

## 1610 - EVALUAR EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA DE FEMI Y SU INFLUENCIA EN EL PRONÓSTICO A TRES MESES EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

*Laura Muñoz Gómez, Marina Benítez Bermejo, Alicia Vázquez Vázquez, Belén Salgado Cardoso, Cristina Amaro Hidalgo, Natalia Boyero Calvo, José Carlos Arévalo Lorido y Juana Carretero Gómez*

*Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España.*

### Resumen

**Objetivos:** La prevalencia de Insuficiencia Cardíaca (IC) en España es aproximadamente del 16% en mayores de 70 años, representando el principal diagnóstico al alta en Medicina Interna, especialmente en esta población. Su tratamiento integral desde el ingreso, tanto de la congestión como de las comorbilidades y la adecuación del tratamiento al alta son fundamentales para mejorar su pronóstico. El objetivo es evaluar si la cumplimentación del *checklist* al alta del grupo de ICyFA de FEMI (1) tras un ingreso por descompensación de insuficiencia cardíaca influye en la mortalidad y la supervivencia libre de reingresos de estos pacientes.

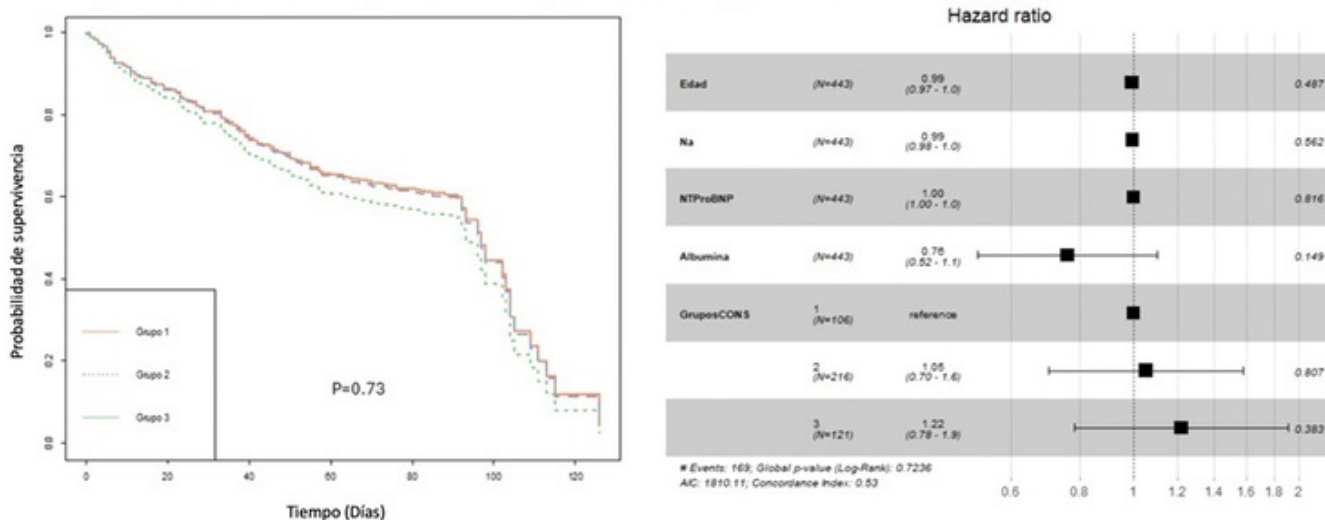
**Métodos:** Análisis retrospectivo unicéntrico de pacientes ingresados por descompensación de insuficiencia cardíaca (noviembre 2023/enero 2024) con seguimiento de tres meses. Se evalúa el grado de cumplimiento del *checklist* de FEMI al alta. Este consta de 10 ítems, de los que solo se evalúan 7 (se excluyen el punto 3, 8 y 9 por falta de datos para evaluarlos). Se divide la muestra en tres grupos en función de los ítems cumplidos (< 6 grupo 1, 6 grupo 2 y 7 grupo 3). La supervivencia libre de ingresos a 90 días se evalúa mediante una regresión de Cox (fig.).

**Resultados:** Se analizan 443 pacientes, con una edad media 83,8 (8,6) años. 106 (23,9%) pacientes cumplían menos de 6 ítems, 216 (48,7%) cumplían 6 ítems y 121 (27,3%) los siete ítems analizados. La tabla muestra las variables demográficas, clínicas y analíticas. Los pacientes que cumplen menos ítems son más ancianos, con mayor enfermedad renal, con sodio más bajo y niveles de NT-proBNP más elevados; por el contrario, los pacientes que cumplen más ítems presentan mayor porcentaje de diabetes y enfermedad pulmonar. En relación con los reingresos (fig.), no se ha observado ninguna diferencia significativa entre los grupos tras un seguimiento medio de 91 días.

Variables epidemiológicas, clínicas y analíticas				
Variable	Grupo 1 (< 6)	Grupo 2 (6-7)	Grupo 3 ≥ 7	p
N	106	216	121	
Sexo (mujer)	40 (37,7)	100 (46,3)	57 (47,1)	0,27
Edad (años)	88 (9)	85 (10)	84 (11)	0,00
Estancia media (días)	8 (8)	8 (7)	8 (5)	0,4

DM2 (%)	41 (39)	101 (46,8)	81 (66,9)	0,000
HTA (%)	90 (84,5)	186 (81,1)	110 (90)	0,33
Dislipemia (%)	66 (62,3)	135 (62,5)	88 (72,7)	0,12
ERC (%)	65 (61,9)	87 (40,3)	47 (39,2)	0,0004
FA (%)	69 (65,7)	135 (62,5)	71(58,7)	0,54
Obesidad (%)	46 (65,7)	114 (67,5)	63 (64,3)	0,86
EPOC	11 (10,4)	42 (19,4)	30 (24,8)	0,02
IC FEVIp	72 (93,5)	136 (72,7)	101 (90,2)	0,0001
eGFR (1,73 ml/min/m <sup>2</sup> )	45,5 (32)	51 (42,5)	54 (36)	0,23
Albúmina (mg/dL)	3,45 (0,5)	3,6 (0,6)	3,7 (0,6)	0,0001
Sodio (meq/L)	138 (6)	139 (5,5)	140 (5)	0,01
Potasio	4,2 (0,7)	4,3 (0,8)	4,2 (0,8)	0,56
NT-proBNP (pg/ml)	5.076,5 (10.308)	4.478 (8.518)	4.052 (5.708)	0,04
Mortalidad Intrahospitalaria	20 (18,8)	26 (12)	11 (9,1)	0,07
Reingresos	46 (53,5)	104 (54,7)	59 (53,6)	0,97

**Figura 1. Análisis de Regresión de Cox y Curvas de Kaplan-Meier**



**Conclusiones:** La protocolización de la actuación terapéutica durante el ingreso y la planificación del plan terapéutico al alta permiten un manejo integral de la insuficiencia cardíaca, habiendo demostrado su beneficio en términos de disminución de reingresos y mortalidad. Durante la fase estable se recomienda titular el tratamiento habitual e iniciar si fuera necesario nuevos tratamientos modificadores de la enfermedad. Los pacientes más ancianos, con enfermedad renal crónica y péptidos elevados, tienen mayor tasa de rehospitalización, sin relación significativa con un aumento de la mortalidad. Una de las posibles causas del resultado del análisis de Cox puede ser que hayan sido valorados los ingresos totales, no únicamente los ingresos por insuficiencia cardíaca. Al momento del alta, se recomienda utilizar un listado tipo *checklist* para conseguir los objetivos propuestos.

## Bibliografía

1. Fernández-Rodríguez JM, et al. Executive summary of the 2023 update on the consensus regarding basic conduct during hospital admission for patients with acute heart failure. Rev Clin Esp (Barc). 2023;223:499-509. doi: 10.1016/j.rceng.2023.07.008.