

Adherencia al tratamiento farmacológico según guía de falla cardíaca en Cardiología Siglo XXI,
segundo semestre 2023

Elaborado por:

Diana Marcela Ardila Sánchez

Saidy Lorena Lozano Briñez

Lucero López Betancourt

Universidad EAN

Especialización en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud

Seminario de Investigación de Pregrado

Ibagué, Tolima

Noviembre de 2024

Adherencia al tratamiento farmacológico según guía de falla cardíaca en Cardiología Siglo XXI, segundo semestre 2023

Resumen

Las guías de práctica clínica (GPC) son documentos basados en evidencias científicas dirigidas a los profesionales de la salud, para apoyar la toma de decisiones en la atención de los pacientes (Franco et al, 2020); su puesta en práctica por parte de los profesionales ha sido poco estudiada por falta de una herramienta estandarizada para medir su implementación (Niño & Sierra, 2019). El presente estudio evaluará la adherencia a la GPC para falla cardíaca en la IPS Cardiología Siglo XXI, analizando historias clínicas para identificar áreas de mejora.

Palabras clave: Adherencia, Auditoría en salud, Calidad en salud, Falla cardíaca, Guías de práctica clínica, tratamiento farmacológico.

Problema de Investigación

Las guías de práctica clínica (GPC) son documentos basados en evidencia que constituyen una herramienta fundamental para estandarizar y optimizar la toma de decisiones clínicas en salud, mejorando la calidad de la atención, disminuyendo errores y costos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades (Maya et al., 2021); sin embargo, no son manuales ya que estas pueden tener limitaciones para su aplicación relacionadas con el contexto local de la institución y los pacientes (Franco et al., 2020).

La adherencia a estas guías por parte de los profesionales de la salud no siempre es consistente, lo que puede estar relacionado con factores como la falta de formación continua a los trabajadores que van ingresando a la institución, limitaciones en la disponibilidad de los recursos necesarios, la resistencia al cambio en la práctica clínica especialmente por parte del personal con mayor experiencia, entre otras (Franco et al., 2020).

Lo anterior plantea una realidad en la cual la implementación de las GPC es diferente en cada una de las instituciones generando en muchos casos grandes variaciones en la atención de los pacientes. Esta problemática se ve reflejada en la prescripción de tratamientos inadecuados o insuficientes, falta de seguimiento a los pacientes y procesos de atención diferente y dependiente de la institución y del profesional tratante generando un impacto directo sobre la evolución clínica de los pacientes.

Esto implica consecuencias que abarcan diversos factores, entre ellos retrasos en la recuperación, recaídas, complicaciones y por lo tanto aumento de la morbimortalidad. Además, hay que tener en cuenta que todo esto conlleva a un mayor impacto económico sobre el sistema de salud debido a las intervenciones erradas y reingresos hospitalarios. (Rincón, 2023).

Según la literatura, sin importar lo que implica la realización e implementación de una guía de práctica clínica, se ha evidenciado unos bajos resultados a la adherencia a las mismas. Los estudios que han evaluado diferentes estrategias de implementación de estas guías entre los profesionales de la salud, dan como resultado que la propagación de materiales educativos es altamente inefectiva, debido a que los profesionales poco muestran interés en este tipo de información, mientras otras estrategias como la auditoría, la retroalimentación de los resultados obtenidos, los programas o actividades con intervenciones múltiples, evidenciaron ser más efectivos. Por tal motivo la auditoría y retroalimentación muestran ser una estrategia clave para promover la adherencia a las recomendaciones de las guías de práctica clínica que podría garantizar una atención más uniforme y de alta calidad, mejorando los resultados en salud para los pacientes y optimizando los recursos disponibles (Velandia et al., 2018).

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario realizar un continuo seguimiento al cumplimiento y adherencia a las recomendaciones establecidas en la GPC. El presente estudio de investigación se enfocará específicamente en la adherencia a la guía de práctica clínica para falla cardíaca, ítem tratamiento farmacológico; emitida en el año 2021 por la Sociedad Europea que fue adoptada por la institución Cardiología Siglo XXI por acta No 7 del 1 de octubre de 2020 por medio de la cual se adoptan las guías de práctica clínica y fue revisada y actualizada por medio del acta No 02 de 2023 y que hace parte de las 10 primeras causas de morbilidad descritas por la IPS.

Objetivo general

Identificar el grado de adherencia a las recomendaciones IA de la guía de práctica clínica para falla cardiaca adoptada por los profesionales de la IPS Cardiología Siglo XXI, considerando las variables que influyen en el manejo integral del paciente; durante el periodo de junio a diciembre de 2023.

Objetivos específicos

1. Desarrollar y validar un instrumento de auditoría que evalúe la adherencia a la guía de práctica clínica sobre falla cardiaca.
2. Realizar una auditoría sistemática de las historias clínicas seleccionadas, aplicando el instrumento validado para recolectar la información sobre el cumplimiento de las recomendaciones consignadas en la guía.
3. Proponer recomendaciones de mejora basadas en los resultados de la auditoría realizada de las historias clínicas que permitan fortalecer la adherencia a la guía.

Justificación

Teniendo en cuenta la literatura, la falla cardíaca representa la etapa final común de muchas afecciones del corazón, con la particularidad de presentarse con numerosas formas clínicas, diversos fenotipos y acompañada de una multiplicidad de condiciones asociadas, con el consiguiente deterioro de la calidad de vida, que la posicionan como una condición de alta complejidad para el diagnóstico y manejo. (McDonagh et al., 2021).

Los estudios complementarios son útiles en la clasificación y el seguimiento de pacientes con diagnóstico de falla cardíaca, además son considerados como predictores de pronóstico e indicación de pertinencia de otras intervenciones adicionales o modificación del manejo actual. (Sánchez et al. 2018). Así mismo, conocer la clase funcional del paciente se considera un factor fundamente el manejo integral del paciente, según un estudio realizado por los autores (Castro et al. 2013) esta patología tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, afectando no solo el funcionamiento físico, sino además el psicosocial, condición que se agrava a medida que aumenta la clase funcional.

Según un estudio de la revista colombiana de Cardiología, la etiología más prevalente de la falla cardíaca, corresponde a la cardiopatía isquémica, que se presenta como la causa primaria en la mayoría de los casos; esta se define como la reducción del flujo sanguíneo, debido a la presencia de obstrucciones en las arterias coronarias, la segunda etiología más frecuente es la hipertensiva, la cual se debe a una sobrecarga de presión que induce cambios estructurales y funcionales en el miocardio; en cuanto a los signos y síntomas de descompensación clínica en los pacientes con falla cardíaca, el signo más representativo y más común es la disnea de esfuerzo, que está relacionado a la congestión pulmonar secundaria, a causa del llenado del ventrículo izquierdo; el segundo síntoma más prevalente es el edema de los miembros inferiores, que se presenta como resultado de la retención de líquidos y el aumento de las presiones venosas

sistémicas, reflejando un fallo en el manejo del volumen intravascular y la sobrecarga de volumen circulante. (Gómez et al., 2021).

Un enfoque integral para el manejo de la falla cardiaca incluye múltiples factores, más allá del tratamiento farmacológico; esto debido a la particularidad en su complejidad. (Gómez et al., 2021). Es por tal motivo, que se hace indispensable incluirlas en el instrumento y auditar estas variables de la guía de manejo de falla cardiaca en las historias clínicas, con el fin de realizar un abordaje integral y efectivo del paciente.

Una de las variables que se tienen en cuenta es el tratamiento no farmacológico, que incluye recomendaciones sobre la dieta, actividad física, consumo de alcohol, cigarrillos, y vacunación de acuerdo al curso de vida. Las guías recomiendan que los pacientes tengan un estilo de vida saludable, ya que esto disminuye el riesgo del empeoramiento de la enfermedad, y por consiguiente evitar el aumento de las hospitalizaciones. (Gómez et al., 2021).

La educación y el seguimiento de los pacientes es otro pilar fundamental para garantizar por parte de ellos la adherencia al manejo de su enfermedad y realizar un adecuado reconocimiento de signos y síntomas de alarma. Esto se logra mediante la educación continua a los pacientes y familiares para garantizar que acudan de manera oportuna a los servicios médicos y evitar un desenlace negativo. Varios estudios han demostrado que un tratamiento multidisciplinario que integra variables no farmacológicas, como las que se mencionaron anteriormente, tiene un impacto positivo en el manejo integral de pacientes con falla cardiaca. (Whellan et al., 2007).

Por otro lado, la falla cardiaca es un importante problema de salud pública debido su alta prevalencia, su morbimortalidad y los costos de la atención en salud que genera. En 2016, 5.7 millones de personas mayores de 20 años tenían FC en los Estados Unidos de América, y según

las predicciones su prevalencia aumentará en un 23% para el año 2030. En Latinoamérica, la incidencia poblacional de FC es de 199/100.000 personas-año, con una prevalencia del 1% (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0.1-2.7), unas tasas de rehospitalización a los 3, 6, 12 y 24-60 meses del 33%, el 28%, el 31% y el 35%, respectivamente, una mortalidad intrahospitalaria del 11.7% (IC95%: 10.4 -13.0) y una mortalidad anual del 24.5% (IC95%: 19.4-30.0%)⁴. En Colombia, la prevalencia de FC estimada es del 2.3%, afectando aproximadamente a 1,097,201 personas (Gómez et al., 2021).

En el contexto de salud pública para el departamento del Tolima y la ciudad de Ibagué, no se dispone de cifras específicas que detallen la prevalencia y mortalidad directamente atribuibles a falla cardiaca. Sin embargo, se cuenta con datos relacionados para la enfermedad isquémica del corazón la cual es considerada como uno de los principales factores determinantes en el desarrollo de la falla cardiaca. Los datos disponibles ofrecen un marco importante para entender la magnitud del problema y la necesidad de implementar estrategias eficaces de prevención y manejo de esta enfermedad en la población local.

Según el Análisis de situación de salud – ASIS participativo: Departamento del Tolima 2023 (Gobernación del Tolima, 2023) entre 2007 y 2022, en el Departamento del Tolima, las enfermedades isquémicas del corazón fueron la principal causa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio tanto en hombres como en mujeres. En los hombres, la tasa promedio de mortalidad fue de 139,22 por cada 100.000 habitantes, mostrando variaciones a lo largo del período estudiado. Por otro lado, en las mujeres, esta tasa promedió 97,08 por cada 100.000 habitantes, también presentando un comportamiento variable durante el mismo intervalo de tiempo.

En la institución Cardiología Siglo XXI, esta patología se encuentra dentro de las diez primeras causas de morbilidad. En el año 2019 se atendieron 957 casos, en el año 2020 la cifra de pacientes con esta patología fue de 527, en el 2021 se atendieron 528 casos, durante el año 2022 fueron 373, en el año 2023 fueron 426 casos y en lo corrido del presente año se han atendido 309 pacientes diagnosticados con falla cardiaca. (Cardiología Siglo XXI, 2024) Desde el año 2020, cuando se realizó la adopción de la guía, en la institución se realiza de manera mensual una auditoría interna mediante una lista de chequeo diseñada para medir la adherencia a la misma; sin embargo, estos hallazgos no son socializados con los trabajadores y no existen planes de mejoramiento afines al tema a pesar de que se desarrolla en el marco del comité de calidad y de historias clínicas institucionales.

Identificar los aspectos más relevantes que constituyen una barrera o un facilitador a la hora de aplicar la guía de práctica clínica en un contexto de consulta externa especializada, es fundamental no solo para mejorar la calidad en la atención de los pacientes con esta patología en la institución objeto de este estudio, sino que además puede considerarse como una oportunidad para visualizar el panorama general de instituciones que brindan servicios similares en nuestra región.

Los hallazgos del presente estudio permitirán el planteamiento de iniciativas concretas y aplicables a la institución, con el fin de mejorar la calidad de la aplicación de cada uno de los criterios planteados en la guía; generando de esta manera un impacto positivo en el proceso de salud de los pacientes al recibir el manejo con mayor grado de evidencia científica disponible, disminuyendo complicaciones y hospitalizaciones por descompensación, reduciendo no solo la carga económica que conlleva estas situaciones para el

sector salud, el paciente y su entorno, sin dejar a un lado la carga psicoemocional para el paciente y su familia.

Finalmente, el presente estudio brinda la posibilidad de mejorar la herramienta de evaluación institucional para medir con mayor precisión la adherencia a la guía proporcionando un modelo replicable para futuras investigaciones en diferentes contextos clínicos.

Marco Teórico

Falla cardiaca: Como lo define los autores (Gómez et al., 2019) La falla cardiaca está determinada también por los diferentes estadios en los cuales aparecen los signos y síntomas (estadios ACC/AHA). Sin embargo, hay que tener en cuenta que en etapas iniciales el paciente puede estar asintomático, pero poseer cambios estructurales o anormalidades en el funcionamiento cardíaco (disfunción sistólica asintomática). Según la literatura se reconocen cuatro etapas o estadios en falla cardiaca: estadio A (factores de riesgo para padecer falla cardiaca), estadio B (alteración estructural y/o funcional asintomática), estadio C (puede presentarse una o las dos alteración estructural - funcional sintomática), y estadio D (paciente refractario al tratamiento instaurado). Así mismo, el autor refiere que es crucial determinar la etiología (valvular, isquémica, hipertensiva, inflamatoria...) para poder iniciar un tratamiento específico y modificar el pronóstico de la enfermedad. (Gómez et al., 2019).

En el tratamiento de la falla cardíaca, las guías recomiendan comenzar con la terapia fundacional utilizando los "cuatro fantásticos", que son medicamentos con la mayor evidencia científica para reducir la mortalidad y las hospitalizaciones. Estos medicamentos tienen la máxima recomendación y un nivel de evidencia IA. (Karlo Urrea, n.d.).

Los 4 pilares fundamentales para tratamiento de falla cardiaca son los siguientes:

Inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisina (ARNI) sacubitrilo/valsartan, betabloqueadores como el carvedilol, bisoprolol, metoprolol succinato, nebivolol. Antagonistas del receptor de mineralocorticoides ARM tales como la eplerenona, espironolactona y vericiguat; inhibidores del cotransportador de sodio glucosa tipo 2 iSGLT2 tales como la dapaglifozina, empaglifozina, canaglifozina y ertuglifozina, (Karlo Urrea, n.d.).

El estudio de los siguientes autores (Herrera et al, 2023) proporciona una evaluación detallada de cómo los tratamientos farmacológicos óptimos para la insuficiencia cardíaca se correlacionan con la supervivencia de los pacientes. Los hallazgos encontrados en el estudio, refuerzan la importancia de seguir las guías de tratamiento y de mantener un enfoque basado en evidencia para mejorar los resultados en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Otro estudio como el que refiere (Gómez y Fuentes, 2021) pueden haber detallado tratamientos específicos según el tipo y la severidad de la insuficiencia cardíaca, como el manejo con medicamentos, dispositivos de asistencia ventricular, o intervenciones quirúrgicas. Esto es fundamental para personalizar el tratamiento en función de las necesidades del paciente.

Adherencia a las GPC: Por las guías de práctica clínica se interesan muchas personas, desde los médicos que quieren llevar a la práctica lo que ellos consideran que sea mejor para sus pacientes, hasta los sectores políticos, que son los responsables de la economía de la sociedad. (Rincón, 2023).

La adherencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC) ha sido ampliamente estudiada en los últimos años debido a su gran impacto en los resultados de salud de los pacientes. Estudios recientes han resaltado la importancia de seguir las recomendaciones establecidas en las guías con el fin de optimizar el tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Teniendo en

cuenta que estos documentos son herramientas específicamente creadas como un directriz a seguir en el manejo de condiciones de salud específicas y están basadas en la mejor evidencia disponible; su correcta aplicación ha mostrado mejoras significativas en los resultados clínicos, reducción de Re hospitalizaciones y mortalidad (Catalano & De Vito, 2021; Cruz-Cuevas et al., 2023).

Según (Muñoz et al., 2018): A pesar del gran esfuerzo que requiere desarrollar guías de práctica clínica, estudios muestran una baja adherencia a estas, tanto en condiciones crónicas como agudas. Se ha comprobado que la distribución pasiva de materiales educativos es ineficaz para mejorar la adherencia. Sin embargo, estrategias como la auditoría y retroalimentación de resultados, a partir de historias clínicas y programas con intervenciones múltiples dirigidos a los profesionales de la salud resultan ser más efectivas.

La necesidad de contar con herramientas de medición en el ámbito de la salud en la práctica clínica y en la investigación, se hace cada día más evidente. Por tal razón y para asegurar que dichas mediciones sean confiables es fundamental que los instrumentos pasen por un proceso previo de validación. Este proceso implica adaptar culturalmente un instrumento al contexto en el que se va a utilizar y verificar sus características psicométricas, como la fiabilidad, validez, sensibilidad y viabilidad; de lo contrario si no se encuentran instrumentos previamente desarrollados el mismo debe ser creado. Además, la metodología para validar un instrumento es poco conocida entre los profesionales de la salud, lo que lleva a un uso inapropiado de herramientas que solo han sido adaptadas o validadas de manera inconsistente, (Carvajal et al.,2011).

En la actualidad, no se dispone de una guía estandarizada para la validación de medidas en salud. No obstante, se emplean criterios provenientes de las ciencias psicológicas y

educativas. La metodología de validación de un instrumento varía dependiendo de su tipo y propósito. Aquellos instrumentos destinados a recopilar información fáctica, que se relaciona con las acciones realizadas por los individuos, requieren una verificación de la validez del contenido por parte de expertos. Por otro lado, los instrumentos de medición cuantitativa, que buscan evaluar la relevancia de una variable, necesitarán una validación del contenido que incluya un análisis del concepto expresado en la variable en cuestión. (Carvajal et al., 2011).

En este contexto, los grupos de investigación ISTAR y enfermedades crónicas del adulto de la Pontificia Universidad Javeriana y el Hospital Universitario San Ignacio desarrollaron EXEMED®, una herramienta informática que registra las recomendaciones de las guías de práctica clínica y evalúa su cumplimiento de manera semi-automático, utilizando información de las historias clínicas. La herramienta EXEMED ha sido detallada en publicaciones anteriores.

Es una herramienta que permite transformar las recomendaciones de guías de práctica clínica en condicionales que pueden ser procesadas por un sistema informático. Un condicional se compone de un antecedente y un consecuente. El antecedente define el grupo de pacientes sobre los cuales debe aplicarse una recomendación, delimitando la muestra según características como el momento de atención, diagnósticos, procedimientos, factores de riesgo o antecedentes.

El consecuente representa la misma recomendación. Por ejemplo, en las guías de práctica clínica para falla cardíaca del Hospital Universitario San Ignacio, el antecedente son los pacientes con dicho diagnóstico en la historia clínica y datos de alta para manejo ambulatorio, mientras que el consecuente sería que al egreso estén recibiendo tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de angiotensina 2 (ARA). (Muñoz et al., 2018)

Se puede concluir que a pesar de la efectividad que demostró la herramienta EXEMED para evaluar la adherencia a las GPC para pacientes de falla cardiaca en el hospital San Ignacio, se hace evidente que es necesario realizar estudios adicionales para poder determinar aplicabilidad de la herramienta en otras instituciones, y si puede ser utilizada en la auditoria de otras patologías.

Importancia de la Adherencia a las GPC: Como se mencionó anteriormente, el cumplimiento de las guías se asocia con una reducción de la mortalidad y las tasas de reingreso hospitalario, lo cual denota la importancia de seguir estas recomendaciones para optimizar el tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes (Vásquez et al., 2021; Hernández y Gómez, 2020).

Sin embargo, a pesar de estas grandes ventajas, todavía existen serios desafíos para lograr el cumplimiento total de lo indicado en las guías, especialmente en entornos con recursos limitados, lo que subraya la necesidad de realizar más investigaciones para identificar barreras y promover la implementación efectiva de estas directrices (Diéguez et al., 2021; Maya-Hernández et al., 2021)

Desafíos en la adherencia: En nuestro contexto actual el uso eficaz de las GPC enfrenta varios desafíos. Estas incluyen barreras personales como el conocimiento y la familiaridad con las directrices planteadas en las guías (Diéguez et al., 2021), barreras organizativas relacionadas con la disponibilidad de recursos de la institución (Maya et al., 2021) y barreras relacionadas con las características individuales de los pacientes y sus comorbilidades (Franco et al., 2020), factores que limitan la capacidad de cumplir plenamente con las recomendaciones.

En el contexto institucional de Cardiología Siglo XXI la adherencia a la guía de falla cardiaca emitida por la sociedad española de cardiología en el año 2021 la cual fue adoptada mas

no adaptada, constituye un reto dado que el contexto de la institución y de la población objeto, presenta variaciones respecto a factores de riesgo, situación socioeconómica, demográfica y patrones epidemiológicos. Sin embargo, es primordial para la institución la adherencia a la guía con el fin de brindar a los pacientes una atención basada en la evidencia científica que garantice la disminución de la morbimortalidad y el uso racional de los recursos institucionales y del sistema de salud.

En conclusión, la investigación sobre el cumplimiento de las GPC en la insuficiencia cardíaca es importante para identificar áreas de mejora en la práctica clínica y superar las barreras para el cumplimiento total por parte de los profesionales. Estos estudios proporcionan una base sólida para comprender los problemas y resaltan la importancia de seguir pautas para mejorar los resultados clínicos en el sitio del estudio.

Marco conceptual

Adherencia: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la “adherencia terapéutica” como “el grado en que el comportamiento de un paciente se ajusta a las recomendaciones establecidas por un proveedor de atención médica, en cuanto a la administración de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida”. Evaluación de la adherencia: Una evaluación precisa de la adherencia es crucial para diseñar tratamientos que sean tanto efectivos como eficientes. Asimismo, cualquier ajuste en las recomendaciones, medicamentos o métodos en la comunicación para mejorar la participación de los pacientes, debe basarse en una medición que sea válida y confiable, aunque actualmente no se cuenta con una medición exacta de la adherencia a los protocolos.

Auditoría: Según el (Ministerio de Salud y Protección Social), una auditoría en salud es un proceso continuo para evaluar y mejorar la calidad de la atención médica. Consiste en un monitoreo por expertos que verifica si la institución, su personal y sus procesos cumplen con los estándares de calidad establecidos. Las auditorías realizan evaluaciones y acciones preventivas, implementando medidas correctivas para mejorar la calidad en la atención y asegurar el cumplimiento con el SOGCS, se considera una herramienta clave para abordar problemas y necesidades en el sector salud.

Calidad en salud: Según la (Organización Mundial de la Salud), la calidad de la atención se refiere al nivel en que los servicios de salud contribuyen a lograr resultados de salud deseados para individuos y comunidades. Está fundamentada en conocimientos profesionales basados en evidencia y es esencial para alcanzar la cobertura sanitaria universal. Aunque la atención sanitaria de calidad puede definirse de diversas formas, hay un creciente consenso en que los servicios de salud de alta calidad deben cumplir con ciertos criterios:

- Eficaces: Basados en evidencia y proporcionados a quienes los necesitan.
- Seguros: Evitar daños a los pacientes.
- Centrados en las personas: Adaptados a las preferencias y necesidades individuales.
- Oportunos: Reducir tiempos de espera y retrasos.
- Equitativos: Ofrecer atención consistente sin importar género, etnia, ubicación o situación socioeconómica.
- Integrados: Disponibles a lo largo de toda la vida.
- Eficientes: Maximizar el uso de recursos y evitar desperdicios.

Falla cardíaca: Según el consenso colombiano, es un síndrome clínico caracterizado por una reducción en el gasto cardíaco y un aumento en las presiones dentro del corazón, lo que provoca congestión e hipoperfusión sistémica. Esto significa que el corazón no puede enviar suficientes nutrientes a los órganos. Clínicamente, se manifiesta con dificultad respiratoria, fatiga, ingurgitación yugular, estertores pulmonares y edema en las piernas, entre otros síntomas.

Marco Legal

(Resolución No. 3100, 2019) “la cual definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación”, según estándar de procesos prioritarios refiere que los prestadores de servicios de salud deben documentar sus procedimientos, capacitar al personal y mantener prácticas basadas en la evidencia científica, para asegurar y garantizar una atención médica de calidad al paciente.

(Decreto No.1011, 2006) “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.” en el título IV, Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la atención de Salud, artículo 32. El Artículo hace énfasis en la necesidad del mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud, basados en guías y normas que permitan mantener estándares de calidad esperados.

(Ley No.1438, 2011) "Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones". En el capítulo V, con título: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, define en sus artículos la importancia de la calidad en la evidencia científica, lo que significa la creación, revisión y actualización de guía y protocolos para garantizar que la atención sea de alta calidad, segura y eficiente.

(Ley No.1751, 2015) “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Resalta la importancia en los elementos y principios del derecho

fundamental a la salud, incluir elementos esenciales como la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional, esto implica un compromiso continuo con la formación, la evaluación de la calidad y la adaptación de los servicios a las mejores prácticas y evidencias científicas disponibles.

(Resolución No. 1445, 2006“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”. Definir claramente los estándares de calidad, llevar a cabo auditorías detalladas donde se compare la calidad observada y la calidad esperada, e implementar mejoras teniendo en cuenta los hallazgos, se obtendrán atenciones seguras, efectivas basadas en evidencias científicas disponibles.

Cabe mencionar que los criterios del Estándar 43 (AsEJ3) “contexto Normativo” en el Manual de Acreditación son fundamentales para garantizar que la atención en salud sea consistente con los estándares basados en la mejor evidencia disponible. La evaluación interna, el cumplimiento de guías, la auditoría de calidad, y la prestación oportuna y efectiva de servicios de apoyo son componentes clave para asegurar una atención de alta calidad y segura. Estos criterios proporcionan una guía clara para la mejora continua de la atención y la garantía de que se cumplan los estándares de calidad en todos los aspectos del cuidado del paciente.

Marco Institucional Cardiología Siglo XXI

Historia: Cardiología siglo XXI nace en el año 2013 como respuesta a la necesidad de la atención integral de pacientes en el área cardiovascular en la ciudad de Ibagué, haciendo énfasis en la prevención y promoción de la salud y en la implementación de estrategias encaminadas a identificar los factores de riesgo cardiovascular modificables en todos nuestros usuarios y de esta manera diseñar programas tendientes a disminuir estos factores.

Ubicación: Cardiología Siglo XX cuenta con 3 sedes ubicadas en el departamento del Tolima y 1 sede en el departamento de Cundinamarca:

- Sede Ibagué: Calle 35 No 4B-35 Barrio Cádiz
- Sede Honda: Centro Médico Altos del Rosario
- Sede Espinal: Carrera 5 No 11 – 87
- Sede Girardot: Calle 30 barrio Blanco

Misión: Somos una IPS ambulatoria, que brinda atención especializada a usuarios en el área cardiovascular haciendo énfasis en prevención, diagnóstico, tratamiento médico y rehabilitación; con el fin de mejorar la calidad de vida de nuestra población.

Visión: Ser una organización capaz de flexibilizar sus procesos para ir alineada con los cambios en el entorno y el sector salud prestando sus servicios desde una perspectiva de calidad, accesibilidad, atención humanizada, y oportuna para lograr la satisfacción y preferencia de los usuarios en cada una de sus sedes, así como la sostenibilidad financiera y eficiencia administrativa.

Objetivos de calidad

Objetivos estratégicos

- Fortalecer la gestión comercial con el Desarrollo de un portafolio de productos especializados para la atención y el cuidado del paciente
- Diseñar e implementar un sistema de gestión de calidad que permita tener un

proceso de mejoramiento continuo, orientado a la satisfacción del usuario, que impacten positivamente en la oportunidad, accesibilidad, seguridad del paciente y humanización de la atención.

- Identificar oportunidad y viabilidad de apertura de Unidades Estratégicas de negocio y generación de programas especiales Integrales
- Mejorar el nivel de las competencias del talento humano generando sentido de pertenencia y productividad institucional.
- Garantizar la sostenibilidad financiera, solidez y eficiencia administrativa.

Valores corporativos

- Calidad: Trabajamos por nuestros usuarios y sus familias, prestando servicios de salud accesibles, oportunos, pertinentes y continuos.

Amor: Funcionamos bajo el horizonte de la humanización en la prestación de cada servicio que ofrecemos.

- Respeto: Profesamos el respeto, reconociendo la diferencia de cada ser humano, observando el cumplimiento de deberes y derechos, dentro de un ambiente de mejoramiento continuo.

- Ética: Trabajamos con el comportamiento moral necesario para que nuestros usuarios se sientan bien atendidos.

Compromiso: Actuamos de manera coherente con la aplicación de la normativa vigente y enfocados con la responsabilidad social.

Segmento poblacional: Nuestra institución atiende una población diversa en términos de edades, abarcando desde recién nacidos hasta personas de edad avanzada. Entre los grupos poblacionales destacan los adultos mayores de 60 años, quienes suelen presentar patologías

como falla cardiaca, cardiomiopatías isquémicas, hipertensivas y valvulares, entre otras y población pediátrica quienes principalmente presentan cardiopatías congénitas.

Metodología

Tipo de estudio

El presente estudio se realizará teniendo en cuenta un enfoque cuantitativo de tipo no experimental, su alcance es de tipo descriptivo, con cohorte retrospectiva para la caracterización de la población y el análisis de los datos obtenidos en la verificación de las historias clínicas, para evaluar y describir el nivel de adherencia en la aplicación por parte de los profesionales de la guía de práctica clínica de falla cardiaca adoptada por la institución.

Definición de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES
Examen físico	Parámetros fisiológicos medidos de manera rutinaria para evaluar el estado clínico del paciente.	Se verificará mediante la aplicación del instrumento y la revisión de historias clínicas	Presión Arterial Sistólica y diastólica
			Peso
			Talla
			Frecuencia Cardiaca
Signos	Son las manifestaciones clínicas que presenta el paciente secundarias a la disfunción cardíaca.	Se verificará mediante la aplicación del instrumento y la revisión de historias clínicas	Disnea
			Ortopnea
			Disnea paroxística nocturna
			Dolor torácico

			Palpitaciones
Síntomas	Son las manifestaciones físicas que presenta el paciente secundarias a la disfunción cardíaca	Se verificará mediante la aplicación del instrumento y la revisión de historias clínicas	Edema en miembros inferiores
			Disnea paroxística nocturna
			Reflujo hepato yugular
			Estertores
			Tercer ruido cardíaco (ritmo galopante)
Signos de alarma	Signos sugestivos de deterioro del gasto cardíaco y/o sobrecarga de volumen, producto de una alteración anatómica, estructural o funcional miocárdica que altera el llenado o el vaciamiento ventricular e impide satisfacer adecuadamente las demandas metabólicas del organismo.	Se verificará mediante la aplicación del instrumento y la revisión de historias clínicas	Aumento de la fatiga o empeoramiento de la tos.
			Aumento de la hinchazón en los miembros inferiores, de forma rápida y en pocos días; o aumento de más de dos kilos de peso en una semana.
			Palpitaciones fuertes en el cuello o pecho.
			Pérdida del conocimiento o desmayo.
Tratamiento no Farmacológico	Durante la consulta médica, se dan indicaciones y recomendaciones que apoyan al tratamiento farmacológico, para	Se verificará mediante la aplicación del instrumento y la revisión de historias clínicas, si el profesional a cargo	Actividad física regular.
			Dieta saludable.
			Abstinencia en consumo de alcohol y cigarrillo.

	mejorar el estilo de vida de la persona, reducir los síntomas, y disminuir la progresión de la enfermedad, obteniendo un manejo integral.	del paciente, está brindando información acerca del tratamiento no farmacológico, que hace parte del manejo integral de falla cardíaca según la guía.	Vacunación
Estudios complementarios	Pruebas diagnósticas recomendadas para los pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de insuficiencia cardíaca crónica.	Se verificará mediante la aplicación del instrumento y la revisión de historias clínicas para identificar si los pacientes cuentan con estudios recomendados o se solicitaron en la consulta.	BNP/NT-proBNPc (últimos 6 meses)
			Ecocardiografía transtorácica (en el último año)
			Cinemática del hierro (últimos 6 meses)
			Perfil Tiroideo (últimos 6 meses)
			Pruebas de función renal (últimos 6 meses)
			Pruebas de función tiroidea (últimos 6 meses)
			Perfil Glucémico (últimos 6 meses)
Etiología de falla cardíaca	Causa por las cuales el corazón sufre daños ya sean estos estructurales o funcionales.	Se verificará mediante la aplicación del instrumento y la revisión de historias clínicas.	Chagásica
			Congénita
			Alcohólica
			Desconocida/Idiopática.
			Genética
			Hipertensiva

			Isquémica
			Metabólica
			Periparto
			Quimioterapia
			Taquicardiomiopatía
			Tóxicos
			Valvular
			Viral
			Hipertrófica
			Infiltrativa
			Otra
Tratamiento Farmacológico	Prescripción de los medicamentos fundacionales recomendados por la GPC para el manejo de la falla cardiaca.	Se verificará mediante la aplicación del instrumento y la revisión de historias clínicas para identificar si los pacientes recibieron los medicamentos recomendados por la guía o si existe justificación en la historia para su no indicación.	Inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisina (ARNI)
			Betabloqueadores
			Antagonistas del receptor de mineralocorticoides (ARM)
			Inhibidores del cotransportador de sodio glucosa tipo 2 (iSGLT2).
			Otros fármacos complementarios
Clase funcional	Sistema de clasificación funcional de la New York Heart	Se verificará mediante la aplicación del instrumento y la	Clase NYHA I: Sin limitación de la actividad física. La actividad física

	Association basada en la gravedad de los síntomas y la actividad física que pueden realizar los pacientes con falla cardiaca.	revisión de historias clínicas para determinar si está definida en la evolución.	ordinaria no causa problemas indebidos de disnea, fatiga o palpitaciones.
			Clase NYHA II: Leve limitación de la actividad física. Se siente cómodo en reposo, pero una actividad física ordinaria produce disnea, fatiga o palpitaciones.
			Clase NYHA III: Marcada limitación de la actividad física. Ausencia de malestar en reposo, pero cualquier actividad física produce disnea, fatiga o palpitaciones.
			Clase NYHA IV: Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin malestar. Puede haber síntomas en reposo. Si se lleva a cabo cualquier actividad física, aumenta la sensación de malestar

Población y muestra.

La población de estudio son pacientes mayores de 18 años, diagnosticados con falla cardiaca crónica, con una FEVI reducida <40%, atendidos en la IPS Cardiología del Siglo XXI, en el periodo comprendido entre junio y diciembre del año 2023.

El lugar de investigación es una IPS llamada Cardiología del Siglo XXI, especializada en patologías cardiacas, con sedes en 4 municipios entre el departamento del Tolima y Cundinamarca. Prestando los servicios en prevención y promoción de la salud y en la implementación de estrategias encaminadas a identificar los factores de riesgo cardiovascular

modificables en todos los usuarios y de esta manera diseñar programas tendientes a disminuir estos factores.

Durante el semestre B del 2023, la IPS Cardiología del Siglo XXI atendió aproximadamente 213 pacientes, la mayoría son fijos.

Muestra

En esta investigación se realizará una muestra dirigida considerando los pacientes atendidos entre junio y diciembre del año 2023 en la IPS Cardiología del Siglo XXI que fueron 213 personas, de esta población se realizó un muestreo aleatorio simple, realizado por medio de “calculadora de muestreo simple - Eduardo Vásquez” donde nos calcula que la muestra serían 137 pacientes, este tamaño de muestra es suficiente para alcanzar un nivel de confianza de 95%; donde vamos a identificar fallas en el desarrollo de la Guía de práctica clínica, durante la consulta médica; estos datos los vamos a obtener por medio de la auditoría de historias clínicas con base a un instrumento.

Selección de métodos o instrumentos para recolección de información

(Carvajal et al. 2011). Los autores refieren :“Para utilizar con garantía un cuestionario es necesario comprobar que es lo que mide apropiadamente y de modo constante en las mismas circunstancias, que es sensible a los cambios de la situación clínica y que en la práctica no presenta dificultades de aplicación. Toda esta comprobación de sus características, es lo que se llama proceso de validación” .

El proceso de validación implica adaptar culturalmente el instrumento, lo que en muchas ocasiones significa traducirlo y ajustar su contenido, para que mantenga el mismo sentido y sea

útil en el nuevo contexto. Después se revisan sus propiedades psicométricas, como la fiabilidad que mida de forma consistente, la validez que busca que realmente se mida lo que hay que medir, y la sensibilidad que se puedan detectar cambios, y la factibilidad habla de que sea fácil usarlo en la práctica. Carvajal et al. (2011).

Para la recolección de datos se utilizará un instrumento desarrollado por el grupo investigador. Fue validado a través de la aplicación del coeficiente V DE AIKEN, que nos permitirá obtener datos precisos y fiables del análisis de las historias clínicas; además de garantizar que lo que se va a medir sea pertinente en el contexto específico del estudio.

Por medio de este instructivo, se extraerá la información para evaluar la adherencia por parte de los profesionales de la IPS a las recomendaciones de la GPC para falla cardíaca adoptada, específicamente su componente de manejo farmacológico con recomendación I y nivel de evidencia A. Se auditarán historias clínicas de pacientes diagnosticados con falla cardíaca crónica, con una FEVI disminuida menor de 40% que fueron atendidos entre junio y diciembre del año 2023.

La información obtenida a través del instrumento será analizada y tabulada a través de Microsoft Excel lo cual permitirá obtener análisis estadísticos descriptivos, además se incluirá el cálculo de variables de tendencia central, de dispersión, así como la elaboración de tablas y gráficos que permitirán obtener un panorama más específico de la población.

Técnicas de análisis de datos

En este estudio de metodología cuantitativa, de enfoque descriptivo, se recolectarán datos a través de la auditoría de historias clínicas, donde se evaluará la adherencia por parte de los profesionales de la IPS a las recomendaciones de la GPC para falla cardíaca,

específicamente su componente de manejo farmacológico con el fin de obtener información precisa de las variables que se han definido, sin dejar a un lado variables del tratamiento no farmacológico que complementan un tratamiento integral de la falla cardiaca.

1. Revisión detallada de la Guía de Falla Cardíaca: Lo primero que se hizo fue revisar la GPC, prestando especial atención a las recomendaciones farmacológicas, no farmacológicas, y a los criterios de diagnóstico y seguimiento.

2. Identificación de Dimensiones: A partir de la revisión de la GPC, identificamos las principales dimensiones a auditar. Además, se formularon preguntas específicas que permitan auditar de manera cuantitativa cada una de las dimensiones planteadas.

3. Elaboración del instrumento: Se utilizó la plataforma de Office Form para crear un formulario. Se emplearon dos tipos de preguntas: opción múltiple y tipo Likert. Esto con el fin de obtener respuestas claras y estandarizadas sobre cada dimensión.

4. Validación del Instrumento mediante el Formato V de Aiken: se solicitó la opinión de un grupo de expertos en cardiología, que incluyó cardiólogos, médicos generales y enfermeras con experiencia en el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca. Estos profesionales revisaron el instrumento para identificar si las preguntas eran claras, pertinentes y relevantes y por lo tanto cubrían adecuadamente todas las áreas de la GPC objeto de la auditoría.

Luego de la revisión inicial, el instrumento fue evaluado por dos jueces expertos en la materia, quienes realizaron una validación final.

5. Aplicación del instrumento: Se realizó una carta por parte de los investigadores, dirigidos a la Dirección Científica y Gerencia de la IPS Cardiología siglo XXI, solicitando acceso a las historias clínicas de los pacientes con falla cardiaca, registrados en el software de historias clínicas de la institución (Eoficlinic).

A través de la opción informes se generó un reporte de todos los pacientes que fueron atendidos en la institución entre el 01 de junio al 31 de diciembre de 2023 el cual se exportó a formato Excel. Luego se filtraron los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca y mediante la fórmula ALEATORIO.ENTRE() de Excel se seleccionaron las 137 historias a auditar. Una vez seleccionada la muestra se procedió a acceder a las historias clínicas individuales a través de la plataforma Eoficlinic las cuales fueron descargadas en formato digital para facilitar la auditoría. Participaron tres investigadores quienes se encargaron de revisar las historias clínicas de manera exhaustiva, distribuyendo de forma equitativa la totalidad de la muestra. Lo anterior aseguró una rigurosa verificación de la información mediante el instrumento previamente validado.

6. Recolección de datos: Se organizaron los datos obtenidos de tipo cuantitativo en una base de datos de Excel. Para el análisis descriptivo se aplicaron medidas de tendencia central, (como la media, mediana) y de dispersión, (como desviación estándar y rango) según fue el caso, todo esto para describir las características de la muestra y las variables seleccionadas.

Se elaboraron tablas y gráficos que facilitaron la comprensión de resultados, y se realizaron análisis adicionales para identificar las posibles asociaciones o patrones en los datos, con el fin de describir el comportamiento de las variables dentro de la población estudio.

Este análisis permitió tener una visión general y objetiva de los aspectos evaluados y auditados de las historias clínicas, lo que ayudó a identificar las fallas en los registros clínicos evaluados.

Consideraciones éticas.

Para llevar a cabo esta investigación, se tomó como base la declaración de Helsinki y las pautas establecidas por el consejo internacional de organizaciones de ciencias médicas, (CIOMS) las cuales ofrecen un marco ético esencial. Estos lineamientos subrayan la relevancia del consentimiento informado, la evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios, así como la protección de las partes.

En Colombia, la resolución 8430 de 1993, del ministerio de salud y protección social, es uno de los que regula las investigaciones en salud. Esta resolución pide que todos los estudios que involucren a seres humanos sean revisados y aprobados por un comité de ética en investigación, el cual debe evaluar la pertinencia científica y ética del proyecto.

El presente estudio se rige bajo el artículo 11 como una investigación de categoría sin riesgo, puesto que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectiva y no realiza ninguna intervención ni modificación intencionada de las variables estudiadas, el estudio se basó en la revisión de historias clínicas.

También se tuvo en cuenta el artículo 54 de la ley 23 de 1981 de Colombia por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Para la auditoria de las historias clínicas, se aseguró que los datos fueran manejados de forma aleatoria y sólo tuvieran acceso a la información, los investigadores. Finalmente, bajo el principio de justicia que debe guiar toda investigación, los resultados obtenidos buscan ser utilizados para mejorar las prácticas clínicas, los procesos y la calidad de la atención todo en beneficio de los pacientes.

Los resultados obtenidos, el análisis de los mismos y las conclusiones de la presente investigación son de uso exclusivo para los objetivos de la investigación, no se usó información para contactar a los pacientes ya que la información se tomó de las historias

clínicas condensadas por la institución, cabe resaltar que se realizó un documento dirigido hacia gerencia y coordinación científica de la institución, con el fin de poder acceder a dicha información.

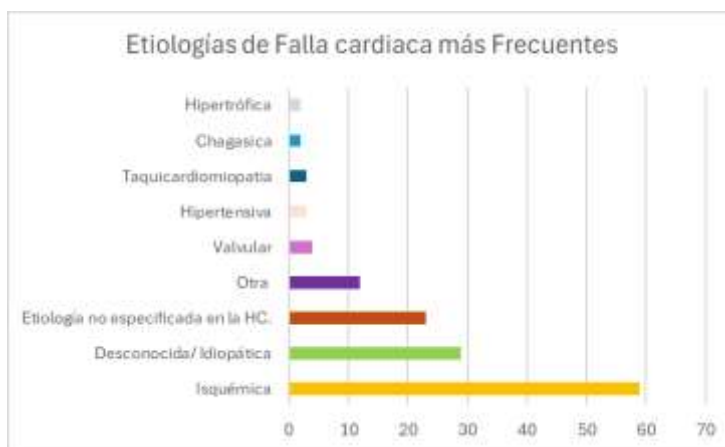
Análisis y discusión de resultados.

Los pacientes atendidos con diagnóstico de falla cardiaca, con una FEVI \leq al 40%, en la IPS cardiología Siglo XXI durante el periodo auditado (junio a diciembre de 2023) fueron 213. De ese total, se realizó una auditoría a una muestra de 137 historias clínicas con el fin de lograr un índice de confianza superior al 95% en los hallazgos del estudio.

Género: Se encontró que del total auditado, el 74.45% corresponde a hombres y el 24.82% a mujeres, lo que refleja una mayor proporción de pacientes masculinos con este tipo de diagnóstico.

Etiología de la falla cardiaca: La etiología más común es la isquémica, con un 43.07% de casos (59 pacientes), seguida de la idiopática (21.17%, 29 pacientes). Otras causas menos frecuentes son la valvular (2.92%), hipertensiva (2.19%), taquicardiomiopatía (2.19%) y chagásica (1.46%). Además, el 16.78% de los casos (23 historias) no especificaron la etiología. Según (Cubero et al., 2004) la importancia de identificar la causa subyacente de la falla cardiaca (FC) permite guiar a los profesionales para iniciar de manera temprana el tratamiento adecuado y de esta forma mejorar los resultados clínicos. Se mencionan las etiologías más comunes que incluyen la enfermedad isquémica, hipertensión y causas idiopáticas, lo cual se relaciona los hallazgos de la auditoría, donde la etiología isquémica fue

la más frecuente (43.07%), seguida de causas idiopáticas (21.17%). Además, destaca que la falta de especificación, presente en el 16.78% de los casos de este estudio, limita el tratamiento óptimo, resaltando la necesidad de una clasificación etiológica precisa.



Síntomas característicos de la falla cardíaca: De las historias clínicas auditadas, el síntoma más común fue la disnea, presente en el 62.7% de los pacientes, le siguió el dolor torácico (53%) y las palpitaciones (44%). Otros síntomas menos frecuentes fueron la disnea paroxística nocturna (14.2%) y la tos nocturna (6.1%)

Los síntomas de la IC en la mayoría de las veces no son específicos, por lo tanto, no ayudan a diferenciar entre la insuficiencia cardíaca y otras condiciones de salud. Por ejemplo, síntomas como ortopnea y disnea paroxística nocturna son pocos comunes en pacientes con síntomas más leves, por lo que no son sensibles. Estos síntomas y signos pueden ser especialmente difíciles de identificar e interpretar en pacientes obesos, personas de edad avanzada y paciente con EPOC. (Fernandez-Sanchez et al.,2023). En conjunto, estos síntomas son fundamentales para evaluar la gravedad y evolución de la insuficiencia cardíaca, y su monitoreo es crucial para un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Clase Funcional NYHA: Los resultados de la escala NYHA muestran que el 31% de los pacientes se clasificaron en NYHA I y el 29% en NYHA II, indicando una mayor proporción de pacientes con síntomas leves. Solo el 3.64% se clasificó en NYHA III, y no hubo pacientes en NYHA IV. Además, el 31.39% de las historias clínicas no especificaron la escala, y el 2.99% fue considerado no valorable. La clasificación funcional clase I: Hace referencia a las actividades físicas habituales sin limitaciones, clase II: Ligera limitación de la actividad física, clase III. Limitación marcada de la actividad física y la clase IV. Incapacidad de cualquier actividad física los síntomas están presentes incluso en reposo. (Fernandez-Sanchez et al., 2023). Las historias clínicas auditadas muestran una población significativa con una clasificación leve de la enfermedad lo que es positivo para un manejo adecuado y un diagnóstico temprano, cabe resaltar que se evidencia ausencia de la clasificación funcional en un 31.39% lo que puede dificultar la evaluación del progreso de la condición y la efectividad del tratamiento.

Signos de falla cardiaca: El registro de signos característicos de la falla cardíaca, la taquicardia (más de 120 latidos por minuto) se registró en solo el 25.4% de las historias, con un 74.6% sin este dato. El edema en miembros inferiores fue documentado en el 25.9%, mientras que el 74.1% no lo reportó. Los estertores aparecieron en el 23% de los casos, y el reflujo hepatoyugular solo en el 17%. Finalmente, el tercer ruido cardíaco se registró en el 24.6%, con un 75.4% sin información al respecto. En el artículo (Chairy et al.,2022) refiere la importancia de una evaluación exhaustiva y la documentación adecuada de los signos clínicos asociados a la falla cardiaca. Según nuestros hallazgos, la taquicardia se documentó en solo el 25.4% de las historias clínicas y otros signos como el edema, estertores y reflujo hepatoyugular tienen tasas de documentación aún más bajas (25.9%, 23% y 17%

respectivamente), se evidencia un claro desajuste con las recomendaciones que abogan por un enfoque proactivo en la identificación y registro de estos signos vitales. La falta de documentación en el 74.6% de los casos de taquicardia y otros signos clave sugiere que no se están siguiendo adecuadamente la guía adoptada por la institución, lo que podría afectar negativamente el diagnóstico y manejo de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

Examen físico en falla cardíaca: Según el registro de signos complementarios para el examen físico, se puede evidenciar que la presión arterial quedó registrada en un 94,1% del total de las historias clínicas, seguido por la frecuencia cardíaca documentada en un 91,9 %, el peso fue registrado en un 55,1%, y por último la talla fue documentada en un 48,1%. La adecuada documentación de signos en la falla cardíaca es esencial para un diagnóstico y tratamiento eficaces. La presión arterial y la frecuencia cardíaca son indicadores clave en el manejo de esta patología ya que pueden influir en el inicio o escalonamiento del manejo medicamentoso del paciente. Otros signos como edema en miembros inferiores se documentaron en un 25,9%, los estertores pulmonares en un 23% y el reflujo hepatoyugular (solo en el 17% de los casos) en el presente estudio limitan la comprensión de la severidad de la condición del paciente. La identificación precisa de estos signos es fundamental para evaluar el estado del paciente y guiar el manejo adecuado de la falla cardíaca. (Taylor et al., 2010)

Estudios complementarios recomendados para el diagnóstico y seguimiento de la falla cardíaca: El BNP/NT-proBNP fue solicitado o registrado en el 44.4% de las historias auditadas, mientras que el 55.6% no lo registró. El ECG de 12 derivaciones fue documentado en sólo el 22.6% de los casos. Por otro lado, la ecocardiografía transtorácica se destacó como el estudio más utilizado, con un 85.9% de registros. En cuanto a otros estudios, el perfil

lipídico fue revisado en el 58.1%, el ionograma en el 22.8%, y la cinemática del hierro en el 32.8%. El perfil tiroideo fue el menos registrado, con solo un 16.8%, mientras que las pruebas de función renal y el perfil glucémico se documentaron en el 41.9% y 53%, respectivamente.

En el artículo (Taylor et al., 2010) se enfatiza la importancia de combinar la evaluación clínica con estudios complementarios, como la medición de péptidos natriuréticos (BNP/NT-proBNP) y ecocardiografías, para un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado. Sin embargo, los hallazgos del estudio indican que el BNP/NT-proBNP se revisó solo en el 44.4% y el ECG de 12 derivaciones en el 22.6% de las historias, lo que refleja una subutilización de pruebas diagnósticas clave. A pesar de que la ecocardiografía se documentó en el 85.9% de los casos, la falta de registro de otros estudios, como el perfil lipídico (58.1%) y pruebas de función renal (41.9%), sugiere áreas de mejora en el manejo y seguimiento de pacientes con insuficiencia cardíaca.

Tratamiento farmacológico: Se observa que el 52.55% de los pacientes (72 casos) no recibieron inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). De estos, un 33.57% (46 casos) presentaron contraindicación o intolerancia documentada. La prescripción de enalapril fue de solo 14 casos (10.21%), y se reportaron 2 casos de captopril (1.45%) y 1 caso de trandolapril (0.72%), mientras que ramipril y lisinopril no se prescribieron. En cuanto a la medicación recomendada por la guía SES 2021, el 70.07% de las historias clínicas incluyeron Sacubitrilo-Valsartán, aunque el 22% no lo registró y el 8.02% tuvo contraindicación.

Prescripción de betabloqueadores: En cuanto a los betabloqueadores, el carvedilol es el más prescrito, con 63 casos (45.98%), seguido del bisoprolol (26 casos, 18.97%) y el succinato de metoprolol (20 casos, 14.59%). Un 16.05% de los pacientes no cuentan con medicamentos de

este grupo, y hay 6 casos (4.37%) donde se documentó contraindicación o intolerancia. Respecto a los antagonistas del receptor de mineralocorticoides (ARM), la espironolactona fue indicada en 96 casos (71%), mientras que la eplerenona se prescribió en 10 casos (7%). Un 4.4% de los pacientes presentó contraindicación documentada, y el 18% no recibió indicación de un ARM.

Para los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT2), la empagliflozina fue el fármaco más común, con 79 casos (57.7%), seguida de la dapagliflozina (28 casos, 20.4%). Sin embargo, un 16% de las historias no documentaron ninguna prescripción de ISGLT2, y en 7 casos (5.1%) no se realizó la prescripción por contraindicación.

Fármacos complementarios: Se puede observar que la mayoría de los pacientes (62.04%, 85 casos) no recibió ningún tratamiento adicional. Los medicamentos más prescritos fueron losartán (11 casos, 8.02%) y valsartán (6 casos, 4.37%). La ivabradina se prescribió en 5 casos (3.64%), mientras que la digoxina se documentó en 3 casos (2.18%). También se registró un caso de hidralazina con dinitrato de isosorbida (0.72%). No se encontraron registros de candesartán ni vericiguat.

El uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), medicamento (INRA), Betabloqueadores, antagonista del receptor de mineralocorticoides (ARM), inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT2) entre otros, su eficacia se basa en diferentes ensayos clínicos, la necesidad de personalizar el tratamiento según la fisiopatología del paciente es vital, ya que cada tipo de insuficiencia cardíaca requiere estrategias terapéuticas distintas para optimizar la atención, los objetivos del tratamiento, incluyen mejorar el estado clínico, la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente. Estos objetivos son fundamentales en el manejo de la Insuficiencia cardíaca, ya que la enfermedad puede tener un impacto significativo en la vida diaria del paciente. (Aguay et al,2019)

Recomendaciones de tratamiento no farmacológico: Se observó que la actividad física regular fue indicada en el 70.8% de los casos, y la dieta saludable en el 70.6%. Sin embargo, la recomendación de abstinencia de alcohol y tabaco fue documentada sólo en el 2.9%, y la vacunación apenas se mencionó en el 0.7% de las historias

La actividad física regular es esencial para los pacientes con falla cardíaca, ya que mejora su calidad de vida y disminuye las hospitalizaciones. Los programas de ejercicio estructurados han demostrado ser seguros y beneficiosos, especialmente en pacientes de clases II y III según la NYHA, mejorando su capacidad funcional y bienestar general. En el presente estudio, se documentó la recomendación de actividad física en el 70.8% de los casos, aunque existe un porcentaje considerable que no recibió esta indicación. Además, seguir una dieta saludable es crítico; las modificaciones dietéticas, como la reducción del sodio, son clave para el manejo de los síntomas. En el estudio, el 70.6% de las historias auditadas reflejaron estas recomendaciones, lo que indica un esfuerzo en su implementación, pero también resalta la necesidad de mejorar la educación y el seguimiento. La abstinencia del tabaco y la limitación del alcohol son igualmente importantes, pero solo se documentaron en el 2.9% de los casos, lo que señala una falta de atención en este aspecto. Finalmente, la vacunación, especialmente contra la influenza y la neumonía, es vital debido al mayor riesgo de infecciones respiratorias en estos pacientes; sin embargo, su recomendación es alarmantemente baja en los registros clínicos, sugiriendo deficiencias en las prácticas de atención preventiva. (Jaarsma 2006)

Signos y síntomas de alarma: Se encontró que el 70.1% de los pacientes (96 personas) recibió recomendaciones sobre signos de alarma, incluyendo aumento de fatiga, empeoramiento de la tos, dolor en el pecho, palpitaciones y desmayo. Sin embargo, un 29.9% (41 personas) no recibió estas indicaciones. En cuanto al edema en miembros inferiores, solo el 20.9% (29

personas) fue advertido sobre este síntoma, mientras que un 79.6% (109 personas) no recibió esta recomendación. Estos resultados destacan una oportunidad importante para mejorar la educación y comunicación sobre los signos de alarma en pacientes con falla cardíaca, asegurando que más pacientes sean informados adecuadamente para facilitar la detección temprana de complicaciones

El análisis de los signos de alarma en pacientes con falla cardíaca facilita la detección temprana de complicaciones, optimiza el manejo de la patología y fomenta la educación del paciente y su entorno familiar sobre la relevancia de identificar estos síntomas. Esta capacidad de reconocimiento no solo permite intervenciones oportunas que pueden mejorar el pronóstico y la calidad de vida del paciente, sino que también contribuye a ampliar la base de conocimiento sobre el manejo de la falla cardíaca, respaldando así prácticas clínicas fundamentadas en evidencia y estrategias de salud pública dirigidas a reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta condición. En conclusión, este análisis es fundamental para garantizar una atención de calidad y efectiva en esta población. (Clínica Mayo s.f)

Conclusiones

El estudio revela un grado variable de adherencia a la Guía de Práctica Clínica en la institución, destacando aspectos positivos y áreas críticas de mejora. En primer lugar, se observó que la etiología de la falla cardíaca fue especificada en un porcentaje significativo de los casos, lo que es fundamental para un tratamiento adecuado. Además, se documentaron correctamente síntomas clave como disnea y dolor torácico, evidenciando un manejo adecuado en este aspecto. La clasificación funcional de los pacientes en la escala NYHA fue correcta, y se llevó a cabo un buen control de signos vitales, así como la realización de ecocardiogramas en un alto porcentaje, lo que refleja un cumplimiento efectivo de las recomendaciones diagnósticas.

Sin embargo, también se identifican áreas que requieren atención. La baja documentación de signos de alarma y la falta de educación al paciente sobre estos síntomas son preocupantes, ya que pueden aumentar el riesgo de descompensaciones. La prescripción de tratamientos farmacológicos esenciales, como los inhibidores de la ECA y otros fármacos complementarios, fue insuficiente, al igual que las recomendaciones sobre abstinencia de alcohol y tabaco y la vacunación, que apenas se mencionaron. Además, la subutilización de pruebas diagnósticas clave sugiere una oportunidad para mejorar la implementación de las directrices clínicas. En conjunto, estos hallazgos indican la necesidad de optimizar el manejo integral de los pacientes con falla cardíaca en la institución.

Recomendaciones

Recomendación general: mientras que algunos aspectos del manejo de la falla cardíaca, como la identificación de la etiología y la realización de exámenes físicos, son relativamente buenos, existen deficiencias significativas en la identificación de signos, síntomas y la implementación de manejo no farmacológico y estudios complementarios.

Aunque se observa un progreso en la implementación de ciertos tratamientos, hay una necesidad clara de mejorar la prescripción de IECA y medicamentos complementarios, así como de abordar las barreras que impiden que un número significativo de pacientes reciba tratamientos esenciales para su condición. Esto resalta la importancia de reforzar la capacitación del personal y optimizar el uso de las guías clínicas para garantizar una atención de calidad y efectiva en el manejo de la falla cardíaca.

Referencias

- Aguay, G. J. V., Mancheno, A. R. C., & Flores, C. N. A. (2019). Insuficiencia cardíaca: desafíos en la terapia farmacológica. *Revista Digital de Postgrado*, 8(3), e181-e181
- Alonso, P., & Bonfill, X. (2007). Guías de práctica clínica (I): elaboración, implantación y evaluación. *Radiología*, 49(1), 19-22.
- Andersen, G. Ø. (2022). Comments on—The noradrenaline dosing in the new 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal. Cardiovascular Pharmacotherapy*, 8(3), E11–E11.
<https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvab086>
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, Á. (2011, April). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 34, No. 1, pp. 63-72). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Castro, J. L., Conde, L. C., Rodríguez, V. F., Garrido, J. F., & Ortega, R. A. (2013). Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca mediante el cuestionario genérico SF-36. *Revista de calidad asistencial*, 28(6), 355-360.
- Catalano, H. N., & De Vito, E. L. (2021). A new section of *Medicina* (B Aires) dedicated to clinical practice guidelines, consensus, and recommendations. *Medicina* (Buenos Aires), 81(4), 659-662.

- Chairy, V. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(17).
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Análisis de Situación en Salud departamental y municipal Tolima 2023. El Ministerio. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-tolima-2023.zip>
- Cruz-Cuevas, J. D., Villar, J. C., Vásquez, S. M., Moreno, A. M., & Rodríguez, F. Á. (2023a). Adherence to evidence-based recommendations for chronic noncommunicable diseases: a multicenter cross-sectional study of Bogotá physicians. *MedUNAB*, 26(2), 213–250. <https://doi.org/10.29375/01237047.4802>
- Clínica Mayo s.f. Insuficiencia Cardíaca. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/heart-failure/symptoms-causes/syc-20373142>
- Cubero, gía, 57(3), 250-259. J. S., Rivera, L. A. P., Moral, R. P., & Melchor, L. S. (2004). Etiología y evaluación diagnóstica en la insuficiencia cardíaca. *Revista española de cardiología*, 0-259. 57(3), 25.
- Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 03 de abril de 2006. D.O. No. 46230
- Diéguez, I. K. I., Mitxeltoarena, I. V., & Vrotsou, K. (2021). Adherencia a las guías clínicas en urgencias de un hospital de segundo nivel y factores relacionados con la misma. *Medicina Clínica Práctica*, 4(4), 100252.

Fernández, J. J. D., Vergara, D. V., Carocci, C. A. M., Hamon-Rugeles, D., & Castañeda-

González, J. P. (2023a). Adherence to the Clinical Practice Guidelines for the hospital management of patients with decompensated heart failure in a Coronary Care Unit in Colombia. *Archivos Peruanos de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 4(4), 157–163. <https://doi.org/10.47487/apcyccv.v4i4.330>

Fernández Sánchez, Jorge Andrés, Moreira Vera, Jordy Josué, Santana Lopera, Karen Lilibeth, & Medranda, Erick Fabian. (2023). Factores que inciden en la insuficiencia cardíaca en pacientes de edades adultas. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, 27(119), 108-115. Epub 15 de marzo de 2024

Franco, J. V. A., Arancibia, M., Meza, N., Madrid, E., & Kopitowski, K. (2020). Guías de práctica clínica: conceptos, limitaciones y desafíos. *Medwave*, 20(3).

Gómez-Mesa, J. E., Saldarriaga, C., Jurado, A. M., Mariño, A., Rivera, A., Herrera, Á., Buitrago, A. F., García, Á. A., Figueredo, A., Rivera, E. L., Contreras, E., Gómez, E., Martínez, E. M., Mendoza, F., González-Robledo, G., Ventura, H., Ramírez, J. A., González Juanatey, J. R., Ortega, J. C., ... Echeverría, L. E. (2019). Consenso colombiano de falla cardíaca avanzada : capítulo de Falla Cardíaca, Trasplante Cardíaco e Hipertensión Pulmonar de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. *Revista colombiana de cardiología* (Bogotá, Colombia : 1989), 26, 3-24. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2019.06.001>

Gómez-Mesa, J. E., Saldarriaga-Giraldo, C. I., Echeverría, L. E., Luna, P., & RECOLFACA, G. I. (2022). Registro colombiano de falla cardíaca (RECOLFACA): metodología y datos

preliminares. *Revista colombiana de cardiología* (Bogotá, Colombia : 1989), 28(3), 217-230. <https://doi.org/10.24875/RCCAR.M21000021>

Gómez-Mesa, J. E., Saldarriaga-Giraldo, C. I., Echeverría-Correa, L. E., & Luna-Bonilla, P.

(2021). Registro colombiano de falla cardiaca (RECOLFACA): resultados. *Revista Colombiana de Cardiología*, 28(4), 334-344.

Íribar Diéguez, I. K., Vergara Mitxeltorena, I., & Vrotsou, K. (2021a). Adherence to the clinical guidelines in the emergency department of a secondary level hospital, and related factors to the same. *Medicina Clinica Practica*, 4(4). <https://doi.org/10.1016/j.mcpsp.2021.100252>.

Jaarsma, T. (2006). Non-pharmacological management and patient education in heart failure patients. *European Cardiovascular Disease*, 17, 108-110.

Komajda, M., Lapuerta, P., Hermans, N., Gonzalez-Juanatey, J. R., van Veldhuisen, D. J., Erdmann, E., ... & Le Pen, C. (2005). Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. *European heart journal*, 26(16), 1653-1659.

Kukulska, A., & Garwacka-Czachor, E. (2024). Assessment of adherence to treatment recommendations among patients with heart failure: a cross-sectional study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 24(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12872-024-04001-y>

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. 19 de enero de 2011. D.O. No. 47957

Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 16 de febrero de 2015. D.O. No. 49427

Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario Colombia : versión 3.1. (2018).

Ministerio de la Protección Social.

www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf

Maya-Hernández, C., Flores-Hernández, S., Vértiz-Ramírez, J. de J., Ruelas-González, M. G., Poblano-Verástegui, O., & Saturno-Hernández, P. J. (2021). Barreras y facilitadores en la implementación de guías de práctica clínica en México: perspectiva del personal de salud. *Salud Pública de México*, 63(5), 662–671. <https://doi.org/10.21149/12439>

Mendoza Alarcón MA, Tejero Mas M, Morales-Gabardino JA, Buitrago-Ramírez F. Prevalencia y grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con cardiopatía isquémica adscritos a un centro de salud urbano. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95: 16 de febrero e202102040.

McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Böhm, M., Burri, H., ... & Skibelund, A. K. (2022). Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica: 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica Desarrollada con la colaboración especial de la Heart Failure Association (HFA) de la ESC. *Revista Española de Cardiología*, 75(6), 523-e1.

Muñoz Velandia, O. M., García, Á. A., Bustamante, Á. A., Pomares-Quimbaya, A., González, R. A., Sierra, A., Daza, J. C., & Bohórquez, W. R. (2018). Evaluación automática de la adherencia a las recomendaciones de manejo en falla cardiaca a partir de las historias clínicas electrónicas: herramienta EXEMED. *Revista colombiana de cardiología (Bogotá, Colombia : 1989)*, 25(5), 321-326. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.01.005>

Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, J. M.

(2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica grupo ángeles*, 16(3), 226-232.

Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. 26 de noviembre de 2019. D.O. No. 51149

Resolución 1445 de 2006. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. 08 de mayo de 2006. D.O. No. 46271

Rincón Blanquicett, L. S. (2023). Revisión bibliográfica sobre la importancia de la adherencia a guías de prácticas clínicas según la literatura disponible en los últimos 10 años.

<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/35018>

Sánchez-Ropero, E. M., Vera-Giraldo, C. Y., Navas-Ríos, C. M., Ortiz-Rangel, S. D.,

Rodríguez-Guevara, C., Vargas-Montoya, D. M., ... & Lugo-Agudelo, L. H. (2018).

Validación para Colombia del cuestionario para la “medición de la capacidad funcional en pacientes con falla cardíaca”. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(6), 356-365.

Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. (2018). Boletín Puesta al Día SCC. 189. <https://scc.org.co/wp-content/uploads/2018/10/BOLETIN-PUESTA-AL-DIA-SCC-189.p>

Taylor, C., & Hobbs, R. (2010). Diagnosing heart failure—experience and ‘best pathways’. *Eur Cardiol Rev*, 6(3), 10.

Whellan, D. J., O'Connor, C. M., Lee, K. L., Keteyian, S. J., Cooper, L. S., Ellis, S. J., ... & HF-ACTION trial investigators. (2007). Heart failure and a controlled trial investigating

outcomes of exercise training (HF-ACTION): design and rationale. American heart journal, 153(2), 201-211.