Rev Clin Esp. 2021;222(Espec Congr 2):434

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

680 - TRANSICIÓN AL ALTA NO PRESENCIAL EN INSUFICIENCIA CARDÍACA PARA PACIENTES CON ESCASA MOVILIDAD. QUÉ HEMOS APRENDIDO TRAS LA PANDEMIA

F. Aguilar Rodríguez[1], *N. de la Torre Lomas*[2], *L. Morán Fernández*[3], *M.P. Tamarit*[1], *E. Oliveira Ramírez*[1], *D. Ferreiro López*[1], *C. Munera Jiménez*[2] *y J. de Juan Bagudá*[3]

[1]*Medicina Interna;* [2]*Enfermería Unidad IC;* [3]*Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Resumen

Objetivos: Para poder mantener la asistencia a pacientes con IC durante los primeros meses de pandemia, las Unidades de IC buscamos alternativas telemáticas. Tras dicho aprendizaje, en nuestro centro establecimos un protocolo de seguimiento no presencial para pacientes con marcada dificultad para acudir a consultas (limitación funcional, barreras arquitectónicas, etc. Los objetivos principales son identificar qué actuaciones se realizaron, la seguridad del protocolo en la prevención de reingresos precoces, y secundariamente identificar características en los pacientes que permitan optimizar el protocolo.

Métodos: Se incluyeron retrospectivamente los pacientes seguidos exclusivamente de manera telemática a lo largo de 14 meses. Se analizaron las intervenciones ejecutadas y reingresos/visitas a Urgencias a 30 días. Se han analizado por regresión logística (SPSS) los factores que se asocian a intervención en el seguimiento, reingreso o valoración en Urgencias. Se comparan con los registros de ingresos por IC de 2018 (último período nuestra cohorte previa).

Resultados: Se evaluaron 52 pacientes, 15 del 1er período (restricciones) y 37 del 2º (dificultad para seguimiento presencial). Respecto a la cohorte previa, la distribución por servicios de ingreso y FEVI fue similar, pero con significativamente más edad y comorbilidad. El 100% cumplió criterios de paciente pluripatológico, el 83% de alta complejidad y el 52% con PROFUND > 6 (tabla 1). La tasa de visitas a Urgencias a 30 días (13,5%) y de ingreso (9,6%), no varió significativamente respecto a 2018. Si bien ninguna variable alcanzó la significación estadística, los factores que más se asociaron con precisar atención urgente/ingreso fueron la edad, el PROFUND y que el cuidador no comparta domicilio con el paciente (tabla 2 y fig. 1). En el 55% se realizaron cambios de tratamiento, la mayoría relacionados con diuréticos (fig. 2). Solo 6 pacientes (11,5%) necesitaron valoración presencial, 2 de ellos para furosemida iv. El único factor que se asoció estadísticamente con el ajuste de tratamiento fue la resistencia diurética, con una tendencia para FEVI, fibrilación auricular e ingresos previos por IC. En el análisis multivariable, realizar modificaciones en el tratamiento se asoció a una reducción de visitas a urgencias, sin alcanzar significación (OR 0,15 p = 0,09).

Tabla 1

Variable	Teleconsulta	2018

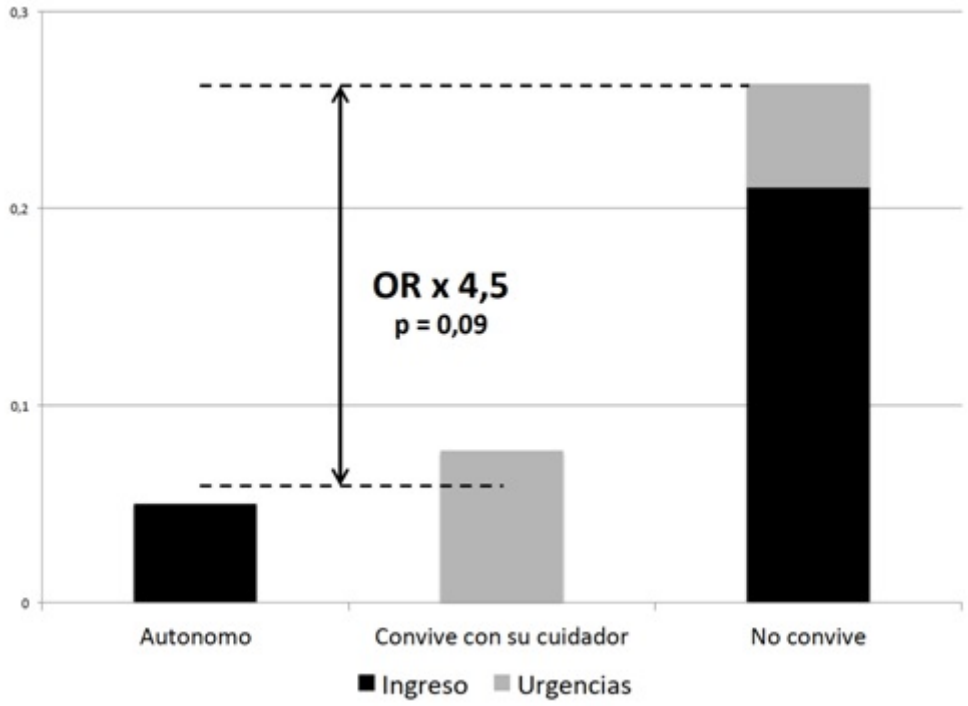
Edad	84,29	80,74	p 0,01
Mujer	61,5%	58,3%	ns
FEVI	56%	58%	ns
FEVI preservada	78,8%	70,8%	ns
C Isquémica	25%	25,2%	ns
Ingreso IC 12m previos	36,5%	30,7%	ns
Ingreso Cardiología	25%	26,8%	ns
Barthel 60	36%		
PROFUND	8,03		
I. Charlson	4,42	3,1	p 0,01
F. auricular	78,8%	58,8%	p 0,01
Anemia	53,8%	40,3%	ns
ERC	63,5%	33,9%	p 0,01
Cáncer	11,5%	7,6%	ns

Tabla 2

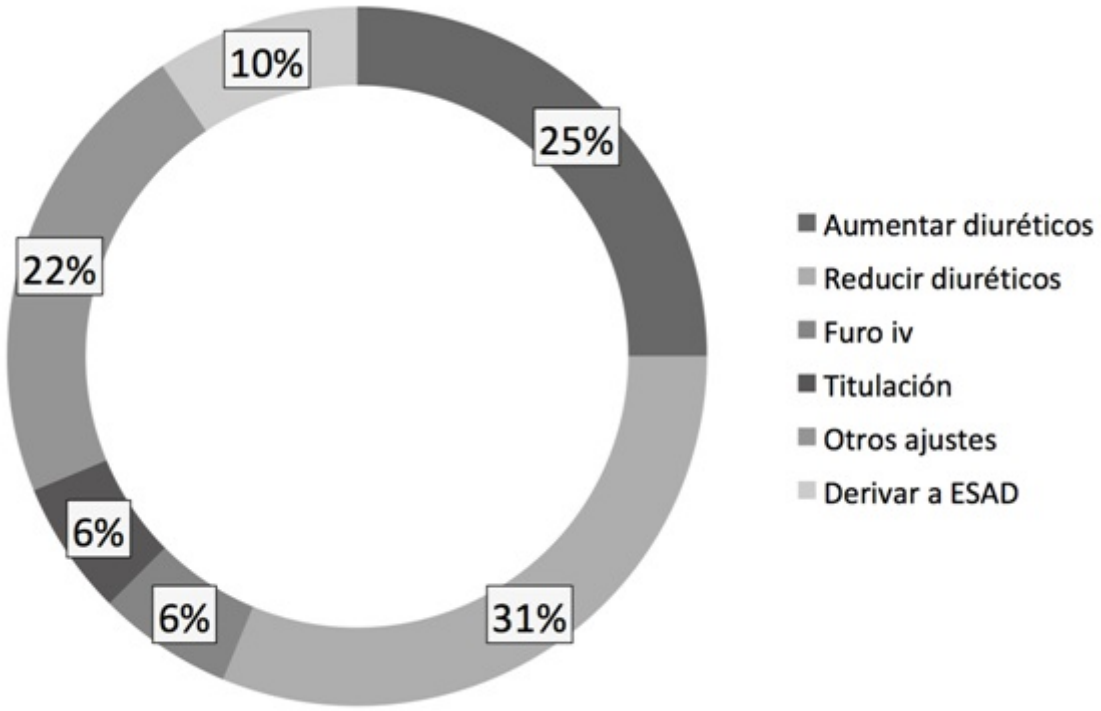
	Reingreso		Urgencias		Actuación	
Variable	OR	p	OR	p	OR	p
Edad	1,25	0,06	1,19	0,06		ns

0014-2565 / © 2021, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

FEVI		ns		ns	0,95	0,07
Barthel 60		ns		ns		ns
PROFUND	1,17	0,06	1,164	0,05		ns
I. Charlson		ns		ns		ns
F. auricular		ns		ns	4,62	0,04
ERC		ns		ns		ns
Anemia		ns		ns		ns
Ingresos previos IC		ns		ns	2,30	0,16
Resist. diuréticos		ns		ns	4,43	0,01
Cuidador no conviviente	6,44	0,10	4,13	0,11		ns



0014-2565 / © 2021, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.



Discusión: A pesar del pequeño tamaño muestral, sí podemos apuntar ciertas hipótesis. Primero, el seguimiento telemático podría ser equiparable al seguimiento presencial, en pacientes pluripatológicos. Segundo, el principal impacto se produce en ajuste de diuréticos como apunta que variables asociadas a congestión de difícil manejo (refractariedad a diuréticos e ingresos previos por IC) se asocien a realizar más ajustes pero no a reingreso/atención en Urgencias. Por último, que no compartir domicilio con el cuidador pueda ser un predictor fracaso, es razonable en un programe en el que la precisión de nuestras actuaciones dependerán mucho de la información que nos proporcione.

Conclusiones: El seguimiento estructurado telemático tras ingreso por IC, en pacientes con limitación para acudir a consulta, parece seguro y eficaz para reducir eventos a 30 días, si el paciente es autónomo o convive con su cuidador. Si bien el tamaño muestral no permite alcanzar conclusiones sólidas, sí aporta datos que animan a diseñar un estudio más amplio.

0014-2565 / © 2021, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.