



## 310 - SEGUIMIENTO A LOS 3 MESES DE PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN CONSULTA MONOGRÁFICA

**Daniel Arnés García<sup>1</sup>, Isabel Gallego Romero<sup>1</sup>, Dolores Rico López<sup>1</sup>, Antonio Rosales Castillo<sup>2</sup>, David Esteva Fernández<sup>2</sup> y Francisco Gutiérrez Cabello<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. <sup>2</sup>Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

### Resumen

**Objetivos:** La insuficiencia cardíaca (IC) es uno de los principales motivos de ingreso en pacientes pluripatológicos y ancianos, representando un importante porcentaje de las hospitalizaciones de Medicina Interna. El seguimiento estrecho al alta, especialmente en población anciana y frágil, ha demostrado reducir el número de reingresos y mejorar el control sintomático. El objetivo del estudio es analizar el impacto generado de la atención especializada en consulta monográfica de IC durante tres meses de seguimiento.

**Métodos:** Se incluyeron un total de 57 pacientes, con diagnóstico de IC y procedentes de hospitalización, urgencias y otras especialidades. Se analizaron variables demográficas (sexo, edad, Barthel, institucionalización...), tratamiento farmacológico, número de ingresos hospitalarios y visitas a Urgencias, por IC u otra causa, los 3 últimos meses.

**Resultados:** Nuestra cohorte tenía una edad media de 81 años, con predominio de sexo femenino (68%). El índice Barthel medio fue de 74,7, con el 40% de los pacientes en el rango 75-99. Los índices Charlson y PROFUND medios fueron, respectivamente, 6,81 y 5,09. El 71% de los pacientes presentaba clase funcional NYHA II. Dos terceras partes de los pacientes poseían FEVI preservada. Los agentes etiológicos más frecuentes fueron hipertensión (80%), isquemia (21%) y valvulopatía (21%). Destacaron las siguientes comorbilidades: hipertensión arterial (89%), fibrilación auricular (71%), anemia (68%), dislipemia (59%), diabetes (56%), obesidad (45%), EPOC (44%), ferropenia (35%) y SAHS (22%). El número medio de fármacos habituales por paciente era de 11. El más empleado fue la furosemida (98%), con una posología diaria media de 84 miligramos, seguido de betabloqueantes (78%), IECA-ARA 2 (60%) y antagonistas del receptor de mineralcorticoide (22%). Ningún paciente tomaba ivabradina o quelantes del potasio. El 15,6% de los pacientes estaba antiagregado y el 82%, anticoagulado (el 26,7% tomaba antivitamina K y el 45,3%, NACO). Respecto a fármacos para tratamiento de comorbilidades asociadas, destacaba el uso de estatinas (25 pacientes), hierro oral (16) y eritropoyetina (5). Dos pacientes hacían uso paliativo de morfina oral y 18 pacientes tenían oxigenoterapia crónica domiciliaria. El 94,5% de los pacientes no precisó ingreso hospitalario por IC (se registraron 3 ingresos frente a 1 ingreso por otro motivo). El 10% de los pacientes visitó el Servicio de Urgencias por motivo relacionado con IC (de ellos, 3 pacientes contaban con una única visita, mientras que 2 pacientes habían acudido en 4 ocasiones). A los tres meses de seguimiento, el 82% de los pacientes continuó seguimiento en consulta monográfica de IC.

Se presentaron 2 *exitus* (3,5%), 2 abandonos del seguimiento (3,5%) y 5 derivaciones a Atención Primaria (8,77%).

*Conclusiones:* La IC es un motivo frecuente de ingreso hospitalario y visita a Urgencias. La edad avanzada, la polifarmacia, la fragilidad y las comorbilidades dificultan el adecuado manejo y seguimiento de la mayoría de pacientes. La puesta en marcha de una consulta monográfica de IC permite un seguimiento clínico estrecho y puede contribuir a reducir el número de ingresos hospitalarios y visitas a Urgencias por descompensación cardíaca.