de miocardio		32 (21,6%)
Ictus		24 (16,2%)
Hipertensión arterial		142 (95,5%)
Diabetes <i>mellitus</i>		84 (56,8%)
Dislipemia		92 (62,2%)
Fibrilación auricular/ <i>Flutter</i>		94 (63,5%)
EPOC		31 (20,9%)
SAOS		40 (27%)
Enfermedad renal crónica		93 (62,8%)
Obesidad		69 (46,9%)
Tabaquismo		24 (16,3%)

NYHA: New York Heart Association; IC: insuficiencia cardíaca; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; FED: fracción de eyección deprimida; FEP: fracción de eyección preservada; FEI: fracción de eyección intermedia; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Tabla 2. Características clínicas, analíticas y ecocardiográficas basales de toda la cohorte

Datos incluidos		N = 148
Datos analíticos	Me (DE)	
Hemoglobina (g/dL)		12,25 (1,83)
Glucosa (g/dL)		125,28 (46,211)
Creatinina (mg/dL)		1,6 (0,83)
Filtrado glomerular (mL/min)		44,48 (21,17)
Sodio (mEq/L)		141,22 (4,1)
Potasio (mEq/L)		4,53 (0,63)
NT-proBNP (pg/mL)		3130,20 (5237,56)
Troponina (ng/mL)		49,80 (40,49)
Datos ecocardiográficos		
Dilatación del VD	Nº (%)	27 (19,6%)
Dilatación de la AD	Nº (%)	62 (45,3%)
Dilatación de la AI	Nº (%)	128 (88,9%)

Hipertrofia del VI	Nº (%)	94 (63,9%)
FEVI	Me (de)	61,61 (13,23)
Insuficiencia tricuspídea	Nº (%)	103 (70,1%)
TAPSE	Me (de)	1,99 (0,45)
PAPs > 40 mmHg	Nº (%)	57 (52,8%)
PAPs	Me (de)	50,73 (16,49)

Me: media; de: desviación estándar; NT-proBNP: péptido natriurético auricular; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; TAPSE: excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo; PAP: presión arterial pulmonar sistólica.

Tabla 3. Ingresos por Insuficiencia cardíaca (IC) en el año previo y durante el primer año de seguimiento

Pacientes, N = 95	Año previo al seguimiento	Durante el primer año de seguimiento	p
Con un ingreso por IC	67 (70,5%)	20 (21,1%)	< 0,001
Con más de un ingreso por IC	28 (29,6%)	9 (9,5%)	
2 ingresos	20 (21,1%)	6 (6,3%)	
3 ingresos	5 (5,3%)	3 (3,2%)	
4 o más ingresos	3 (3,2%)	0 (0%)	

Figura 1. Visitas a urgencias por Insuficiencia cardíaca (IC) e Ingresos por IC en el año previo y durante el primer año de seguimiento dentro del programa PROAMTIC

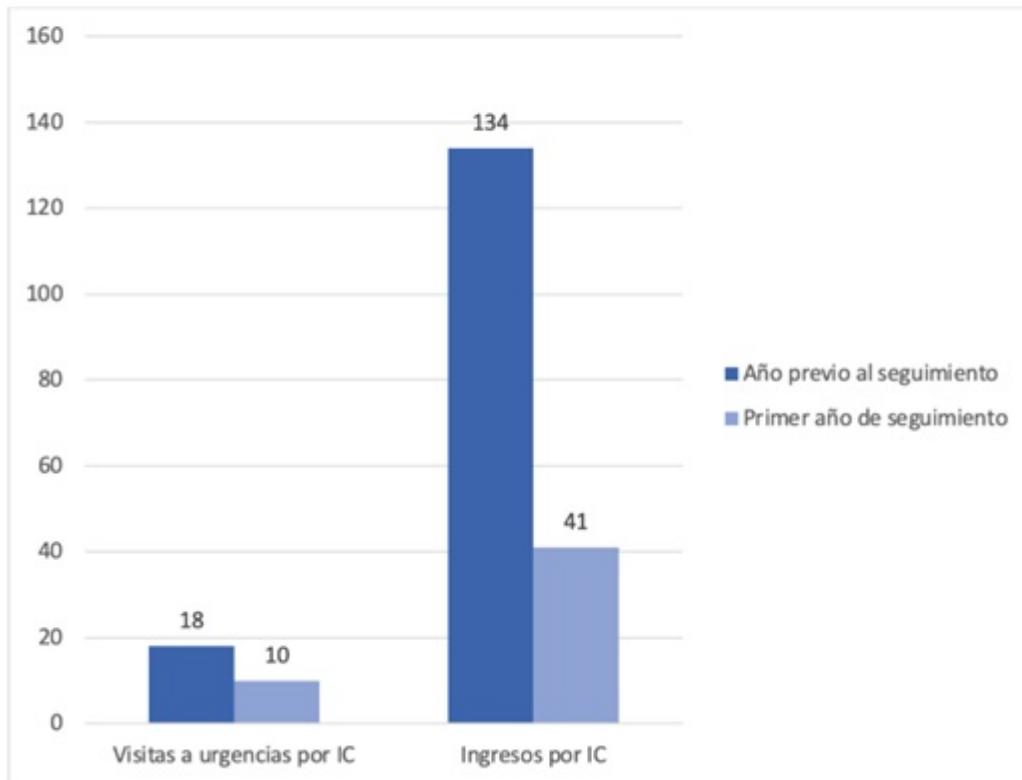


Figura 2. Frecuencia de reingresos por insuficiencia cardíaca (IC) durante el año previo y durante el año posterior a la inclusión en el programa PROAMTIC

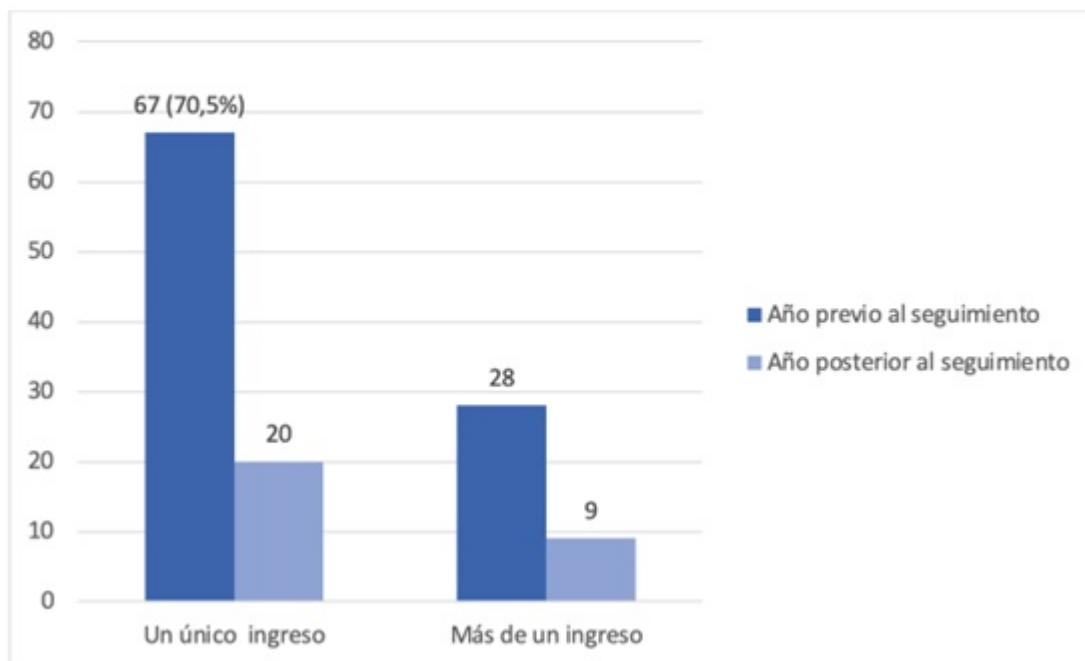
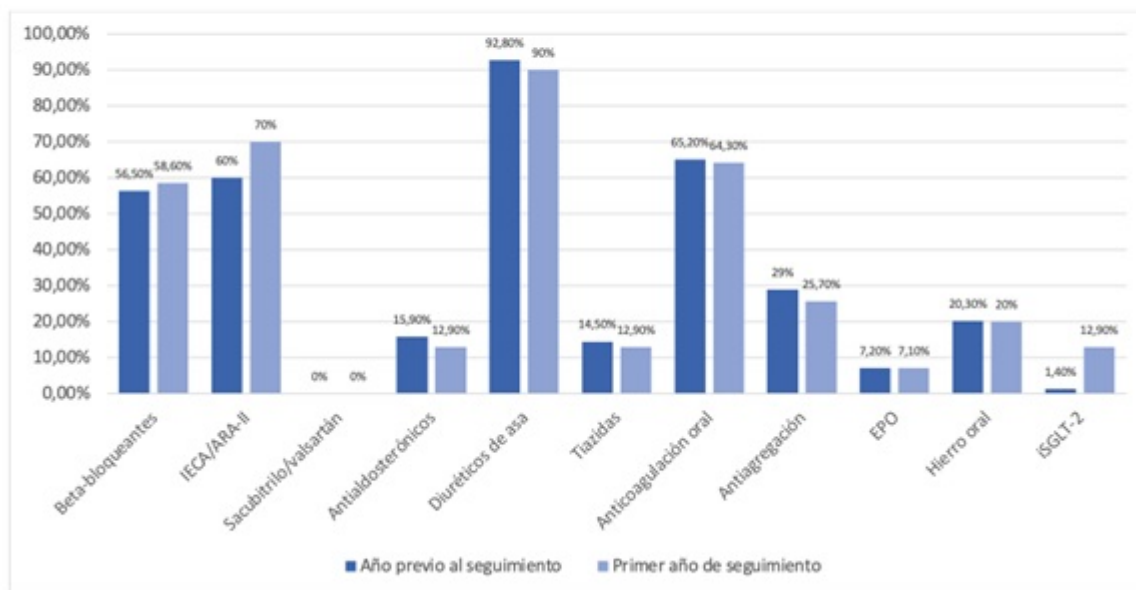


Figura 3. Comparativa de tratamiento entre la visita basal y la visita del primer año de seguimiento



Conclusiones: El programa PROAMTIC, basado en un seguimiento estrecho y precoz en la consulta monográfica de IC tras la hospitalización, ha demostrado ser eficaz en cuanto a la reducción de ingresos y visitas a urgencias por IC en el primer año de seguimiento, incluyendo aquellos pacientes con un mayor número de hospitalizaciones.

Bibliografía

1. Guías Europeas de IC 2021.
2. Amores Arriaga, *et al.* RCE 2019;0014-2565.
3. Cerqueiro, *et al.* Rev Clin Esp. 2016;216(1):8-14.
4. Lupo, *n et al.* Rev Esp Cardiol. 2005;58(4):374-80.