



## 175 - DIFERENCIAS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE UNIDADES ACREDITADAS

Jesús Casado<sup>1</sup>, Álvaro González-Franco<sup>2</sup>, Luis Manzano<sup>3</sup>, Arantxa Matalí-Gilarranz<sup>4</sup>, Ángel Trueba-Sáiz<sup>5</sup>, Manuel Anguita<sup>6</sup>, José González-Costello<sup>7</sup> y Evelyn Santiago-Vacas<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. <sup>4</sup>Boehringer Ingelheim España, Sant Cugat del Vallés, España. <sup>5</sup>Eli Lilly and Company, Madrid, España. <sup>6</sup>Hospital Reina Sofía, Córdoba, España. <sup>7</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España. <sup>8</sup>Hospital Universitario Germans Trías i Pujol, Barcelona, España.

### Resumen

**Objetivos:** En nuestro país existen Unidades Multidisciplinares de Insuficiencia Cardíaca (UIC) lideradas por Medicina Interna y Cardiología para abordar los retos que plantea la insuficiencia cardíaca (IC). El objetivo de este proyecto es identificar las diferencias en la organización, gestión y adherencia a las últimas recomendaciones científicas en lo que a IC se refiere, entre servicios que disponen de estas unidades acreditadas y aquellos que no.

**Métodos:** Se elaboró una encuesta anónima de 31 preguntas. En 2021 se llevó a cabo la fase 1, donde fue enviada por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y de Cardiología (SEC) a 110 servicios de Medicina Interna y Cardiología con UIC acreditadas. En 2022, se realizó la fase 2, donde se envió a 309 servicios de Medicina Interna y Cardiología sin UIC acreditadas.

**Resultados:** La fase 1 mostro una tasa de respuesta de un 75% sobre el total de envíos en la fase 1. En la fase 2 se obtuvo una tasa de 30% del total de envíos en fase 2. Los datos no mostraron diferencias en el perfil de pacientes basándose en 3 características (edad mayor de 80 años, enfermedad renal crónica y presencia de múltiples comorbilidades). Los servicios de MI no acreditados valoran más pacientes con sospecha de IC (66 vs. 42%, p 0,05), mientras que los servicios con UIC acreditadas muestran mayor apoyo estructural con Hospital de Día (100 vs. 81%, p 0,01) y mayor disponibilidad de enfermería a tiempo completo (68 vs. 32%, p 0,05). El seguimiento de pacientes en UIC acreditadas fue predominantemente mediante visitas trimestrales (32 vs. 20% p 0,05) con un mayor seguimiento mixto (presencial y telefónico) (86 vs. 60%) frente a UIC no acreditadas. En pacientes hospitalizados en UIC acreditadas se ha observado una mayor tendencia al uso de ARNI desde la hospitalización (100 vs. 88%, p 0,04) y un menor uso de iSGLT2 desde hospitalización (45 vs. 84% p 0,04). Este dato se ha visto influenciado por implantación de su uso durante las diferentes fases del proyecto. La realización de ecocardiogramas transtorácicos a los 6 a 12 meses tras la primera visita fue mayor en UIC acreditadas frente a no acreditadas. (45 vs. 26% p 0,01). No se objetivaron diferencias en el uso de biomarcadores ni escalas de calidad de vida. La coordinación con AP es escasa en ambos casos (comunicación fluida el 15 y 11%, respectivamente).

*Conclusiones:* El perfil de los pacientes con IC es igual en los servicios de Medicina Interna independientemente de si tienen o no UIC acreditadas. Las unidades acreditadas muestran un mayor nivel de recursos estructurales (Hospital de Día y enfermería a tiempo completo). El seguimiento a pacientes en unidades acreditadas se realiza predominantemente de forma mixta y con mayor frecuencia. Las unidades acreditadas llevan a cabo un mayor número de titulaciones de ARNI desde la hospitalización. El número de ecocardiogramas transtorácicos es mayor en unidades acreditadas frente a las unidades no acreditadas. La coordinación con AP sigue siendo el principal problema en ambos casos.