



934 - TRANSICIÓN DE CUIDADOS TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES ANCIANOS Y PLURIPATOLÓGICOS

Martina Bolzoni, Marta Arrondo Turrado, María Alejandra Domínguez Sepúlveda, Paula de Peralta García, Miguel Yebra Yebra, María Asenjo Martínez, Sonsoles Gutiérrez Gómez y Raquel Barba Martín

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid).

Resumen

Objetivos: Descripción del proceso de transición de cuidados y de las características de los pacientes que desde un ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) inician seguimiento en la unidad de IC de Medicina Interna (MI) en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HURJC).

Métodos: Se revisaron de forma retrospectiva todos los pacientes ingresados por IC en el HURJC el año 2021 y que fueron integrados en el programa de MI de transición de cuidados diseñado para pacientes ancianos y/o pluripatológicos. Se pretende describir dicho programa y las características de los pacientes incluidos.

Resultados: El programa de transición de cuidados de IC incluye pacientes a partir de un ingreso por IC y consta de los siguientes ítems: Se les facilita un contacto rápido con la unidad con un teléfono y un mail de contacto. Se agenda una revisión precoz tras el alta en el hospital de día (HD) de IC de MI. En dicha revisión por protocolo se extrae analítica (al menos hemograma, función renal, iones y ProBNP) y se realiza ECG, valoración por enfermería (incluida educación) y médica. A criterio del médico se administra medicación IV. Tras la primera valoración, y según la situación del paciente, pasa a seguimiento en consulta convencional de IC o se mantiene en circuito del HD). Se han revisado 134 pacientes, procedentes de Medicina Interna (91,8%); Geriátrica (1), Cardiología (2), y la Unidad de Corta Estancia de la Urgencia (8). La edad media es de 85 años (± 8 años); de los cuales 79 (59%) son mujeres. Las comorbilidades principales, el tratamiento cardiológico y los datos analíticos principales están incluidos en las tablas 1,2 y 3. La mayoría (102 pacientes, 76,1%) tiene una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada, seguido de 16 con FEVI reducida (11,9%) y 12 pacientes (8,9%) con FEVI levemente reducida. En 38 casos (28,4%) se encontró algún tipo de valvulopatía moderada-grave o grave, siendo la insuficiencia mitral la más predominante (en 20 casos [15,4%]). Finalmente, 76 pacientes (56,7%) presentan hipertensión pulmonar. Más de la mitad (54,5%) presentan fibrilación auricular. Los pacientes se revisan inicialmente en el HD tras una media de 13 días. El 17,5% (23 pacientes) recibieron hierro IV, y el 19,4% (26) recibieron furosemida IV en esa visita (16 de ellos como megabolos de furosemida con suero salino hipertónico). Precisan revisión de nuevo en el HD en el siguiente mes del alta el 41,5%.

Tabla 1. Características basales¹

Sexo (mujeres)	79 (59,0%)
Obesidad (índice masa corporal > 30 kg/m ²)	55 (41,4%)
Hipertensión arterial	123 (91,8%)
Diabetes <i>mellitus</i>	59 (44,0%)
Dislipemia	93 (69,4%)
Tabaquismo	
Fumador	7 (5,2%)
Exfumador	34 (25,4%)
Alcohol	8 (6,0%)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	23 (17,2%)
Oxigenoterapia domiciliaria	28 (20,9%)
Insuficiencia renal	107 (79,9%)
Anemia	86 (64,2%)
Cardiopatía isquémica	33 (24,6%)
Arteriopatía periférica	13 (9,7%)
Fibrilación auricular	73 (54,5%)
FEV ²	
Preservada	102 (76,1%)
Levemente reducida	12 (9,0%)
Reducida	16 (11,9%)
Valvulopatía moderada-severa/severa	38 (28,4%)
Insuficiencia mitral	20 (15,4%)
Estenosis mitral	6 (4,7%)
Insuficiencia aórtica	7 (5,4%)
Estenosis aórtica	11 (8,5%)
Hipertensión pulmonar	76 (56,7%)

¹Número (porcentaje). ²Fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Tabla 2. Tratamiento al alta³

Diurético de asa	133 (99,3%)
Antagonistas de aldosterona	58 (43,3%)
Tiazidas	18 (13,4%)

Acetazolamida	1 (0,75%)
ISGLT-2 ⁴	13 (9,7%)
Betabloqueantes	76 (56,7%)
Calcioantagonistas	31 (23,1%)
Amiodarona	4 (2,99%)
Digoxina	14 (10,4%)
Ivabradina	1 (0,75%)
IECAS ⁵	46 (34,33%)
ARA-2 ⁶	22 (16,42%)
Sacubitrilo/valsartán	3 (2,24%)

³Número (porcentaje). ⁴Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2. ⁵Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. ⁶Antagonistas del receptor de la angiotensina 2.

Tabla 3. Valores analíticos⁷

Hemoglobina (g/dl)	12 (± 1,8)
Creatinina (mg/dl)	1,5 (± 0,8)
Sodio (mg/dl)	148,3 (± 110,0)
Potasio (mg/dl)	4,5 (± 0,6)
Cloro (mg/dl)	98,9 (± 4,6)
Albúmina (g/dl)	3,8 (± 0,4)
Índice de saturación de transferrina (%)	23 (± 14)
Ferritina (ng/ml)	216,1 (± 265,7)
ProBNP (pg/ml)	4.639,3 (± 6.998,4)

⁷Media (± desviación estándar).

Conclusiones: La transición entre el alta hospitalaria tras un ingreso por IC y el inicio del seguimiento ambulatorio es una etapa clave. Es fundamental el desarrollo programas en este ámbito para mejorar la atención de los pacientes. Describimos las características del programa de transición de cuidados puesto en marcha en el servicio de MI del HRJC a través del HD de IC, basado en revisión precoz de los pacientes. Los pacientes que inician seguimiento en nuestra unidad de IC de MI a través del programa de transición de cuidados a raíz de un ingreso por IC son ancianos pluripatológicos, predominando la FEVI preservada.