



Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

1247 - CALIDAD DEL INFORME DE ALTA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA. ¿HA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

Alba Santana García, Joel Gascón Balualua, Nerea Cristina Rosales González, Ainara Morales Simancas, Sonia González Sosa, Susana Blanco Tajés, Mónica Tejera Blanco y Alicia Conde Martel

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Analizar los indicadores de calidad del informe de alta de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y compararlo con los resultados obtenidos en un estudio realizado hace 3 años.

Métodos: Se incluyeron los informes de alta de 277 pacientes con diagnóstico principal de IC, 177 recogidos de enero a marzo de 2019 y 100 en el mismo período de 2022. Se recogió si en el informe de alta se habían incluido las características demográficas, situación funcional, mental y social. También datos de la exploración física como presión arterial, frecuencia cardíaca, peso, talla e IMC, parámetros analíticos, cambios en el tratamiento, recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas y servicio que realizará el seguimiento. Se compararon los datos registrados en ambos períodos para evaluar si existían diferencias.

Resultados: De los 277 informes incluidos, la edad media fue de 80,9 años sin diferencias significativas entre ambos años, aunque en 2022 la media de edad fue de un año más (81,6 vs. 80,6, $p = 0,45$). El 53% eran mujeres (147) sin diferencias entre ambos períodos ($p = 0,60$). Comparando los datos recogidos en 2022 con 2019, la situación funcional se recogió en un porcentaje similar de informes (87 vs. 86%, $p = 0,026$). Al contrario, la situación mental se recogió con más frecuencia (63 vs. 41,2%, $p = 0,001$), y tendía a reflejarse más la situación social (83 vs. 74%, $p = 0,087$). Sin embargo, la presencia de cuidador se recogió menos (30 vs. 42,4%, $p = 0,041$). No hubo diferencias en el porcentaje recogido de ecocardiografías realizadas durante el ingreso, pero sí al año (44 vs. 26,7%, $p = 0,004$). Apenas se observaron diferencias significativas en los datos recogidos de la exploración física. Aproximadamente en 3/4 de los informes se incluyó el valor de presión arterial y frecuencia cardíaca, en un porcentaje muy bajo el peso (6% y 3%, $p = 0,24$) y prácticamente ninguno la talla o IMC en ambos períodos. La presencia de edemas se registró menos (78 vs. 93,2%, $p = 0,001$). En 2022 aumentó el registro de datos analíticos de forma significativa para los valores de Na ($p = 0,043$), K ($p = 0,016$), FGE, NTproBNP, colesterol total y triglicéridos ($p = 0,001$ para todos). En el tratamiento se observaron cambios en ambos períodos, aumentando los informes que lo reflejaban por completo (76 vs. 62%, $p = 0,018$), también se reflejó más la posología ($p = 0,003$) y el principio activo (45 vs. 9%, $p = 0,001$). Sin embargo, se redujo significativamente la prescripción del uso flexible de diuréticos (2 vs. 7,9%, $p = 0,045$). No hubo diferencias en el porcentaje de pacientes en que se recomendó seguimiento por Medicina Interna, Atención Primaria o Cardiología.

Discusión: La IC constituye la primera causa de ingreso en los servicios de Medicina Interna, siendo fundamental realizar un informe de alta adecuado, que permita aportar información completa y clara, tanto al paciente como al médico de Atención Primaria. Ello podría mejorar la adherencia terapéutica y la

continuidad de cuidados tras el alta. Cabe señalar la escasa diferencia entre un período de 3 años en distintos aspectos a mejorar como la escasa recogida del peso como parámetro para monitorizar la congestión o incluso la reducción de la indicación del uso flexible de diuréticos, herramienta para evitar el reingreso. Sin embargo, se observa que aumenta la recogida de datos analíticos relevantes.

Conclusiones: La calidad de los informes de alta de pacientes con IC es notablemente mejorable. Los escasos cambios en un período de tres años ponen de manifiesto la necesidad de implementar medidas, como la realización de un *check-list* para conseguir este objetivo. Probablemente de esta forma se podría mejorar la calidad de los datos suministrados al paciente, a su médico de Atención Primaria y quizás la adherencia terapéutica y reducir reingresos.