

#062 | Unidad de Insuficiencia Cardíaca Avanzada. Análisis de una cohorte.

Florencia Maglione¹; Daniela Barranco¹; Silvia Perez¹

¹ - Sanatorio Americano.

Introducción:

La insuficiencia cardíaca (IC) es una epidemia mundial, el envejecimiento poblacional, así como la reducción de la mortalidad en las cardiopatías y los avances en el diagnóstico y tratamiento, contribuyen al aumento en la supervivencia, sin embargo la mortalidad a 5 años continúa siendo muy elevada. Los pacientes con IC avanzada constituyen el 1-10% de la población total con IC. Es fundamental determinar las características de la población que asistimos y así aplicar medidas que permitan realizar un diagnóstico temprano, iniciar precozmente estrategias de prevención y tratamientos adecuados, disminuyendo reingresos hospitalarios y mortalidad a corto y largo plazo.

Objetivo:

Describir y analizar la cohorte de pacientes que se asisten en la unidad de IC avanzada en un centro de referencia. Determinar las características basales de la población y compararla con registros internacionales.

Material y Método:

Se realizó un estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional de sujetos asistidos ambulatorios entre agosto 2021 y octubre 2023. De un total de 168 pacientes asistidos en ese período, se analizó una muestra por conveniencia de 52 (30%). Los datos se obtuvieron del registro en la historia clínica electrónica: datos demográficos, antecedentes personales, comorbilidades, clase funcional, internaciones previas, etiología, parámetros de laboratorio, tratamiento, dispositivos y mortalidad. Las variables cualitativas se expresan en frecuencia absoluta y relativa y las variables continuas en mediana e intervalo intercuartilo.

Resultados:

Las características demográficas, clínicas, etiológicas y tratamientos farmacológicos y de dispositivos se resumen en la Tabla 1. Edad media de 53 años \pm 14, 15 (0.28) mujeres. 44 (0.84) con Fevi reducida. 37 (0.72) en CFNYHA III/IV. NT-Pro-bnp al ingreso 1185 pg/ml (610-2717) Ingresos por descompensación durante el año previo 30 (0.57). Implante de CDI en 12 (0.23) pacientes, 9 (0.17) en prevención primaria. 37 (0.71) etiología no isquémica, 22 (0.42) miocardiopatía dilatada idiopática, 5 (0.09) miocardiopatía restrictiva. En tratamiento con IECA 8 (0.15) pacientes, ARAII 8 (0.15), Sacubitril/valsartan 26 (0.50), Inhibidores de SGLT2 26 (0.50), Antialdosterónicos 41 (0.78) y Betabloqueantes 48 (0.92). Se realizó módulo pre trasplante en 17 (0.32), 15 (0.28) ingresaron en lista de trasplante cardíaco. Fallecieron 7 (13%) pacientes, ninguno en CF I/II, 4 (0.57) en CFNYHA III/IV.



Variable	FA FR
Edad (media ± DE)	53 ± 14
Sexo femenino	15 0.28
HTA	23 0.44
Diabetes	6 0.11
ERC	19 0.36
AP de CI	9 0.17
FEVI <40%	44 0.84
FEVI 41-49	3 0.05
FEVI > 50	5 0.10
CFNYHA I/II	15 0.28
CFNYHA III/IV	37 0.72
IECA	8 0.15
ARA II	8 0.15
Sacubitril/Valsartan	26 0.50
Dosis objetivo	10/25 0.38
Inhibidores de SGLT2	26 0.50
Dosis objetivo	26/26 1.0
Antialdosteronicos	41 0.78
Dosis objetivo	38/41 0.92
Betabloqueantes	48 0.92
Dosis objetivo	32/48 0.66
Diureticos	34 0.65
TRC	3 0.06
TRC-CDAI	4 0.08
CDAI	12 0.23
CDAI prevencion 1ª	9/12 0.75
Ingreso hospitalario en el ultimo año	30 0.57
Requerimiento de vasopresores (NA/dobuta)	13 0.25
Requerimiento de Levosimendam	9 0.17
Requerimiento de ARM	3 0.05
Realizacion de modulo Pre-Trasplante	17 0.32
Ingreso a lista de TC	15 0.28
NT Pro-bnp al ingreso pg/ml	1185 (610-2717)
Etiologia Isquémica	8 0.15
Etiologia No isquémica	37 0.71
Miocardiopatía dilatada	22 0.42
Miocardiopatía arritmogénica	2 0.03
Miocardio no compactado	6 0.11
Miocardiopatía restrictiva	5 0.09
Amiloidosis	4 0.07

Conclusiones:

Se describen las características basales de la población referenciada a la unidad de IC avanzada, población\ con predominio masculino, mala clase funcional, y predominio de cardiopatía no isquémica. La población es cualitativamente comparable a registros internacionales (registro SEC 2023) en sexo, FEVI reducida, y etiología no isquémica, no obstante nuestra población es mas joven, en peor clase funcional con más ingresos por descompensación \ y mayor indicación de cuadruple terapia (ARNI, BB, antialdosteronicos e inhibidores de SGLT2). Se plantea completar y mantener el registro para\ futuros análisis.