

Implantación de una consulta de alta resolución de insuficiencia cardiaca: rendimiento diagnóstico, cumplimiento del tratamiento guiado por evidencia e impacto terapéutico

Ramón Andión Ogando(1), Cristina Barinaga Martín(1), Héctor García Pardo(1), Cristina Tapia Ballesteros(1), Catalina Andreea Cristea(1), Sara Rioja Abad(1), María Pérez Díaz(1), Antía Forneiro Bugallo(1), Laia Ventura Solsona(1) y Juan Carlos Muñoz San José(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid - España

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) genera un diagnóstico frecuentemente tardío con escasa optimización terapéutica. Las consultas de alta resolución (CAR) pueden reducir demoras e intensificar el tratamiento guiado por evidencia (GDMT). Se analizó el primer año de una CAR de IC en un hospital terciario.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron 224 pacientes consecutivos durante un año (2025). Variables: características clínicas, diagnóstico final, GDMT pre y post consulta (betabloqueante, IECA/ARNI, antagonista del receptor mineralocorticoide [ARM] e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 [iSGLT2]) y eventos durante el seguimiento. Estadística: mediana [RIC] o media (DE); U de Mann-Whitney y prueba exacta de Fisher.

Resultados: Edad media 75,4 (DE 12,1) años; 41,5% mujeres; demora mediana 9 días [7-14]. Procedencia: Atención Primaria 62,1%, Urgencias 21,9%. El 29,9% de los pacientes recibió el alta directa tras la consulta. IC confirmada en 101 pacientes (45,1%): ICFEp 55 (24,6%), ICFEr 40 (17,9%), ICFElr 6 (2,7%). Se descartó IC en el 26,3% de los pacientes y permitió el alta directa al 29,9%. El 43,3% presentaba enfermedad renal crónica (FG <60 mL/min/1,73m²), EPOC 12,5% y el 18,8% anemia. La ecografía detectó VEXUS ?2 en el 11,7% del total (16,8% pacientes con IC); se observaron líneas B pulmonares en el 9,0% (15,8% pacientes con IC). En ICFEr, la tasa de GDMT completo (4 pilares) aumentó del 25,0% al 62,5%, y el 90,0% alcanzó ?3 pilares. El uso de ARM en ICFEr pasó del 32,5% al 75,0% y el de ARNI del 17,5% al 42,5%. En ICFEp, la cobertura de iSGLT2 ascendió del 27,3% al 92,7%. Las derivaciones desde Urgencias presentaron BNP más elevado (1854 [1120-3558] vs 530 [128-1606] ng/mL; p<0,001) y mayor tasa de optimización (71,4% vs 41,7%; p<0,001). Se derivó a intervencionismo valvular directamente a 6 pacientes y a rehabilitación cardiaca a 22 (21,8% de pacientes con IC confirmada). Mortalidad del 6,9% en el seguimiento (mediana 244 días).

Conclusiones: La CAR de insuficiencia cardiaca demostró elevada capacidad resolutiva, optimizando la utilización de recursos especializados. El impacto terapéutico fue sustancial con una mejora marcada en el cumplimiento del tratamiento guiado por evidencia tanto en ICFEr como en ICFEp. Este circuito representa una respuesta eficiente a la elevada carga asistencial de la IC y un modelo replicable en el sistema sanitario público.

Tabla 1. Perfil clínico, GDMT y eventos por fenotipo de IC.

	IC FEr (n=40)	IC FEp (n=55)
Edad, mediana [RIC], años	68 [59-76]	83 [78-89]
Mujeres, n (%)	12 (30,0%)	26 (47,3%)
FA en ECG, n (%)	12 (30,0%)	28 (50,9%)
FEVI, mediana [RIC], %	35 [30-40]	60 [60-60]
BNP, mediana [RIC], ng/mL	1933 [1118-4972]	1106 [509-2596]
FG <60 mL/min/1,73m², n (%)	20 (50,0%)	31 (56,4%)
ARM	32,5% → 75,0%	7,3% → 21,8%
iSGLT2	57,5% → 85,0%	27,3% → 92,7%
GDMT completo (4 pilares), n (%)	25,0% → 62,5%	—
Hospitalización ≤30 días, n (%)	3 (7,5%)	2 (3,6%)

ARM: antagonista del receptor mineralocorticoide; iSGLT2: inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; FG: filtrado glomerular