



267 - ANÁLISIS DE LA TRANSICIÓN AL ALTA Y DERIVACIÓN A LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDÍACA (UMDIC), TRAS UN INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) EN UN HOSPITAL DEL GRUPO 2

Cristina Salazar Mosteiro, Soledad Martínez-Echevarría Gil-Delgado, Almudena Herrero Domingo y Seyla Beatriz Martín Barba

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, España.

Resumen

Objetivos: Evaluar el periodo de transición al alta (educación y titulación farmacológica), realización de derivación a la Unidad Multidisciplinar de Insuficiencia Cardíaca (UMDIC) tras ingreso por IC. Valorar la evolución global de los pacientes (visitas a urgencias, reingresos por IC y *exitus*).

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se analizaron los pacientes que ingresan con diagnóstico principal de IC en un servicio de Medicina Interna (periodo de junio 2023 a noviembre 2023). Se excluyeron pacientes con deceso durante el ingreso, diagnóstico secundario y procedentes de otras CC. AA., Los criterios de derivación a UMDIC se basan en el protocolo actual del hospital elaborado por cardiólogos e internistas. Los datos fueron extraídos de la historia clínica electrónica (Mambrino XII) y analizados por SPSS.

Resultados: Se analizaron un total de 113 pacientes, cuya edad media fue de 86 años, predominio de sexo femenino (63%) y estancia media de ingreso de 10 días. El 37% de ellos estaban institucionalizados, el 33% tenía soporte de cuidador y el 18% eran independientes. El 54% de los pacientes tenía fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada, 22% FEVI reducida, 13% ligeramente reducida y el 11% de los pacientes, no tenía realizada ecocardiografía reglada. El 44% de los pacientes había iniciado fármacos modificadores de enfermedad (incluido ISGLT2 en FEVI preservada) en el periodo prealta. Del total de los pacientes ingresados que presentaban criterios de derivación (66%), el 25% fueron derivados a UMDIC, 25% fue derivado a Atención Primaria (AP), 9,6% a otros especialistas y un 7% a consultas externas de medicina interna. Solo el 24% de los pacientes fueron educados en signos y síntomas de descompensación y recibieron pautas higiénico-dietéticas. Encontramos diferencias en términos de mortalidad en pacientes educados frente a no educados (8,8 vs. 27%), en el porcentaje de visitas a urgencias por IC (8,8 vs. 29%, $p 0,6$) y un menor porcentaje de reingresos por IC (8,8 vs. 24%, $p 0,5$). Aquellos que presentaban criterios y fueron derivados, fallecieron un 9,01% frente a un 13,51% de pacientes no derivados. El porcentaje de reingresos por IC en aquellos derivados a UMDIC fue menor con respecto a los no derivados (9,82 vs. 16,07%, $p 0,4$), así como también fue menor el porcentaje de visitas a urgencias (9,8 vs. 17,86%, $p 0,5$).

Conclusiones: La IC es una enfermedad crónica que cursa con frecuentes descompensaciones

(siendo el periodo de mayor vulnerabilidad durante los 30 días tras el alta), determinando la progresión, un aumento de la morbilidad y limitación en la calidad de vida. Se ha comprobado que la atención sanitaria exclusiva al medio hospitalario no es suficiente para afrontar este problema, existiendo una necesidad de planificar el alta de una manera sistematizada y siendo imprescindible una nueva forma organizativa, mediante unidades de IC basados en el seguimiento precoz, educación sanitaria, adecuación y optimización del tratamiento médico. Por ello, consideramos a través de este estudio que es necesario sensibilizar al resto de los profesionales sobre la importancia de la detección de pacientes candidatos para un seguimiento específico.