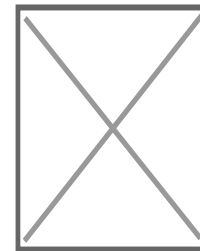


# Revista Española de Cardiología



## 6058-443. REORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

David Vaqueriza Cubillo, Eloy Gómez Mariscal, Marta Domínguez Muñoa, Verónica Suberviola Sánchez-Caballero, Cristina Beltrán Herrera, Pedro Martínez Losas, María Teresa Nogales Romo, Álvaro Estévez Paniagua, Ana Mª Sánchez Hernández, Sem Briongos Figuero, María Ángeles Naranjo Sánchez, Blanca Miriam Jiménez Candil, María Ángeles Guimerá Ferrer-Sama, Camino Caballero Caballero y Roberto Muñoz Aguilera

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La pandemia COVID-19 obligó a reorganizar la atención a los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). Nuestro programa multidisciplinar de IC se basaba fundamentalmente en la atención presencial en hospital de día (HD). La COVID-19 tiene mal pronóstico en pacientes con enfermedades crónicas, por lo que, durante la crisis, implementamos una estrategia para reducir las visitas a HD.

**Métodos:** Se dividió en 2 grupos a los pacientes citados en HD durante la crisis (del 16 de marzo al 14 de mayo de 2020): 1. Atención presencial: se mantuvo según criterio médico en pacientes de muy alto riesgo con descompensación reciente o bajo tratamiento con ciclos intermitentes de inotrópicos. Antes de la visita, se realizaba un cuestionario de síntomas o contactos sospechosos de COVID-19. En pacientes con PCR positiva previa, se realizaba nueva PCR 2 días antes de la visita y no se procedía a la misma hasta confirmar su negativización. En las visitas se tomaron las medidas preventivas establecidas para evitar el contagio. 2. Atención telefónica: Resto de pacientes. Visita telefónica estructurada por enfermería, con cuestionario de síntomas y signos, y educación, siguiendo las recomendaciones del Plan de Atención Integral de IC. Según la información obtenida, se procedía con la supervisión del cardiólogo a un ajuste de tratamiento o concertar una visita presencial. El objetivo del presente estudio es hacer un análisis descriptivo de ambos grupos y valorar los eventos clínicos relevantes (ingresos hospitalarios o muerte) hasta el 31 de mayo de 2020.

**Resultados:** Se incluyeron 69 pacientes en el grupo telefónico, con un total de 217 consultas (media 3,1 por paciente). En solo un 25% de ellos se concertó visita presencial. En el grupo presencial, se atendió a 77 pacientes, con un total de 115 visitas. Las características basales y los episodios clínicos registrados en cada grupo se muestran en la tabla.

Características clínicas basales y episodios en el seguimiento

|                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| Grupo telefónico<br>(n = 69) | Grupo presencial<br>(n = 77) |
|------------------------------|------------------------------|

|                            |                                                                       |            |                  |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------|------------------|
| Características<br>basales | Edad (media, años)                                                    | 72,7       | 69,7             |
|                            | Sexo (mujeres%)                                                       | 25 (36,2%) | 30 (38,9%)       |
|                            | Pacientes con al menos 1 ingreso por IC en los últimos 6 meses (n, %) | 30 (56%)   | 62 (80,5%)       |
|                            | Clase funcional III o IV (n, %)                                       | 19 (27,5%) | 41 (53,2%)       |
|                            | Ingreso por IC (n, %)                                                 | 0 (0%)     | 5 (6,5%)         |
| Resultados                 | Ingreso por COVID-19 o sospecha (n, %)                                | 2 (2,9%)   | 1 (1,3%) PCR (-) |
|                            | Ingreso por cualquier causa (n, %)                                    | 5 (7,2%)   | 6 (7,8%)         |
|                            | Muerte                                                                | 0 (0%)     | 1 (1,3%)         |
|                            | PCR SARS 2 +(tras visita)                                             | NA         | 0 (0%)           |

**Conclusiones:** La atención telefónica estructurada por enfermería en pacientes con IC es segura y permite identificar descompensaciones precoces e intervenir para evitar ingresos. La experiencia acumulada durante la pandemia nos permitirá aumentar la atención no presencial en el futuro. La atención presencial, con un protocolo adecuado, fue segura, sin identificarse contagios. La tasa de ingreso por IC fue baja en ambos grupos, aunque para una evaluación adecuada será preciso un seguimiento más prolongado.