



Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

IC-050 - ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO AL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

J. Corzo Gilabert, A. Camacho Molina, V. Lechuga Flores y D. García Gil

Medicina Interna. Hospital del SAS San Carlos. San Fernando (Cádiz).

Resumen

Objetivos: 1. Describir las características de los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) refractaria a tratamiento diurético en nuestra medio. 2. Conocer el consumo de recursos de estos pacientes. 3. Analizar la procedencia de los ingresos y correlacionarlos con el número de consultas al servicio de urgencias (SU) y de revisión en la consulta de atención al paciente crónico complejo (CAPCC).

Material y métodos: Se reclutaron los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (IC) refractaria. Se utilizaron los siguientes criterios: 1) persistencia del edema pese a tratamiento diurético adecuado y restricción de sal y 2) pérdida menor de 0,5 Kg de peso/día a pesar de una adecuada terapia diurética. Estudio descriptivo retrospectivo con seguimiento durante 1 año a partir del 01/01/17. Los criterios de exclusión fueron: fallecimiento durante los primeros 12 meses y la opción a trasplante y/o asistencia ventricular. Se analizaron variables epidemiológicas (edad y el sexo) y variables estadísticas como el número total de asistencias al SUH y a las CAPCC a demanda, número total de ingresos y su procedencia. Se estudió además variables clínicas como el grado de dependencia, comorbilidad y pluripatología con el índice de Barthel, Charlson y la clasificación por categorías definida en el documento de consenso para la atención al paciente con enfermedades crónicas de la SEMI, respectivamente, analizándose también la FEVI y el índice Profund en aquellos que cumplían criterios de pluripatología.

Resultados: Se incluyeron 9 paciente que cumplían los criterios de inclusión. La media de edad fue de 80 años y el 80% de los pacientes eran varones. La mediana de FEVI de los pacientes con FE disminuida fue del 25%, 2 pacientes presentaron FE preservada. El promedio de los índices de Barthel y Charlson fue de 45 y 7 puntos respectivamente. El 90% de los pacientes cumplían criterios de pluripatología. La distribución de las categorías (exceptuando la A que estaba presente en el 100% de los pacientes) fue: categoría B 66%, categoría C 55%, categoría D 22%, categoría E 33%, categoría F 33% y categoría G 10%. El índice Profund promedio fue de 13 puntos. La distribución de las asistencias al CAPCC y SUH fueron similares: mediana de 7 consultas para ambos y con un rango de 2-14 para la CAPCC y de 2-20 para las consultas al SUH. La mediana de ingresos fue de 5 ingresos anuales por descompensación de IC (RIC: 4-5). El 67% de los pacientes ingresaron desde el SUH y resto desde la CAPCC. Durante las revisiones en la CAPCC, 7 pacientes recibieron bolos intermitentes de furosemda, 3 pacientes FEIV y 2 pacientes precisaron hemoterapia por anemia grave sintomática.

Discusión: La refractariedad a tratamiento diurético puede aparecer hasta en un 25-30% de los pacientes con IC congestiva. Se considera un factor pronóstico fundamental el fracaso renal en pacientes con dosis altas de

diuréticos. Entre las diferentes opciones terapéuticas para el paciente con IC congestiva se incluye el tolvaptan en aquellos con hiponatremia, pero ninguno de los sujetos de nuestro estudio recibió este tratamiento por lo que no se ha analizado.

Conclusiones: 1. Los pacientes incluidos en nuestro estudio fueron pacientes añosos, en su mayoría con FEVI deprimida. 2. Nuestra muestra es limitada, pero hay que tener en cuenta que la mortalidad anual (según Profund) es superior al 60%. 3. Presentan un alto grado de comorbilidad y pluripatología sobre todo fracaso renal y enfermedades respiratorias. 4. Estos pacientes consumen gran cantidad de recursos: 7 consultas al SU, 7 consultas a demanda y 5 ingresos al año. 5. Los pacientes con insuficiencia cardiaca refractaria precisan de procesos clínicos diferentes y bien definidos para su manejo. 6. Una opción son las unidades de Insuficiencia cardiaca o en nuestro caso una CAPCC donde se les ofrecen diferentes opciones de tratamiento como los bolos de diuréticos, el FEIV y la hemoterapia, disminuyéndose en nuestra muestra la tasa de ingresos si se compara con el SU.