



IC-042 - EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PILOTO DE EDUCACIÓN Y TRANSICIÓN DE CUIDADOS AL ALTA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

E. Manzone, R. Vates Gómez, B. Martínez Cifre, A. Roca Martiartu, A. Payo Martínez, E. Aranda Rifé, I. Martín Rubio y J. Casado Cerrada

Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

Resumen

Objetivos: Evaluar la implementación de un programa piloto para la educación y la transición de cuidados al alta de los pacientes ingresados en M. Interna del Hospital Universitario de Getafe por un episodio de insuficiencia cardiaca (IC) descompensada, a través de medidas de educación sanitaria, formación en el autocuidado, autoajuste de diurético y coordinación con Atención Primaria para el control precoz tras el alta. Se trata de una evaluación preliminar tras los primeros meses de seguimiento, siendo objetivos primarios la mejoría en la capacidad de autocuidado y ajuste de diuréticos y objetivo secundario la mejora de la calidad de vida.

Material y métodos: Estudio descriptivo de carácter prospectivo de los pacientes incluidos en el "Programa piloto del proceso asistencial integrado para pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca descompensada" entre noviembre 2017 y el 15 de junio de 2018. Se analizaron en el momento de la inclusión las características basales de los pacientes y de forma prospectiva durante los primeros tres y seis meses de seguimiento, con cuestionarios y escalas sobre el autoajuste de diuréticos, calidad de vida (Minnesota Living Heart Failure Questionnaire; MLHFQ) y capacidad de autocuidado (European Heart Failure Self-care Behaviour Scale, EHFSBS). Las variables cuantitativas se describen como mediana \pm rango intercuartil (RIQ) y las cualitativas en forma de frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación de las variables a los 0, 3 y 6 meses se ha aplicado el test de Wilcoxon, estableciéndose la significación estadística en $p < 0,05$. Los cálculos se han realizado utilizando SPSS (versión 20.0).

Resultados: Hasta la fecha se han incluido en el programa piloto 13 pacientes, de los cuales 11 son varones (84,6%), siendo la mediana de la edad de 77 años (RIQ 20). De ellos, 12 eran hipertensos (92,3%), 5 diabéticos (38,5%), 8 dislipémicos (61,5%), 1 fumador y 9 exfumadores (69,2%). Cuatro pacientes tenían cardiopatía isquémica (30,8%), 8 insuficiencia renal (61,5%), 3 EPOC (23,1%) y 8 fibrilación auricular (61,5%). Nueve pacientes (69,2%) tenían fracción de eyección (FE) preservada, siendo la FE mediana de 61,5% (RIQ 31) y la etiología de la IC hipertensiva (9), isquémica (3) u otra en 1 caso. Con respecto al cuidador principal, 2 no tenían, en 9 se trataba del esposo/a y en 2 de un hijo/a; en 4 casos fue el mismo enfermo el que recibió la formación, en 2 solo el cuidador y en 7 casos ambos. Con respecto a los cambios en la capacidad de autoajuste de diurético, la calidad de vida y la capacidad de autocuidado se encontraron mejorías estadísticamente significativas en el autoajuste de diuréticos a los 3 (1 ± 3 , 4 ± 3 ; $p = 0,016$) y 6 meses (1 ± 3 , 4 ± 1 ; $p = 0,039$) con

respecto a la visita basal, pero no entre los 3 y 6 meses. De la misma manera, hubo una mejoría significativa en la capacidad de autocuidado (EHFSBS) a los 3 (31 ± 19 , 21 ± 11 ; $p = 0,018$) y 6 meses (31 ± 19 , 24 ± 9 ; $p = 0,043$) también con respecto a la basal, pero no entre los 3 y 6 meses. No hubo una diferencia significativa en la calidad de vida (MLHFQ) a los 3 meses, ni entre los 3 y 6 meses, pero sí entre la situación basal y la valoración a los 6 meses.

Discusión: A pesar de que se trate de una muestra pequeña y un estudio piloto, hemos observado como la mejoría en los parámetros de autoajuste y autocuidado es muy precoz, tras la primera actividad de educación. Ésta se mantiene en las sucesivas revisiones, aunque la mejoría ya no es estadísticamente significativa, porque ya habían alcanzado una mejoría importante previamente. Queda incluir más pacientes para poder confirmar estas tendencias y, sobre todo, evaluar objetivos de mayor relevancia como mortalidad, tasa de reingresos y visitas a urgencias.

Conclusiones: La instauración de un programa de educación y transición de cuidados al alta, influye positivamente sobre la capacidad de autocuidado y autoajuste del tratamiento de los enfermos con IC.