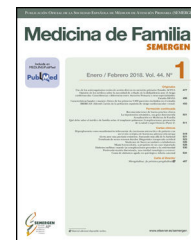




Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTA AL DIRECTOR

A propósito de una auditoría de ingresos hospitalarios prevenibles por insuficiencia cardíaca en un distrito de atención primaria



An audit of preventable hospital admissions due to heart failure in a primary care district

La Agency for Health Research and Quality desarrolló Indicadores de Calidad Preventivos (PQI) para identificar y medir ingresos por enfermedades susceptibles de cuidados ambulatorios. Las enfermedades relacionadas con los PQI son: procesos crónicos (cardiovascular, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] y asma) y agudos (deshidratación, neumonía e infección del tracto urinario)¹. Están asociados tanto a factores hospitalarios (cartera de servicios, urgencias) como sociodemográficos². En concreto, los ingresos hospitalarios prevenibles por insuficiencia cardíaca (IC) consumen recursos, generan morbilidades adicionales y alta mortalidad^{3,4}. Se realizó un estudio para describir las características clínicas y los factores de riesgo de los pacientes de un distrito de atención primaria ingresados por IC en los hospitales públicos. Para su consecución, los médicos de familia realizaron auditorías de las historias clínicas de los enfermos ingresados durante 2016. Posteriormente, la unidad de epidemiología analizó los datos y desarrolló un informe general del distrito y otro comparativo con los datos de cada unidad de gestión clínica que se envió al responsable de cada unidad. Las variables de estudio fueron: demográficas, clínicas, de autonomía y apoyo sanitario, factores de riesgo, tratamiento y de atención asistencial.

Se auditaron 514 historias clínicas. La edad media fue de 78,7 años (DE: 10,1). El 53,5% fueron mujeres. Según el índice de Barthel: el 34,3% presentaban dependencia moderada, el 26,3% severa y el 39,4% no eran dependientes. Con relación al test de Pfeiffer: el 23,9% tenían deterioro cognitivo, el 45,7% no y en el 30,4% se desconoce. La clase funcional conforme a la New York Heart Associations (NYHA) fue: el 6,7% grado I; el 28,7% grado II; el 25,9% grado III; el 9,1% grado IV y en el 29,6% no había información. El 70,4% vivía con sus familiares y el 60,7% tenía un cuidador de referencia. Destacan los factores de riesgo: hipertensión (80,9%), tabaquismo (78%), obesidad (49,8%), dislipemia (49,3%) y diabetes (49,1%). En el 81,5% existía

un plan terapéutico inicial, el 79,6% refería buena adherencia al tratamiento y el 77,8% eran polimedicados. El 65% fueron tratados con IECA y betabloqueantes. En el 60,7% se realizó visita domiciliaria al alta hospitalaria: el 24,1% por enfermera, el 16,7% por médico de familia y en el 23% por ambos.

Ingresaron por IC fundamentalmente personas mayores con múltiples factores de riesgo y comorbilidades (tabaquismo, hipertensión, etc.). Estos factores representan el 30-60% de las causas de IC y el 40% de las hospitalizaciones por IC potencialmente evitables^{5,6}. En futuros estudios se valorará incluir otras variables de interés (fibrilación auricular, EPOC, insuficiencia renal crónica, anemia, ingresos previos en el último año). Se observa un apoyo familiar importante, pese al grado de dependencia de estos pacientes y una escasa institucionalización. Si bien los fármacos más utilizados fueron los IECA y los betabloqueantes, es preciso aumentar este porcentaje, dado que han demostrado mejoría de los síntomas, la mortalidad y las tasas de ingreso hospitalario^{6,7}. Por otro lado, llama la atención el elevado número de polimedicados. La continuidad de cuidados de estos pacientes no siempre es óptima y la realización de un plan terapéutico adecuado, así como del seguimiento domiciliario resultan clave en todo el proceso, sobre todo, de cara a prevenir los reingresos. Para concluir, es necesario un control estricto de los factores de riesgo relacionados con la IC modificando el estilo de vida, mejorar la calidad farmacológica y tratar de optimizar la atención sanitaria y la continuidad asistencial, mediante la inclusión de estos pacientes en el proceso asistencial integrado de insuficiencia cardíaca⁸.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo para la realización de este estudio en relación a la confidencialidad de los datos.

Autoría

Todos los autores han contribuido de manera relevante en la escritura y revisión crítica del manuscrito, y han dado su aprobación a la versión final de la carta para su publicación.

Agradecimientos

A los médicos de familia que realizaron las auditorías de las historias clínicas y a los epidemiólogos que elaboraron los informes específicos de cada UGC.

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.05.001>

1138-3593/© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Bibliografía

1. Quality Indicator User Guide: Prevention Quality Indicators (PQI) Composite Measures Version, 4.4., Rockville, MD; 2012.
2. Magán P, Alberquilla A, Otero A, Ribera JM. Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions and Quality of Primary Care. *Med Care*. 2011;49:17–23.
3. Ruiz Romero V, Lorusso N, Expósito García S, Páez-Pinto JM, Palmero-Palmero C, Caballero-Delgado G, et al. Hospitalizaciones evitables por insuficiencia cardíaca. Variables relacionadas. *Rev Esp Salud Pública*. 2016;90:e1–11.
4. Gibson OR, Segal L, McDermott RA. A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:336.
5. Freund T, Campbell SM, Geissler S, Kunz CU, Mahler C, Peters-Klimm F, et al. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions. *Ann Fam Med*. 2013;11:363–70.
6. Llorens P, Escoda R, Miró O, Herrero-Puente P, Martín-Sánchez FJ, Jacob J, et al. Características clínicas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda atendidos en servicios de urgencias españoles: registro EAHFE (Epidemiology of Acute Heart Failure in Spanish Emergency Departments). *Emergencias*. 2015;27:11–22.
7. Farmakis D, Parisis J, Lekakis J, Filippatos G. Insuficiencia cardíaca aguda: epidemiología, factores de riesgo y prevención. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:245–8.
8. Insuficiencia cardíaca: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2012.

M.J. Molina Rueda*, B. Gómez Pozo, E. Gámiz Sánchez y P. Guijosa Campos

Unidad de Epidemiología, Distrito Sanitario de Atención Primaria Granada-Metropolitano. UGC Interniveles de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud, Granada, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mjmrueda@gmail.com
(M.J. Molina Rueda).