



## Carta al Director

### Una llamada telefónica estructurada realizada por enfermería a las 72 h del alta reduce los reingresos por insuficiencia cardíaca



#### 72 hours post-discharge structured telephone nurse support to reduce heart failure readmission

Sr. Editor:

La continuidad asistencial en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) aguda es una estrategia para mejorar la transición entre cuidados hospitalarios y domiciliarios mediante intervenciones que reduzcan las rehospitalizaciones y los eventos clínicos adversos<sup>1</sup>. El seguimiento telefónico estructurado (STE) es una de las intervenciones recomendadas por las guías de práctica clínica en las primeras 72 h tras el alta<sup>2</sup>. El STE ha demostrado reducir el riesgo de mortalidad por cualquier causa y el reingreso por IC<sup>3</sup>. Sin embargo, todavía no está establecido un protocolo común de llamada telefónica entre centros, falta por definir quién debe realizar este seguimiento al alta (cardiólogo, enfermería, médico de atención primaria), qué pacientes se benefician más de la intervención y cuánto tiempo después del alta se debe prolongar este seguimiento telefónico<sup>4</sup>. Aún existe una falta de continuidad eficiente, y la comunicación entre niveles asistenciales es mejorable<sup>5</sup>.

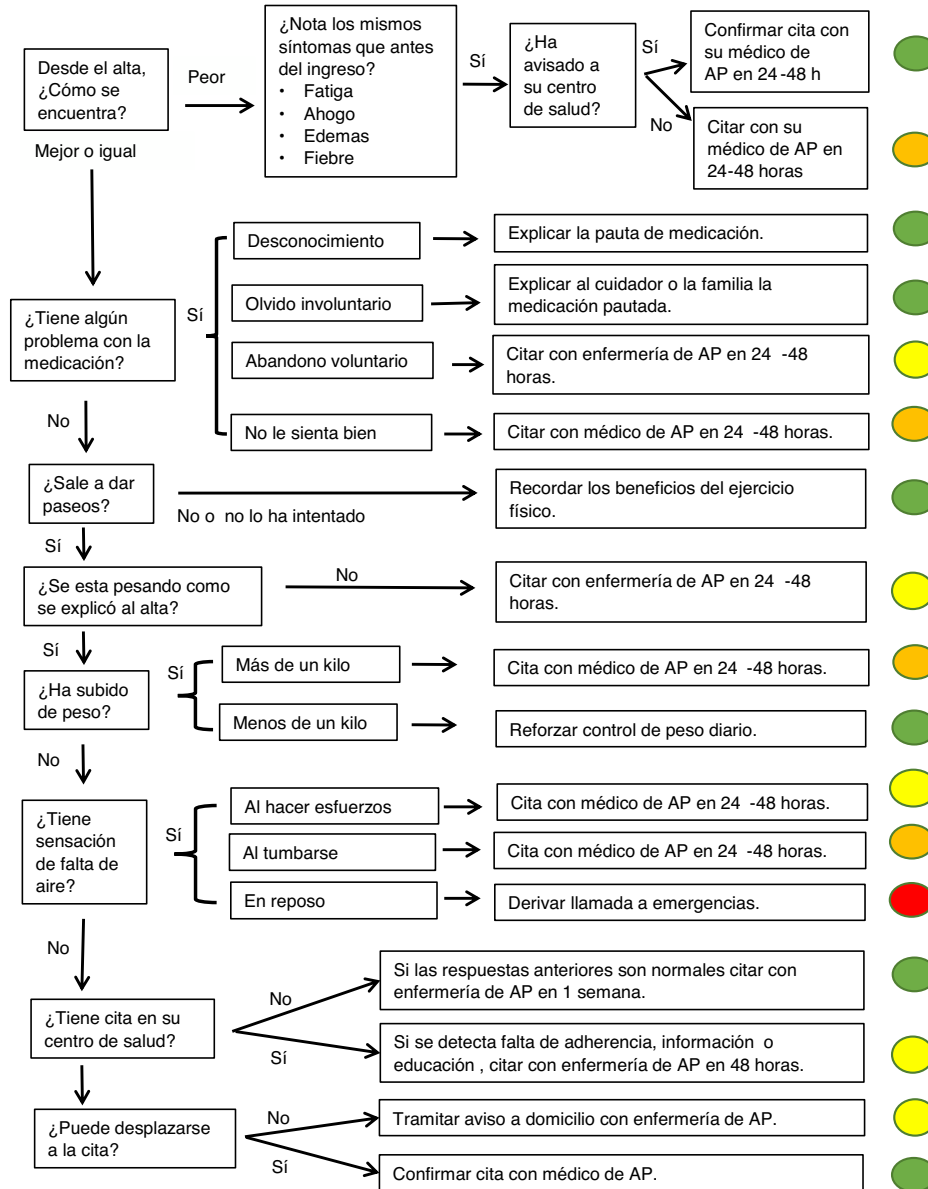
El presente estudio evalúa la efectividad de un protocolo propio de STE, aplicado en 2 centros terciarios del País Vasco, y realizado por enfermería a las 72 h del alta hospitalaria por IC. Se comparó el riesgo de reingreso a 30 días, y la mortalidad en una cohorte prospectiva de 230 pacientes llamados al alta (grupo intervención), y 230 pacientes no llamados (grupo control), seleccionados al azar en una cohorte histórica. Se excluyeron pacientes dados de alta a residencias y hospitales de larga estancia, ya que la continuidad asistencial debería estar asegurada por estos centros. Las llamadas telefónicas fueron realizadas desde un servicio de *call-center* centralizado, atendido por enfermería con acceso a la historia clínica,

capacidad de dar citas en atención primaria, y posibilidad de derivar llamadas a emergencias. A los pacientes llamados se les realizó un cuestionario cerrado. Según las respuestas dadas por el paciente, o su cuidador, se generaron alarmas por colores de diferente severidad para reflejar el grado de descompensación por IC, el nivel de conocimiento en autocuidados, y la ausencia de citas de seguimiento con atención primaria. Se protocolizó la actuación a realizar en función de la alarma generada (fig. 1).

La edad media de la muestra fue 79 años (DE: 9,8), el 55% eran mujeres. En las características basales, los pacientes del grupo control tuvieron mayor edad y un índice de Charlson más elevado. Los pacientes llamados a las 72 h tuvieron una FEVI menor, miocardiopatía dilatada y estancias más prolongadas en el ingreso índice. Se realizó el análisis del reingreso y mortalidad ajustado por todas estas variables. La tasa de reingreso por IC a los 30 días fue del 17% en el grupo control y del 10% en el grupo intervención (reducción relativa del 41%; OR: 0,54; IC 95%: 0,28-0,92; p: 0,02). También se observó una disminución del riesgo de reingreso a los 30 días por todas las causas (OR: 0,49; IC 95%: 0,3-0,81; p < 0,01). Para el estudio de mortalidad se realizó un seguimiento medio de la muestra de 26 meses (DE: 7 meses), sin hallarse diferencias significativas entre grupos. En ese periodo falleció el 35% total de la muestra (161 pacientes), siendo la principal causa de muerte una descompensación de IC (40% de los fallecimientos). La principal limitación del estudio es la no aleatorización de los grupos y el uso de una cohorte histórica (no concurrente).

Los resultados del estudio demuestran que una intervención realizada por enfermería mediante llamada telefónica protocolizada al alta, es efectiva para disminuir el reingreso precoz, tanto por IC como por todas las causas. Consideramos que actuaciones como las del trabajo realizado, deberían incorporarse en las rutas asistenciales al alta, y dentro de los procesos asistenciales integrados con atención hospitalaria para pacientes con IC. Llamadas de seguimiento más allá de la primera semana podrían disminuir el reingreso a medio plazo como se ha demostrado en otros estudios<sup>6</sup>.

Protocolo de llamada a las 72 horas



Alarma verde	Paciente estable, con citas de seguimiento y conocimientos en autocuidados. Se refuerza consejo de dieta, ejercicio y medicación.
Alarma amarilla	Se detecta una falta de información en autocuidados, o datos de descompensación leve. Se da cita en las siguientes 24 -48 horas con enfermería de atención primaria, o con medicina si se detecta una descompensación leve.
Alarma naranja	Efectos secundarios de medicación o sintomatología que sugiere clara descompensación. Se le cita con el médico de atención primaria en 24 horas.
Alarma roja	Datos de descompensación importantes. Se transfiere la llamada a médico coordinador de emergencias para valoración.

**Figura 1.** Protocolo de llamada a las 72 h. Cuestionario realizado por enfermería a las 72 h del alta. Se reflejan mediante colores las alarmas generadas según las respuestas a las preguntas, su interpretación y la actuación a realizar. AP: atención primaria.

## Agradecimientos

A todos los profesionales del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Basurto, a Alberto Ullate del Hospital de Galdakao y a Gonzalo Alonso del Hospital Ramón y Cajal por su indispensable ayuda en la realización de este trabajo.

## Bibliografía

- 1 Comín-Colet J, Enjuanes C, Lupón J, Cainzos-Achirica M, Badosa N, Verdú JM. Transitions of care Between Acute and Chronic Heart Failure: Critical Steps in the Design of a multidisciplinary Care Model for the Prevention of Rehospitalization. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2016;69:951–61, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2016.05.001>.
- 2 Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 2013;128:e240–327, <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829e8776>.
- 3 Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, Prieto-Merino D, Cleland JG. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007228>. CD007228.
- 4 Ibert NM, Barnason S, Deswal A, Hernandez A, Kociol R, Lee E, et al. Transitions of care in heart failure: A scientific statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail* 2015;8:384–409, <http://dx.doi.org/10.1161/HHF.000000000000006>.
- 5 Barrios V, Escobar C, Cosin-Sales J, Bravo M, Saltijeral A, Ruiz-Ortiz M. Selection of the Best of 2017 in Clinical Cardiology. *Continuum Healthcare*

Between Cardiology and Primary Care. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2018;71:59, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2017.09.022>.

- 6 Bento VF, Brofman PR. Impact of the nursing consultation on the frequency of hospitalizations in patients with heart failure in Curitiba, Parana State. *Arq Bras Cardiol* 2009;92:454–60, <http://dx.doi.org/10.1590/s0066-782x2009000600013>, 473–9, 490–6.

David Cordero Pereda<sup>a,b,\*</sup>, Nekane Murga Eizagaechearria<sup>b</sup>, Enrique Echevarría Orella<sup>c</sup> y José Cordero Guevara<sup>d</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Cardiología, Unidad de Insuficiencia Cardiaca, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Cardiología, Unidad de Insuficiencia Cardiaca, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Bizkaia, España*

<sup>c</sup> *Departamento de Fisiología, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Vitoria-Gasteiz, Álava, España*

<sup>d</sup> *Unidad de Metodología y Estadística, Instituto de Investigación Sanitaria BioAraba, Hospital Universitario, Vitoria-Gasteiz, Álava, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [davidcorderopereda@gmail.com](mailto:davidcorderopereda@gmail.com)

(D. Cordero Pereda).