

María Pilar Martín Fortea

Análisis de calidad de los informes  
de alta hospitalaria, como garantía  
de continuidad de cuidados y  
herramienta de mejora en la  
atención médica a pacientes con  
insuficiencia cardiaca

Departamento  
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Director/es

Pérez Calvo, Juan Ignacio  
Amores Arriaga, Beatriz

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



**Universidad**  
Zaragoza

Tesis Doctoral

**ANÁLISIS DE CALIDAD DE LOS INFORMES DE  
ALTA HOSPITALARIA, COMO GARANTÍA DE  
CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y HERRAMIENTA  
DE MEJORA EN LA ATENCIÓN MÉDICA A  
PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA**

Autor

**María Pilar Martín Fortea**

Director/es

Pérez Calvo, Juan Ignacio  
Amores Arriaga, Beatriz

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA**

Medicina, Psiquiatría y Dermatología

2013



# TESIS DOCTORAL

“ANÁLISIS DE CALIDAD DE LOS  
INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA,  
COMO GARANTÍA DE CONTINUIDAD DE  
CUIDADOS Y HERRAMIENTA DE MEJORA EN  
LA ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES CON  
INSUFICIENCIA CARDIACA”

Autor:

M<sup>a</sup> PILAR MARTÍN FORTEA

Directores:

JUAN I. PÉREZ-CALVO

BEATRIZ AMORES ARRIAGA

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA



**Universidad**  
Zaragoza



## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer al Dr. Pérez-Calvo su disponibilidad y su dedicación para realizar este trabajo, su confianza, y todo lo que en el día a día he podido aprender de él.

Gracias a todos los compañeros con los que he tenido la suerte de trabajar, de todos ellos he podido aprender. En especial, gracias a todos los que de una forma u otra me han animado en esta tarea, dura en ocasiones, de realizar la tesis doctoral: Miguel Aibar, Marta Sánchez, Beatriz Sierra, Begoña Escalante, Álvaro Flamarique, Marina Bucar y Lola del Pino.

Mi más profundo agradecimiento a Eduardo Clemente, asesor estadístico de este trabajo, por su disponibilidad y su paciencia, por el tiempo dedicado y compartido, por todo lo que me ha enseñado. Gracias.

Finalmente, gracias a mi familia, por su comprensión, su apoyo, sus ánimos en los momentos de flaqueza. Por enseñarme que con esfuerzo y perseverancia se llega a la meta. Por inculcarme el valor del trabajo y la responsabilidad. Gracias a Juan por su respeto y generosidad para que haya podido concluir este proyecto. Y a Andrés, que me despierta cada día y me empuja a seguir adelante.

## ABREVIATURAS

ICC = insuficiencia cardiaca crónica  
MAP = Médico de Atención Primaria  
IAH = informe de alta hospitalaria  
HTA = hipertensión arterial  
DM = diabetes mellitus  
ACV = accidente cerebrovascular  
IRC = insuficiencia renal crónica  
IAM = infarto agudo de miocardio  
EPOC = enfermedad pulmonar obstructiva crónica  
FA = fibrilación auricular  
TVNS = taquicardia ventricular no sostenida  
BRI = bloqueo de la rama izquierda del haz de Hiss  
BAV = bloqueo de conducción aurículo-ventricular  
VI = ventrículo izquierdo  
VD = ventrículo derecho  
AI = aurícula izquierda  
IECAs = inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina  
ARAI = antagonistas de los receptores de angiotensina II  
BB = betabloqueantes  
ACO = anticoagulantes orales  
ADO = antidiabéticos orales  
AINES = antiinflamatorios no esteroideos  
AAS = ácido acetilsalicílico  
NYHA = New York Heart Association  
ECG = electrocardiograma

RX = radiografía  
FEVI = fracción de eyección del ventrículo izquierdo  
TA = tensión arterial  
IMC = índice de masa corporal  
NTproBNP = porción aminoterminal del péptido natriurético cerebral  
CMDB = conjunto mínimo básico de datos  
JCAHO = Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations  
ESC = Sociedad Europea de Cardiología  
ACC/AHA = American Heart Association / American College of Cardiology  
SEMI = Sociedad Española de Medicina Interna  
CMD = conjunto mínimo de datos  
MIR = médicos internos residentes  
MDRD = Modification of Diet in Renal Disease para estimación del filtrado glomerular  
INR = Razón Normalizada Internacional  
lpm = latidos por minuto  
gr = gramos  
Kg = kilogramos  
gr/dL = gramos por decilitro  
mg/dL = miligramos por decilitro  
ng/mL = nanogramos por mililitro

mEq/L= miliequivalentes por litro

mmHg = milímetros de mercurio

Kg/m<sup>2</sup> = kilogramos por metro  
cuadrado

mL/min = mililitros por minuto

mm/m<sup>2</sup> = milímetros por metro  
cuadrado

mL/min/1,73m<sup>2</sup> = mililitros por  
minuto por 1,73 metros cuadrados

mL/Kg/h = mililitros por kilogramo de  
peso a la hora

L/min/m<sup>2</sup> = litros por minuto por  
metro cuadrado

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	I
ABREVIATURAS.....	II
ÍNDICE .....	IV
1.- INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. Insuficiencia cardiaca como patología prevalente .....	1
1.2. Informe de alta hospitalaria .....	3
1.2.1. Definición.....	3
1.2.2. Legislación.....	4
1.2.3. Conjunto Mínimo Básicos de Datos (CMBD).....	5
1.2.4. Definición de conceptos.....	7
1.3. Recomendaciones para la redacción de un informe de alta hospitalaria.....	8
1.3.1. Redacción.....	8
1.3.2. Comunicación: al paciente y entre profesionales.....	9
1.3.3. Tratamiento .....	11
1.3.4. Seguimiento .....	12
1.4. Recomendaciones de las guías clínicas de insuficiencia cardiaca .....	12
1.4.1. Diagnóstico .....	13
1.4.2. Tratamiento .....	16
1.4.3. Seguimiento .....	21
1.5. Marcadores pronóstico en ICC .....	23
1.6. Informe de alta hospitalaria e insuficiencia cardiaca .....	25
1.7. Comunicación y errores en la continuidad de cuidados .....	30
1.8. Estado actual de la situación .....	32
2.- HIPÓTESIS DE TRABAJO .....	33
3.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	34
3.1. Objetivos principales.....	34
3.2. Objetivos secundarios.....	34
4.- PACIENTES Y MÉTODOS.....	36

4.1. Diseño del estudio .....	36
4.2. Selección de la muestra .....	38
4.3. Recogida de datos .....	39
4.4. Análisis estadístico .....	46
4.5. Ética y confidencialidad .....	46
5.- RESULTADOS .....	48
5.1. Descripción de los informes de alta hospitalaria de la población inicial del estudio .....	48
5.1.1. Características sociodemográficas.....	48
5.1.2. Datos relacionados con el ingreso .....	49
5.1.3. Factores de riesgo cardiovascular .....	49
5.1.4. Datos de filiación de la ICC .....	50
5.1.5. Descripción del ingreso actual de descompensación cardíaca .....	53
5.1.6. Tratamiento de la ICC .....	56
5.1.7. Seguimiento .....	59
5.2. Análisis del contenido de los informes de alta hospitalaria emitidos tras la intervención .....	60
5.2.1. Características sociodemográficas.....	60
5.2.2. Datos relacionados con el ingreso .....	61
5.2.3. Factores de riesgo cardiovascular .....	61
5.2.4. Datos de filiación de la ICC .....	62
5.2.5. Descripción del ingreso actual de descompensación cardíaca .....	63
5.2.6. Tratamiento de la ICC .....	64
5.2.7. Seguimiento .....	66
5.3. Valoración del contenido de los informes de alta antes y después de la intervención: conjunto mínimo de datos .....	66
5.4. Valoración de las recomendaciones terapéuticas y su adecuación a las guías clínicas.....	69
5.5. Resumen de los resultados más relevantes.....	72
6.- DISCUSIÓN.....	74
6.1. El IAH y la continuidad de cuidados .....	74
6.2. Valoración de la diferencia entre los datos observados y los datos deseados .....	77

6.3. Impacto negativo de la falta de información .....	84
6.4. Valoración de la estrategia de intervención .....	86
6.5. Propuestas de mejora.....	88
7.- CONCLUSIONES .....	91
8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	93
9. ANEXOS .....	104
ANEXO 1: Índice de comorbilidad de Charlson (versión original).....	104
ANEXO 2: Conjunto de datos del informe clínico de alta recogidos en el Real Decreto 1093/2010. ....	105
ANEXO 3: Conjunto Mínimo Básico de Datos del Sector III del Servicio Aragonés de Salud.....	108
ANEXO 4: Hoja de recogida de datos .....	109
ANEXO 5: Propuesta de informe de alta hospitalaria para pacientes con diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca .....	111
ANEXO 6: Documento informativo enviado a los miembros del Servicio de Medicina Interna.....	113

## TABLAS

- Tabla 1: Contenido del Conjunto Mínimo Básico de Datos recogidos en el artículo 5 de la Orden del 16 de enero de 2001 del Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de Aragón. .... 6
- Tabla 2: Grados de recomendación (a) y niveles de evidencia (b). .... 13
- Tabla 3: Clasificación de la IC según síntomas relacionados con la capacidad funcional (NYHA). .... 14
- Tabla 4: Clasificación de la ICC basada en la estructura y el daño en el músculo cardiaco (ACC/AHA). .... 14
- Tabla 5: Puntuación de riesgo para cada tipo de mortalidad según el MUSIC Risk Score<sup>41</sup>. .... 24
- Tabla 6: Datos relacionados con el ingreso. .... 49
- Tabla 7: Datos de filiación de la ICC en los IAH: clasificaciones. .... 52
- Tabla 8: Presencia de datos antropométricos y las pruebas complementarias en los IAH. .... 53
- Tabla 9: Alteraciones más comunes en las pruebas complementarias. ... 54
- Tabla 10a: Prescripción de los fármacos indicados en ICC (parte I). .... 57
- Tabla 10b: Prescripción de los fármacos indicados en ICC (parte II). .... 58
- Tabla 11: Seguimiento tras el alta. .... 60
- Tabla 12: Presencia del CMD en las cohortes retrospectiva y prospectiva. .... 68
- Tabla 13a: Clasificación de los IAH según su calidad en baja (<4 puntos), baja-media (5-8 puntos), media-alta (9-12 puntos) y alta (> 12 puntos). .... 69
- Tabla 13b: Clasificación de los IAH según su calidad en baja ( $\leq 8$  puntos), y alta (> 9 puntos). .... 69
- Tabla 14: Descripción de los fármacos indicados en ICC pautados en el IAH según la clase funcional. .... 70
- Tabla 15: Adecuación del tratamiento prescrito a la clase funcional recogida en los IAH. .... 71

## FIGURAS

- Figura 1: Estadios de la ICC y las opciones terapéuticas en la ICC sistólica. .... 18
- Figura 2: Pirámide de población del Sector de Zaragoza III de salud, según datos del padrón municipal a 1 de enero de 2007. .... 37
- Figura 3: Factores de riesgo cardiovasculares. .... 50
- Figura 4: Etiología de la ICC. .... 51
- Figura 5: Causas más frecuentes de descompensación de la ICC. .... 52
- Figura 6: Complicaciones sucedidas durante el ingreso más frecuentes registradas en los IAH. .... 55
- Figura 7: Opciones terapéuticas para pacientes con ICC sintomática (clases funcional de la NYHA II-IV) según la guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica de la Sociedad Europea de Cardiología del 2012. .... 81

# 1.- INTRODUCCIÓN

## 1.1. Insuficiencia cardiaca como patología prevalente

La insuficiencia cardiaca (ICC) es considerada, por algunos autores, como la epidemia cardiovascular del siglo XXI en los países desarrollados<sup>1</sup>. El estudio PRICE, realizado entre los años 2004 y 2005 en diferentes centros hospitalarios españoles, demuestra que la prevalencia de ICC en España es elevada, en torno al 6,8% de la población de 45 o más años. Esta prevalencia es similar en varones y mujeres (el 6,5% y 7% respectivamente), y aumenta de forma clara y significativa con la edad, de tal manera que por encima de los 75 años es del 16%<sup>2</sup>.

En relación a su incidencia, Rodríguez y colaboradores<sup>1</sup> determinaron que el número de casos nuevos aumentaba con la edad, alcanzando el 1% al año en los sujetos mayores de 65 años, siendo 2 veces mayor en los sujetos hipertensos y 5 veces mayor en los sujetos con cardiopatía isquémica.

Estos datos concuerdan con la observación general internacional de que hay un aumento progresivo de pacientes que presentan esta patología<sup>3,4</sup>.

Son varios los factores que contribuyen al aumento de la prevalencia: el envejecimiento de la población, la mayor supervivencia tras el infarto de miocardio (IAM), un mejor tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) (aunque sigue siendo insuficiente), una mejora en el pronóstico de pacientes con ICC establecida y la reducción de la mortalidad, debido a la mejora de los tratamientos y a los cuidados generales que reciben estos enfermos<sup>2,3</sup>. Este aumento de la prevalencia aumenta la necesidad de cuidados sanitarios y sociales en esta población.

A pesar de estas mejoras, la morbimortalidad de la ICC no ha descendido significativamente, debido a la mayor comorbilidad que este grupo de pacientes presenta. Varios son los precursores que se han asociado al desarrollo de ICC. La enfermedad coronaria y la HTA, que a menudo se presentan juntas, seguidas por las miocardiopatías y las disfunciones valvulares, son las principales causas. Otros factores de riesgo son la diabetes,

el tabaquismo, la dislipemia, la obesidad y el sedentarismo. Así, el aumento de estos factores de riesgo trae consigo un aumento en la incidencia de la ICC y en la coexistencia de otras enfermedades<sup>1</sup>.

Este hecho se refleja en un aumento de los ingresos hospitalarios<sup>2</sup>. De hecho, la ICC es la principal causa de ingresos médicos en pacientes mayores de 65 años, por delante de la enfermedad coronaria y del ictus, y supone aproximadamente el 5% de todas las hospitalizaciones. En España se producen cerca de 80.000 ingresos hospitalarios por ICC cada año, siendo mayor el número de mujeres que precisan hospitalización que el de varones. Además, el número de ingresos no sólo depende de la frecuencia de la ICC, sino también de la existencia de recursos hospitalarios, así como de las políticas de admisión en cada hospital o sistema sanitario. De hecho, la variabilidad geográfica en las hospitalizaciones por ICC en España se explica en parte por las diferencias en los recursos hospitalarios entre provincias<sup>1</sup>. En concreto, el número de altas procedentes del Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital, el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza, en 2005, con diagnóstico principal o secundario de ICC, fue de 1.645 (22% de las altas de Medicina Interna), de un total de 29.344<sup>5</sup>.

La ICC es la tercera causa de muerte cardiovascular más importante, tanto en varones como en mujeres, tras la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares (el 15% de la mortalidad cardiovascular total, el 11% en varones y el 19% en mujeres)<sup>1,2</sup>. En nuestro hospital, en el año 2005 el 9,9% de los pacientes con ICC fallecieron durante el ingreso<sup>5</sup>.

Por otro lado, la supervivencia es de alrededor del 50% a los 5 años del diagnóstico, y es menor en los pacientes más ancianos, en los estadios avanzados de la enfermedad y en los sujetos que tienen enfermedades graves acompañantes<sup>1</sup>. Las mejoras en la supervivencia coinciden con un aumento del uso de terapias que, como los IECA (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina) y los bloqueadores beta (BB), han demostrado en ensayos clínicos que reducen la mortalidad por ICC. Todo esto conlleva un aumento de personas con ICC en la comunidad que precisa de cuidados extrahospitalarios.

Por tanto, la ICC está presente en un alto número de nuestros pacientes, lo que condiciona una serie de cuidados médicos y sociales y una

atención tanto intra como extrahospitalaria. Además, al hecho de la elevada prevalencia hay que sumar la comorbilidad asociada. Esto condiciona la necesidad de una buena comunicación entre los distintos niveles asistenciales por los que va a circular el paciente, teniendo el informe de alta hospitalaria como herramienta fundamental en esa transmisión de la información para garantizar un cuidado óptimo de los pacientes.

## 1.2. Informe de alta hospitalaria

### 1.2.1. Definición

Se define como alta hospitalaria a la situación por la que el paciente ingresado en un centro o establecimiento sanitario deja de ocupar una cama de hospitalización, ya sea por curación, mejoría, fallecimiento, traslado (al domicilio o a un centro para convalecientes) o alta voluntaria<sup>6,7</sup>. Así, el informe de alta hospitalaria (IAH) es el documento que emite el médico responsable acerca de la atención a un paciente y que hace referencia al episodio de hospitalización que condiciona el alta<sup>8</sup>, y debe contener la información suficiente y necesaria, expresada con claridad, en relación al diagnóstico, pronóstico y manejo terapéutico, para garantizar una adecuada continuidad asistencial del paciente en los distintos niveles asistenciales por los que transita. Esto lo convierte en el documento más importante en la transmisión de información.

El IAH va a ser empleado por los diferentes usuarios que forman parte del sistema de salud, y cada uno de ellos va a mostrar intereses diferentes por la información contenida aunque el objetivo sea común: proporcionar una atención de calidad, eficiente y segura en cada uno de los momentos evolutivos y en cada uno de los escalones asistenciales. El paciente y/o su familia quieren conocer cuál es su diagnóstico, qué fármacos y qué medidas debe tomar tras la hospitalización y qué seguimiento debe realizar. Los especialistas que deban valorar al paciente esperan encontrar una información amplia acerca de los datos complementarios y las pruebas

realizadas. Los codificadores clínicos podrán establecer registros con los que hacer comparaciones entre diferentes servicios y/o hospitales<sup>8,9</sup>.

Una figura fundamental en este engranaje de la comunicación va a ser el médico de Atención Primaria (MAP), que es el coordinador principal del cuidado ambulatorio del paciente tras recibir el alta hospitalaria. En este caso, los datos que tendrán interés serán los que hagan referencia al proceso agudo y sus secuelas, porque ya conoce sus antecedentes y su responsabilidad en el seguimiento<sup>9</sup>. La información que se le transmita, por lo tanto, condicionará la continuidad de cuidados, la seguridad del paciente y su satisfacción y el uso de recursos socio-sanitarios<sup>10,11</sup>. En definitiva, uno de los objetivos fundamentales del IAH es el de facilitar los cuidados del paciente y mejorar la calidad asistencial<sup>8</sup>.

### 1.2.2. Legislación

Tanto el contenido básico del IAH como su obligatoriedad están regulados por la legislación española<sup>8,9</sup>. La orden ministerial de 6 de septiembre de 1984<sup>12</sup> establece la obligatoriedad del IAH para todos los pacientes atendidos en establecimientos sanitarios, y que hubieran generado al menos una estancia hospitalaria, indicando explícitamente que deberá ser entregado en mano al paciente y/o familiar y/o tutor, a la vez que determina los requisitos mínimos de cumplimentación. Quedan excluidos de esta orden los informes clínicos tras la atención en consultas externas o en los servicios de urgencias.

La Ley General de Sanidad de 1986<sup>6</sup> establece los derechos y obligaciones del paciente, entre los que se incluye el derecho a la confidencialidad, a la información (en términos comprensibles) y a la libre elección, entre otros.

La ley 41/2002<sup>13</sup> hace referencia a la autonomía del paciente y a los derechos y las obligaciones de los ciudadanos, los profesionales sanitarios y de las instituciones en lo referente a la documentación clínica y en materia de información. Además, la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal<sup>14</sup> especifica que los datos relacionados con la salud de las

personas son de especial protección, lo que supone una restricción del uso y acceso a la historia clínica de los pacientes.

### 1.2.3. Conjunto Mínimo Básicos de Datos (CMBD)

El 14 de diciembre de 1987 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el Conjunto Mínimo Básicos de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, considerando la necesidad de contar con una fuente de datos uniforme y suficiente que posibilitara los procesos de gestión hospitalaria, implantación de nuevos sistemas de financiación, elaboración de indicadores de rendimiento y utilización, control de calidad asistencial y elaboración de una base de datos para la investigación clínica y epidemiológica. El 26 de enero de 2001 el Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma de Aragón publica la orden por la que se establece el sistema de información de atención especializada y se regula el procedimiento de recogida de datos<sup>7</sup>.

Cada comunidad autónoma regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos, con ligeras variaciones entre ellas. En Aragón, la información que recoge el CMBD hace referencia a datos relacionados con el centro, con la identificación del paciente y con el proceso asistencial (tabla 1). Su cumplimentación es obligatoria en todos los centros sanitarios públicos y privados de nuestra comunidad para todos los pacientes dados de alta, ya sea por un episodio de hospitalización como por la realización de un proceso ambulatorio. Esta información se recoge directamente del informe de alta o bien de la propia historia clínica<sup>7</sup>.

La informatización ha facilitado la recogida de estos datos, y ha permitido crear grandes bases de datos. En concreto, la del Sistema Nacional de Salud contiene casi 4 millones de altas anuales<sup>15</sup>. En Aragón disponemos del Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos, que se encarga de la gestión y explotación del CMBD con fines de planificación, evaluación e investigación sanitaria, estadísticas de servicios sanitarios y vigilancia epidemiológica. A través de una Comisión de Seguimiento se establece qué centros de la red pública y la red privada de nuestra comunidad se incluirán

en el registro, qué modelos de comunicación de datos se van a emplear y con qué periodicidad hay que remitir esos datos<sup>7</sup>.

Tabla 1: Contenido del Conjunto Mínimo Básico de Datos recogidos en el artículo 5 de la Orden del 16 de enero de 2001 del Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de Aragón.

<p>a) Datos relativos al centro</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Código de centro (identificación del hospital o del centro de cirugía mayor ambulatoria).</li><li>2. Identificación de la unidad o servicio que da el alta.</li><li>3. Identificación del facultativo responsable del alta.</li></ol> <p>b) Datos de identificación del paciente.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Número de historia clínica.</li><li>5. Código de identificación personal.</li><li>6. Fecha de nacimiento.</li><li>7. Sexo.</li><li>8. Domicilio habitual.</li><li>9. Zona básica de salud a la que pertenece el paciente.</li></ol> <p>c) Datos referentes al proceso asistencial.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>10. Fecha ingreso (sólo para fichero de altas hospitalarias).</li><li>11. Financiación de la asistencia prestada.</li><li>12. Circunstancias del ingreso (urgente/programado) o del procedimiento ambulatorio.</li><li>13. Diagnóstico principal.</li><li>14. Otros diagnósticos.</li><li>15. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos en su caso.</li><li>16. Otros procedimientos relevantes.</li><li>17. Fecha de intervención.</li><li>18. Fecha de alta.</li><li>19. Circunstancias del alta.</li><li>20. Identificación del centro de traslado, en su caso.</li><li>21. Código M (Código de Morfología de Neoplasia).</li></ol>
--

En 2010 se publica el Real Decreto 1093/2010<sup>16</sup> por el que se aprueba el conjunto mínimos de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Este decreto viene a cubrir el vacío en algunos puntos (referentes a informes clínicos de consultas externas y de Atención Primaria) y la heterogeneidad en el contenido del CMBD entre diferentes comunidades autónomas que la legislación estatal vigente proporcionaba, con el objetivo de posibilitar el intercambio de información y conocimiento entre ellas, que resulta necesaria para la cooperación, el desarrollo, la integración y la

prestación de servicios conjuntos. En el Anexo 2 se recoge el CMBD publicado en el Real Decreto 1093/2010.

El documento informatizado para la realización del IAH, y que detalla de forma específica el contenido del CMBD del que se dispone en el Sector III del Sistema Aragonés de Salud se muestra en el Anexo 3.

#### 1.2.4. Definición de conceptos

La Orden ministerial del 6 de septiembre de 1984<sup>12</sup>, además de regular la obligatoriedad del informe de alta, en su artículo 10 define los siguientes conceptos:

- a) Motivo de ingreso: “aquellos signos, síntomas o situaciones que, requiriendo asistencia, motivaron el ingreso (por ejemplo, fiebre, dolor torácico o politraumatismo por accidente de tráfico).”
- b) Diagnóstico principal: “afección que, después del estudio necesario, se establece que fue causa del ingreso en el hospital de acuerdo con el criterio del servicio médico o facultativo que atendió al enfermo, aunque durante su estancia hayan aparecido complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes, que se consignarán en el apartado de otros diagnósticos. No se deberán emplear epónimos ni abreviaturas para describir el diagnóstico principal.”
- c) Otros diagnósticos: “otras afecciones, manifestaciones o complicaciones presentes durante la estancia.”
- d) Procedimientos quirúrgicos y obstétricos: deben incluirse todas las operaciones quirúrgicas y obstétricas realizadas durante la estancia.
- e) Otros procedimientos significativos: “aquellos que requieren personal o medios especializados y que conllevan un determinado riesgo (cateterismo, colonoscopia, biopsia, etc.).”
- f) Estancia: “conjunto de pernocta y tiempo que correspondería a una comida principal (almuerzo o cena).”

### 1.3. Recomendaciones para la redacción de un informe de alta hospitalaria

Según las estadísticas del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, la esperanza de vida al nacer en la población española era de 81,1 años en el año 2007, mientras que en el año 1986 esta esperanza era de 76,4 años<sup>17</sup>. Esto supone una mayor exposición de nuestra población a factores de riesgo que llevan consigo el desarrollo de enfermedades crónicas. Es decir, los enfermos, al vivir más, tienen cada vez más enfermedades crónicas durante mayor tiempo, y precisan por ello de más pruebas complementarias y, sobre todo, una atención más compleja y exhaustiva. Esto hace necesaria una reflexión colectiva de las organizaciones sanitarias, sociedades científicas y, a nivel interno, de cada institución para hacer propuestas de mejora y estandarización de la información<sup>9</sup>.

En este sentido, instituciones como la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) o la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), entre otros, han promulgado consensos que especifican qué información debería ser incluida en el IAH.

#### 1.3.1. Redacción

Una de las claves para la reacción del IAH es pensar en las necesidades que tienen los distintos usuarios y tratar de satisfacerlas<sup>9</sup>.

Es recomendable que estos documentos estén escritos a máquina, con un tamaño de letra adecuado, para que no haya errores de comprensión. Dado que cada usuario va a buscar la información para él más relevante, conviene que dicha información esté estructurada con epígrafes claros. La redacción ha de hacerse en términos médicos, pero sin olvidar que el paciente va a ser uno de los principales usuarios del IAH y debe comprender el mensaje que se le transmite, sobretodo en lo que hace referencia al tratamiento. Hay que evitar el uso de abreviaturas y acrónimos, no sólo porque son tecnicismos que el paciente no comprende, sino que en muchas ocasiones se escapan del manejo

habitual de los especialistas que pueden recurrir a buscar información en el IAH. Asimismo, es conveniente no usar términos ambiguos que den lugar a interpretaciones subjetivas (por ejemplo, obesidad + )<sup>8,9,11</sup>.

El IAH debe ser un resumen sintético, preciso y conciso del periodo de hospitalización. En este sentido, la extensión y la exhaustividad en la redacción se relacionan de forma inversa con la lectura completa del documento, es decir, un exceso de información supondría la pérdida de algún dato relevante para el seguimiento posterior del paciente. La redacción de un resumen más exhaustivo, que no implica que sea más extenso, no sólo mejora la calidad de los informes sino que, además, supone mejoras de tiempo<sup>8,18</sup>.

La digitalización de la información es una herramienta muy útil en cuanto a la recopilación de datos, pero en ocasiones, cuando hay errores en un IAH, pasan a formar parte de los datos registrados. Estos errores van pasando de informe a informe, y pueden suponer una importante iatrogenia por aplicación de tratamientos inadecuados<sup>10</sup>. Además, este tipo de fallos en muchas ocasiones conlleva una desconfianza por parte del paciente<sup>9</sup>, lo que influirá de manera negativa en la relación médico-paciente.

### 1.3.2. Comunicación: al paciente y entre profesionales

En muchas ocasiones el IAH se convierte en el único medio de contacto entre la atención hospitalaria y el MAP. Las enfermedades crónicas van a suponer un consumo de recursos por parte de los pacientes tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, por lo que es imprescindible que exista una comunicación fluida entre ambos niveles asistenciales con el objetivo de coordinar estrategias diagnósticas y terapéuticas. Para facilitar esa comunicación bidireccional es importante hacer constar en el IAH unas referencias para facilitar ese contacto. Por un lado, se debe poder identificar correctamente al autor del IAH, que ha sido el responsable del cuidado del paciente. Por otro lado, es conveniente indicar teléfonos, correos electrónicos u otros medios que agilicen esa comunicación<sup>8,9</sup>.

El incremento de la pirámide poblacional supone que un elevado porcentaje de los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna

sean pacientes en edad geriátrica. En estos pacientes es básico complementar la historia clínica con una correcta valoración de la funcionalidad, el estado cognitivo, la comorbilidad y la situación social<sup>19</sup>. Estos aspectos son marcadores pronósticos de la evolución a corto-medio plazo del paciente y van a condicionar el plan terapéutico a seguir<sup>8</sup>. Existen escalas que valoran estos puntos mediante *scores*, como el índice de comorbilidad de Charlson<sup>20</sup> que se muestra en el Anexo 1, lo que facilita la recogida de información y la simplifica. Además, en los indicadores asistenciales actuales su contenido se utiliza para medir la complejidad de la patología atendida<sup>19</sup>.

Otro aspecto importante del IAH es el que hace referencia a las pruebas complementarias. Deben señalarse explícitamente aquellas que, teniendo un resultado patológico, sean relevantes para la actitud terapéutica tras el alta. También es importante reseñar aquellas que, siendo normales, se consideran como una práctica estandarizada de la enfermedad que causó el ingreso. Estos valores normales también permiten realizar un seguimiento evolutivo posterior, sobre todo en los que se refieren a parámetros analíticos<sup>8,11</sup>.

En el IAH se debe recoger un resumen de los hechos ocurridos durante la hospitalización, así como las complicaciones que han sucedido. En los casos en los que no se haya realizado un procedimiento diagnóstico o terapéutico recomendado para la patología que motivó el ingreso, será necesario incluir las razones por las que no se han llevado a cabo, ya que probablemente condicione la toma de decisiones futuras<sup>8,9</sup>.

Teniendo en cuenta a los codificadores clínicos como usuarios del IAH, deben constar explícitamente todos los datos necesarios para una buena codificación, que son: motivo de ingreso, antecedentes, diagnósticos principal y secundario, procedimientos, complicaciones y destino al alta<sup>8,9</sup>.

Como ya se ha indicado previamente, el IAH debe ser útil fundamentalmente para el paciente y/o sus cuidadores, para conocer su estado de salud y el plan terapéutico diseñado para mejorar su estado de salud<sup>10</sup>. En definitiva, el interés del paciente respecto al IAH se centrará en el tratamiento y el seguimiento: esto hace necesario que el acto de la entrega del IAH sea un momento de calma y exhaustividad en la explicación, alejado

de las prisas que en muchas ocasiones acompañan el quehacer diario de los facultativos.

### 1.3.3. Tratamiento

El buen cumplimiento terapéutico en cualquier patología juega un papel importante en la evolución de la enfermedad, ya que un uso inadecuado tanto de fármacos como medidas no farmacológicas puede contribuir a su descompensación. El paciente debe comprender su enfermedad, conocer cuáles son los signos y síntomas de empeoramiento e involucrarse en su propio cuidado. La implicación de la familia y/o cuidadores del paciente tras el alta favorece el cumplimiento de las pautas terapéuticas. Esto supone una mayor dedicación temporal en el momento de hacer la entrega del IAH: toda información escrita debe ir acompañada de una explicación verbal, con el objetivo de asegurarnos que el paciente y/o su familia entiende y asume los cuidados y el tratamiento que debe seguir una vez abandonado el hospital<sup>8</sup>.

El IAH debe servir como elemento “conciliador” de la medicación del paciente. Se entiende por conciliación el proceso por el cual el facultativo se asegura de que el paciente, especialmente en las transiciones, recibe todos los medicamentos necesarios: los que estaba tomando previamente, los que se han añadido y los que se han suspendido<sup>10</sup>. En este sentido, la prescripción debe ser clara, indicando el fármaco (principio activo y nombre comercial si es el caso), la dosis, la pauta que debe seguir, cómo lo debe tomar y hasta cuándo. Otro dato a tener en cuenta a la hora de prescribir un fármaco es el contexto del paciente, es decir, las condiciones familiares y/o personales que van a favorecer o dificultar la administración de un fármaco. Es aconsejable no modificar tratamientos crónicos sin que aporten beneficios, ya que en ocasiones, además de provocar confusión en el paciente, crean una desconfianza del propio paciente hacia su MAP, porque no sabe quién tiene razón<sup>8,9,11</sup>.

#### 1.3.4. Seguimiento

Tras la resolución del proceso agudo de descompensación, el paciente es remitido, en general, a su domicilio, donde pasará el periodo de convalecencia. En este tiempo, el paciente debe conocer quién va a ser el responsable de sus cuidados, y así ha de constar en el IAH: quién va a hacerlo y con qué periodicidad es recomendable que lo haga<sup>9</sup>. Además, es conveniente indicarle al paciente el calendario de sus próximas visitas, si son necesarias, a los especialistas oportunos<sup>10</sup>.

Otro dato importante es el relacionado con las pruebas complementarias. Por un lado, hay que destacar aquellas cuyo resultado queda pendiente para que no se pierda una información que podría ser relevante en el transcurso de la enfermedad. Por otro lado, teniendo en cuenta los posibles efectos secundarios que pueden aparecer asociados al tratamiento, no está de más reseñar la conveniencia de realizar determinadas exploraciones complementarias que controlen dichos efectos.

### 1.4. Recomendaciones de las guías clínicas de insuficiencia cardíaca

Una guía clínica es un documento consensado por un grupo de expertos, desarrollado de forma sistemática, para ayudar a los facultativos a la toma de decisiones en el manejo de un paciente en particular, que sufre una determinada enfermedad<sup>21,22</sup>. Para su realización, los expertos en el tema realizan una revisión exhaustiva de la evidencia publicada sobre el manejo y la prevención de esa determinada patología. Se realiza una evaluación crítica de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, incluyendo la valoración riesgo/beneficio. Se valora el nivel de evidencia y la fuerza de la recomendación de una opción terapéutica de acuerdo con escalas predefinidas (tabla 2).

A continuación se exponen las principales recomendaciones americanas<sup>23</sup>, canadienses<sup>24</sup>, británicas<sup>25</sup>, australianas<sup>26</sup> y europeas<sup>22</sup> sobre

ICC recogidas en las guías clínicas de las correspondientes sociedades científicas.

Tabla 2: Grados de recomendación (a) y niveles de evidencia (b)<sup>21</sup>.

Grado de recomendación (a)	Definición
Clase I	Evidencia y/o acuerdo general de que un determinado procedimiento diagnóstico/tratamiento es beneficioso, útil y efectivo.
Clase II	Evidencia conflictiva y/o divergencia de opinión acerca de la utilidad/eficacia del tratamiento.
Clase IIa	El peso de la evidencia/opinión está a favor de la utilidad/eficacia.
Clase IIb	La utilidad/eficacia está menos establecida por la evidencia/opinión.
Clase III	Evidencia o acuerdo general de que el tratamiento no es útil/efectivo y en algunos casos puede ser perjudicial.
Nivel de evidencia (b)	Definición
A	Datos procedentes de múltiples ensayos clínicos con distribución aleatoria o metanálisis.
B	Datos procedentes de un único ensayo clínico con distribución aleatoria o de grandes estudios sin distribución aleatoria.
C	Consenso de opinión de expertos y/o pequeños estudios, práctica convencional.

#### 1.4.1. Diagnóstico

La ICC es un síndrome clínico en el que los pacientes presentan signos y síntomas típicos, en presencia de una cardiopatía estructural o funcional. Esto implica que la ICC no debe ser nunca un diagnóstico único, siempre hay que buscar la causa subyacente que la provoca y la que la descompensa<sup>22</sup>.

En todo enfermo con sospecha clínica de ICC hay que realizar una historia clínica y exploración clínica, unas pruebas de laboratorio y una radiografía (RX) de tórax<sup>24</sup>.

La entrevista clínica proporciona información acerca de las alteraciones cardíacas y no cardíacas que pueden causar o acelerar el desarrollo o

progresión de la ICC. Además, hay que interrogar al paciente sobre consumo de alcohol, drogas, terapias alternativas y fármacos que puedan ser causantes de una descompensación. Por la importancia que puede tener en el manejo posterior de la enfermedad, hay que conocer la capacidad del paciente para realizar sus actividades rutinarias diarias. La clasificación de la *New York Heart Association* (NYHA) establece cuatro clases en relación a los síntomas relacionados con la capacidad funcional (tabla 3)<sup>22</sup>. Otros datos que también conviene recoger en la entrevista inicial son el peso, la talla y el índice de masa corporal<sup>23</sup>.

Tabla 3: Clasificación de la ICC según síntomas relacionados con la capacidad funcional (NYHA)<sup>22</sup>.

<i>Clase funcional</i>	<i>Síntomas y actividad física</i>
Clase I	Sin limitación de la actividad física. El ejercicio físico normal no causa fatiga, palpitaciones o disnea.
Clase II	Ligera limitación de la actividad física, sin síntomas en reposo: la actividad física normal causa fatiga, palpitaciones o disnea.
Clase III	Acusada limitación de la actividad física, sin síntomas en reposo: cualquier actividad física provoca la aparición de síntomas.
Clase IV	Incapacidad para realizar actividad física: los síntomas están presentes incluso en reposo y aumentan con cualquier actividad física.

Tabla 4: Clasificación de la ICC basada en la estructura y el daño en el músculo cardíaco (ACC/AHA)<sup>22</sup>.

<i>Estadio</i>	<i>Estructura y daño en el músculo cardíaco</i>
Estadio A	Con alto riesgo de desarrollo de ICC. Anomalía estructural o funcional no identificada; sin signos ni síntomas.
Estadio B	Enfermedad cardíaca estructural desarrollada claramente en relación a la ICC, pero sin signos ni síntomas.
Estadio C	ICC sintomática asociada a enfermedad estructural subyacente.
Estadio D	Enfermedad cardíaca estructural avanzada y síntomas acusados de ICC en reposo a pesar de tratamiento médico máximo.

En cuanto a las pruebas bioquímicas, un examen sistemático de un paciente con ICC debe incluir un hemograma completo, electrolitos, creatinina, tasa de filtración glomerular estimada, glucosa basal, perfil

lipídico, pruebas de función hepática, análisis de orina y TSH<sup>23</sup>. Estos parámetros se van a ver modificados tanto por la propia enfermedad como por el tratamiento farmacológico, por lo que conviene controlar al paciente durante las fases de instauración, ajuste y seguimiento del tratamiento<sup>22</sup>.

En todo paciente con ICC hay que realizar una RX simple de tórax. Por un lado, detecta las anomalías características de la ICC: cardiomegalia, congestión pulmonar y derrame pleural. Por otro lado, puede evidenciar la presencia de una enfermedad pulmonar que podría ser la causa de la disnea o contribuir a la misma.

De la misma forma, el electrocardiograma (ECG) es una herramienta importante en el proceso diagnóstico del paciente con ICC. Permite valorar tanto alteraciones en el ritmo como alteraciones estructurales. Si bien un ECG anormal tiene poco valor predictivo para determinar la presencia de ICC, un ECG completamente normal supone que la presencia de ICC es poco probable (<10%)<sup>22</sup>.

La ecocardiografía tiene un papel fundamental en el diagnóstico y en el tratamiento de la ICC. A todo paciente con sospecha clínica de ICC hay que realizarle un ecocardiograma transtorácico en 2 dimensiones y Doppler. Esta exploración proporciona información sobre la fracción de eyección (debe dar un valor), la estructura del ventrículo izquierdo (VI) (debe indicar el espesor de la pared y los volúmenes) y la presencia de otras anomalías estructurales (tamaños auriculares, valvulopatías y flujos valvulares). Las guías clínicas también establecen la indicación de su realización en las siguientes circunstancias<sup>27</sup>:

- valoración inicial de un paciente con sospecha o diagnóstico clínico de ICC.
- valoración inicial de un paciente con sospecha de cardiopatía.
- reevaluación de un paciente con ICC ya conocida con cambios en su situación clínica o en la exploración cardiaca sin un claro cambio precipitante en la medicación o en la dieta.
- reevaluación de un paciente con ICC ya conocida para monitorización del tratamiento.

- en el seguimiento de un paciente con ICC sin cambios clínicos significativos y más de un año desde la realización del último ecocardiograma.

Los péptidos natriuréticos son biomarcadores de sobrecarga cardiaca, empleados en el diagnóstico, el tratamiento y la valoración pronóstica de la ICC, estando en estudio su validez en estos campos. Lo que sí se recomienda es su cuantificación en aquellos pacientes que acuden a las salas de urgencias por disnea cuyo origen no queda claro desde el punto de vista clínico.

La realización de otras exploraciones diagnósticas dependerá de la sospecha etiológica que se tenga sobre el origen de la ICC: hormonas, coronariografía, etc.

#### 1.4.2. Tratamiento

El tratamiento en la ICC se establece en función de las clasificaciones funcional de la NYHA y estructural de la ACC/AHA (tablas 3 y 4), por eso es importante detallar estos datos en la documentación del paciente. Lo mismo ocurre con la valoración de la función miocárdica, ya que los fármacos empleados en ICC con disfunción sistólica difieren en cierta manera de los empleados en ICC con disfunción diastólica.

En relación a las medidas no farmacológicas, las guías clínicas recogen indicaciones sobre una serie de actividades de la vida diaria que el paciente debe conocer, ya que en muchas ocasiones pueden ser causa de descompensación de la enfermedad. Se recomienda una ingesta baja de sodio y una restricción de líquidos, más intensa cuanto peor sea la clase funcional, así como un abandono del hábito tabáquico (que mejora la morbimortalidad) y un consumo de alcohol inferior a 10 gr/día.

Un dato relevante es el peso: hay que instruir al paciente en el control de su peso, indicándole que debe pesarse de forma rutinaria, cada 2-3 días, a la misma hora y con la misma ropa, de forma que si hay un aumento de más de 2 kg de peso sin otra causa que lo justifique, puede aumentar él mismo la dosis de diurético e informar a su médico. Lo mismo ocurre en caso contrario,

una pérdida progresiva de peso también debe ser consultada para valorar el estado nutricional.

La actividad física en estos pacientes mejora la fuerza muscular, la capacidad vasodilatadora y la disfunción endotelial, y reduce el estrés oxidativo, por lo que se recomienda la realización de ejercicio de forma diaria, regular y moderada en todos los pacientes con ICC.

Habría que considerar vacunación frente a neumococo y vacuna anual antigripal en pacientes sintomáticos, siempre que no haya contraindicación para ello, ya que reduce el riesgo de presentar una infección respiratoria.

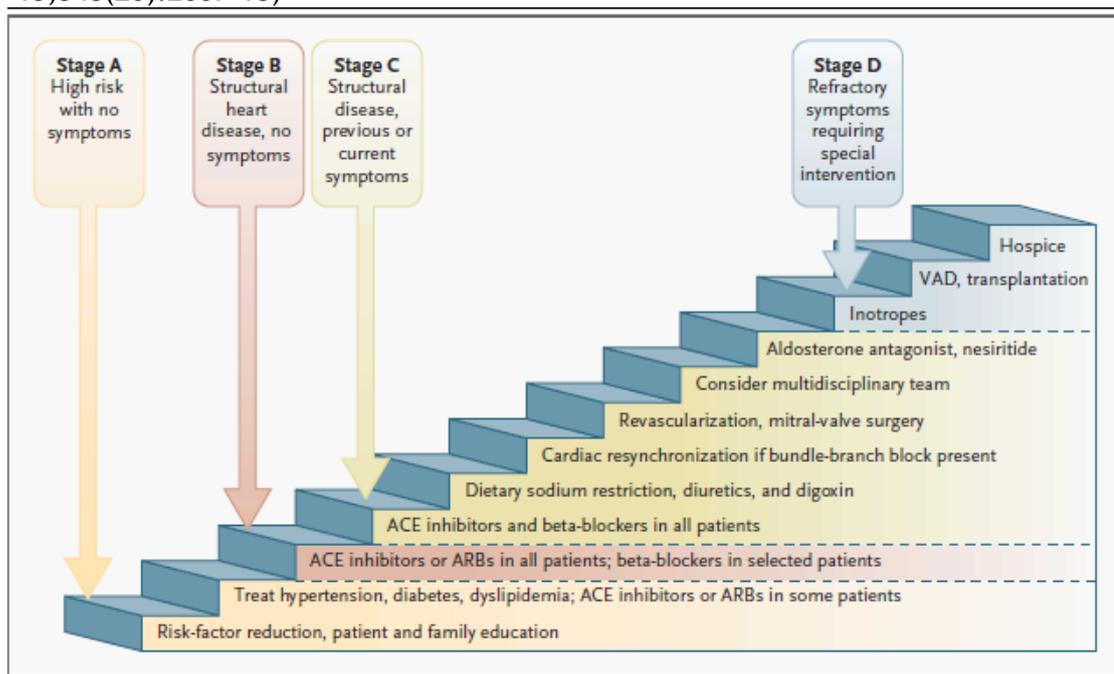
En cualquier caso, desde las guías se indican páginas electrónicas en las que los pacientes pueden aclarar sus dudas en relación a su enfermedad y a los cuidados que deben poner en práctica.

Los fármacos empleados en el tratamiento de la ICC son: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de angiotensina-II (ARAII), betabloqueantes (BB), antagonistas de los receptores de aldosterona y diuréticos. El resto de los fármacos empleados dependerán de la comorbilidad asociada: digitálicos, antiagregantes y anticoagulantes, estatinas, hierro oral, etc. Todos los pacientes con ICC deberían recibir tratamiento con IECA y BB, siempre que no estén contraindicados. En la figura 1 se recoge esquemáticamente los escalones terapéuticos de la ICC sistólica en función de la clase estructural de la ACC/AHA<sup>28</sup>.

Los IECA se administrarán a todo paciente con ICC sintomática y una FEVI menor del 35-40%<sup>24,22</sup>, excepto cuando estén contraindicados. Estos fármacos mejoran la función ventricular y el estado del paciente, reducen los ingresos hospitalarios por empeoramiento de la clase funcional y mejoran la supervivencia. Varios son los estudios que han demostrado los beneficio de los IECA (CONSENSUS<sup>29</sup>, SOLVD-Treatment<sup>30</sup>, etc.) y han hecho que tenga un grado de recomendación I y nivel de evidencia A. Están contraindicados en casos de estenosis bilateral de arterias renales, concentración sérica de potasio superior a 5 mEq/Ly de creatinina sérica mayor de 2,5 mg/dL, estenosis aórtica grave e historia previa de angioedema. Su administración requiere control periódico de la función renal y de los electrolitos séricos y de

la TA, ya que puede producir empeoramiento de la función renal, hiperpotasemia, hipotensión sintomática y tos. Requiere aumento progresivo de la dosis hasta alcanzar la dosis óptima (Enalapril 10-20 mg dos veces al día, Ramipril 5 mg dos veces al día) o la dosis máxima tolerada.

Figura 1: Estadio de la ICC y las opciones terapéuticas en la ICC sistólica (obtenido de Jessup M, Brozena S. Heart Failure. N Engl J Med. 2003 May 15;348(20):2007-18)<sup>28</sup>



*ACE inhibitors = inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, ARBS = antagonistas de los receptores de angiotensina-II, VAD = dispositivo de asistencia ventricular.*

Se indicará el uso de BB en todos los pacientes con ICC sintomática y una FEVI  $\leq 40\%$ , excepto cuando estén contraindicados y no se toleren. Los BB mejoran la función ventricular, reducen el número de ingresos por empeoramiento de la clase funcional y aumentan la supervivencia. Estudios como el CIBIS II<sup>31</sup> y COPERNICUS<sup>32</sup> han favorecido que estos fármacos tengan un grado de recomendación I y nivel de evidencia A. Están contraindicados en asma (pero no en enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]) y en trastornos cardíacos de la conducción (bradicardia sinusal, síndrome del seno y bloqueos aurículo-ventriculares de 2º y 3º) en ausencia de marcapasos

permanente. Los pacientes que reciban estos fármacos deben estar clínicamente estables, con una dosis de diurético ya estable y una dosis óptima de IECA y/o ARAll, y conviene iniciarlos antes del alta hospitalaria. Si no hay signos de empeoramiento cardiaco, hipotensión o bradicardia hay que ir aumentando la dosis hasta llegar a la dosis óptima (Bisoprolol 10 mg/día, Carvedilol 25-50 mg cada 12 horas) o a la dosis máxima tolerada. Como efectos adversos potenciales pueden provocar hipotensión sintomática, empeoramiento de la ICC y bradicardia sintomática.

Los antagonistas de la aldosterona están indicados en todos los pacientes con ICC y una FEVI  $\leq$  35% y en casos de ICC grave y/o sintomática (en clase funcional III-IV), en ausencia de hiperpotasemia y disfunción renal significativa, y en pacientes en clase II con FEVI deprimida y en tratamiento estándar con IECA y BB. En este caso, los estudios que apoyan el grado de recomendación I y nivel de evidencia B son, entre otros, el RALES<sup>33</sup> y el EPHEBUS<sup>34</sup>. Su uso está contraindicado si la concentración sérica de potasio es superior a 5 mEq/Ly la de creatinina mayor de 2,5 mg/dL, y con el tratamiento combinado de IECA y ARAll. Las dosis máximas son 50 mg/día para la Espironolactona y también para la Eplererona. La hiperpotasemia, el empeoramiento de la función renal y la ginecomastia en el caso de la Espironolactona son los efectos adversos, por lo que hay que controlar periódicamente mediante análisis sanguíneo la función renal y los iones.

Los ARAll están indicados en pacientes con ICC y una FEVI  $\leq$  40% que continúan sintomáticos a pesar de recibir tratamiento óptimo con IECA y BB, excepto cuando el tratamiento incluya un antagonista de la aldosterona. También se recomienda su administración como tratamiento alternativo en casos de intolerancia a IECA en pacientes con ICC en clase funcional II-IV de la NYHA. En los estudios Val-HeFt<sup>35</sup> y CHARM-Added<sup>36</sup> se comprobó que al añadir Valsartán y Candesartán, respectivamente, al tratamiento con IECA en pacientes con ICC sintomática, se producía una reducción del riesgo relativo de hospitalización del 24% y 17% y una reducción de la mortalidad del 16%. Además, ambos estudios demostraron que el tratamiento con ARAll mejora los síntomas y la calidad de vida de estos pacientes. Los ARAll pueden producir empeoramiento de la función renal, hiperpotasemia e hipotensión

sintomática. Por lo tanto, sólo se utilizarán tras haber valorado la función renal y los niveles de electrolitos en sangre. Las dosis iniciales son Candesartán 4-8 mg/día y Valsartán 40 mg/día, y se podrá aumentar después de 2-4 semanas hasta alcanzar las dosis máximas (Candesartán 32 mg/día y Valsartán 160 mg/día). Cada aumento de la dosis requiere valoración de función renal e iones.

Los diuréticos proporcionan un alivio de los síntomas y signos de congestión venosa y pulmonar en pacientes con ICC sintomática. Los diuréticos que se emplean con más frecuencia son los de asa (Furosemida y Torasemida), debido a su mayor eficacia al inducir la diuresis y la natriuresis, y pueden combinarse con los diuréticos tiacídicos cuando el edema se hace resistente. Es necesario monitorizar los niveles séricos de potasio, sodio y creatinina antes y durante el tratamiento con diuréticos, sobre todo si se emplean en combinación con antagonistas de la aldosterona. Hay que comenzar la administración de diuréticos a dosis bajas, que habrá que aumentar gradualmente hasta que se produzca una mejoría clínica del paciente. La monitorización del peso del paciente va a permitir ajustar la dosis, fundamentalmente tras el alta hospitalaria y en su domicilio, de forma que se intentará mantener el peso seco con la mínima dosis diurética posible.

La ICC no está exenta de comorbilidad, que puede actuar como causante o desencadenante, y que es necesario tratar. Además, los fármacos empleados en el tratamiento de la ICC también son útiles en el tratamiento de estas comorbilidades, como es el caso de la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM). En relación a la DM tipo 2, la Metformina es el fármaco de primera elección en pacientes con ICC, sobrepeso y sin fallo renal (tasa de filtración glomerular mayor de 39 ml/min), aunque con un grado de recomendación IIa, nivel de evidencia B. Las tiazolidinedionas están contraindicadas en pacientes con ICC y clase funcional III-IV de la NYHA por su mayor incidencia de edema periférico, aunque las guías australianas de ICC publicadas recientemente afirman que se pueden emplear, pero con precaución, siempre que no haya insuficiencia renal crónica (IRC) concomitante<sup>26</sup>. En estos pacientes hay que valorar el uso precoz de la insulina si no se alcanzan los valores de glucosa deseados. En el caso de los

pacientes con EPOC e ICC se puede administrar tratamiento con BB, especialmente si son cardioselectivos. En caso de reagudizaciones respiratorias leves no es necesario suspender de forma inmediata el tratamiento, pero si hay empeoramiento habría que reducir la dosis e interrumpirlo. La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en los pacientes con ICC. Para su tratamiento se emplearán BB y digitálicos para controlar la frecuencia cardiaca; en cambio, los antagonistas del calcio no dihidropiridínicos (Verapamil y Diltiazem) están contraindicados por su efecto inotrope negativo. Para el tratamiento del dolor hay que evitar el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) porque inhiben la acción de los diuréticos y pueden empeorar la función renal; los corticoides tampoco deben usarse por su efectos sobre la retención de sodio y agua. La anemia tiene un papel relevante en la ICC, tanto por su capacidad de agravar la fisiopatología y descompensar la función cardiaca, como por su implicación pronóstica. A pesar de esto, la corrección de la anemia no se ha establecido como parte del tratamiento sistemático de la ICC<sup>22</sup>, y se recomienda el uso de transfusiones, eritropoyetina y hierro oral y/o intravenoso según las circunstancias<sup>26</sup>.

### 1.4.3. Seguimiento

La comunicación entre el especialista y el MAP es fundamental para asegurar la continuidad de cuidados y un uso eficiente de los recursos sanitarios<sup>37</sup>, ya que como se ha dicho previamente, va a ser el MAP el que se encargue de realizar este seguimiento<sup>10</sup>. Es aconsejable programar una consulta ambulatoria al poco tiempo del alta para valorar el estado clínico del paciente, identificar objetivos y diseñar una estrategia efectiva de tratamiento<sup>22</sup>. Esto supone involucrar al paciente en la evolución de su enfermedad, es decir, el paciente debe recibir la información necesaria para comprender qué es lo que le pasa y lo que debe hacer para evitar que empeore, y así hacerlo responsable y copartícipe de este seguimiento. En este sentido, un mayor acceso al personal sanitario mediante contacto telefónico, por ejemplo, proporciona seguridad al paciente y le brinda la oportunidad de resolver dudas<sup>22</sup>.

Este seguimiento tras el alta debe llevarse a cabo especialmente en aquellos pacientes con múltiples comorbilidades y tratamientos, ancianos, con deterioro cognitivo importante, depresión y cualquier problema social que dificulte la toma y la realización correcta de los tratamientos. Es conveniente monitorizar clínica y analíticamente posibles efectos adversos de la medicación y signos y síntomas de descompensación. Para que este seguimiento sea más eficaz, el informe de alta debe contener los resultados de las pruebas complementarias, que permitan realizar una comparación evolutiva en caso de empeoramiento, y cualquier otro dato que sea relevante en el manejo posterior del paciente<sup>37</sup>.

Existen programas para el manejo de la ICC que son estrategias estructuradas y multidisciplinarias en las que se coordinan los distintos servicios sanitarios implicados en la administración de cuidados médicos a lo largo del curso de la enfermedad. Incluyen a médicos cardiólogos, internistas, de Atención Primaria, enfermeras, fisioterapeutas, dietistas, farmacéuticos, trabajadores sociales, etc., y su contenido varía según el país y el contexto sanitario<sup>38</sup>. Se han puesto en marcha distintos modelos de seguimiento de la ICC: consulta ambulatoria, atención domiciliaria, apoyo telefónico y monitorización a distancia. Lo más exitoso de estos programas es que proporcionan una atención individualizada de cada paciente, promocionan las actitudes de autocuidado, permiten un seguimiento estrecho para detectar problemas clínicos y estimulan al paciente para que mejore su adherencia al tratamiento. Las consecuencias son una mejora en la calidad de vida del paciente, incluso una prolongación de la supervivencia, y una reducción significativa de los costes al disminuir los ingresos hospitalarios<sup>39</sup>.

## 1.5. Marcadores pronóstico en ICC

Varios son los factores de mal pronóstico que han sido descritos en la ICC: una FEVI disminuida, el empeoramiento de la clase funcional según la clasificación NYHA, la hiponatremia, la anemia, una hipotensión arterial crónica, la taquicardia en reposo, la insuficiencia renal crónica, una intolerancia a la terapia médica convencional, una sobrecarga refractaria de volumen, y un aumento de los niveles de los péptidos natriuréticos durante el ingreso hospitalario<sup>40,41</sup>.

La capacidad de identificar a los pacientes de alto riesgo tras el alta hospitalaria es particularmente importante, porque permite intensificar el tratamiento y realizar un seguimiento más estrecho sobre estos pacientes. A partir de los marcadores pronósticos conocidos, se han propuesto escalas pronósticas del riesgo destinadas a facilitar dicha identificación.

A partir de la cohorte de pacientes del estudio EVEREST (*Efficacy of Vasopresin Antagonism in Heart Failure Outcome Study with Tolvaptan*), Dunlay y colaboradores<sup>42</sup> plantearon un subestudio con el objetivo de evaluar si la exploración física, las pruebas de laboratorio y el estado de salud (valorado mediante el cuestionario KCCQ: *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire*), a la semana del alta hospitalaria, tienen un valor predictivo sobre los reingresos y la mortalidad de causa vascular. La presencia de estertores, edema maleolar, una mala función renal, la hiponatremia y un péptido natriurético elevado a la semana del alta hospitalaria resultaron ser predictores independientes de reingreso y de mortalidad. En cambio, se observó que el uso de BB tenía un efecto protector sobre la mortalidad. Este estudio propone una revisión exhaustiva a la semana del alta tras una descompensación por ICC, consistente en una exploración física dirigida y una revisión y/o actualización de la medicación, con el objeto de identificar pacientes de riesgo que se beneficiarían de un seguimiento más estrecho.

Otro sistema simple para predecir la mortalidad en los pacientes ambulatorios con ICC es el propuesto por Vázquez y colaboradores en el MUSIC (*MUerte Súbita en Insuficiencia Cardíaca*) *Risk Score*<sup>43</sup>. En este caso el objetivo también es proporcionar una herramienta sencilla, mediante

parámetros clínicos y analíticos, que permita identificar pacientes con alto riesgo de mortalidad que deberían ser estrechamente manejados. Este trabajo recoge pacientes ingresados por descompensación de su ICC, en clase funcional II-III de la NYHA, con FEVI conservada o disminuida, y tratados según las recomendaciones de las guías clínicas, a los que a su ingreso se le ha realizado ECG, RX de tórax, ecocardiograma y análisis sanguíneo (NTproBNP, troponinas y valoración de la función renal mediante el índice MDRD). Hacen un seguimiento a 6 meses y evalúan la mortalidad. De todos los parámetros recogidos, 8 de ellos son factores predictores independientes de mortalidad de causa cardíaca: antecedentes de un evento vascular aterotrombótico, tamaño de la aurícula izquierda (AI) mayor de 26 mm/m<sup>2</sup>, FEVI menor o igual de 35%, presencia de taquicardia ventricular no sostenida (TVNS), tasa de filtrado glomerular menor de 60 mil/min/1,73m<sup>2</sup>, natremia inferior a 138 mEq/l, NTproBNP superior a 1000 ng/mL y troponinas I ó T positivas (si su valor es mayor al percentil 99 de referencia).

Tabla 5: Puntuación de riesgo para cada tipo de mortalidad según el MUSIC *risk score*<sup>42</sup>

	<i>Mortalidad total</i>	<i>Mortalidad de causa cardíaca</i>	<i>Mortalidad por fallo de bomba</i>	<i>Muerte súbita</i>
<i>Evento vascular aterotrombótico previo</i>	3	3		8
<i>AI &gt; 26 mm/m<sup>2</sup></i>	8	9	9	11
<i>FEVI ≤ 35%</i>	5	5	5	
<i>FA</i>	3			
<i>BRI o BAV</i>				7
<i>TVNS</i>	3	4		7
<i>MDRD &lt; 60 mil/min/1,73m<sup>2</sup></i>	4	4	5	
<i>Na &lt; 138 mEq/l</i>	3	3	4	
<i>NTproBNP &gt; 1000 ng/mL</i>	7	7	10	7
<i>Troponinas positivas</i>	4	5	7	
<i>Máxima puntuación posible</i>	40	40	40	40
<i>Paciente de alto riesgo si puntuación mayor de</i>	20	20	20	20

*AI: aurícula izquierda. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. FA: fibrilación auricular. BRI: bloqueo de rama izquierda. BAV: bloqueo aurículo-ventricular. TVNS: taquicardia ventricular no sostenida. MDRD: Modification of Diet in Renal Disease para estimación del filtrado glomerular. Na: sodio. NTproBNP: porción aminoterminal del péptido natriurético cerebral*

A cada uno de estos predictores se les asigna un peso, estableciendo un *score* o puntuación, de tal forma que si este es mayor de 20 puntos el paciente es considerado de alto riesgo de mortalidad y subsidiario de seguimiento estrecho en unidades de ICC (tabla 5).

El estudio OPTIMIZE-HF (*Organized Program to Initiate Lifesaving Treatment in Hospitalized Patients with Heart Failure*)<sup>44</sup> parte de la elevada mortalidad tras el alta de los pacientes que han precisado ingreso hospitalario por descompensación de ICC, para establecer unos factores predictores de mortalidad precoz tras el alta: edad, creatinina sérica, enfermedad reactiva de la vía aérea, enfermedad hepática, TA sistólica baja, hiponatremia, bajo peso al ingreso y depresión. En cuanto al “endpoint” conjunto de muerte o rehospitalización, los predictores más importantes son los niveles de creatinina sérica al ingreso, la TA sistólica, la hemoglobina al ingreso, el uso al alta de IECA o ARAII y la existencia de una patología respiratoria concomitante. El uso de BB y estatinas al alta se asoció a un decremento significativo de la mortalidad. Con todos estos factores establece un sistema de puntuación de riesgo tras el alta hospitalaria que permitiría detectar pacientes de alto riesgo de mortalidad y reingreso.

En definitiva, son varios los autores que han visto la necesidad de determinar cuáles son los pacientes con ICC con alto riesgo de fallecimiento o reingreso tras una descompensación aguda, sobre los que intensificar los cuidados ambulatorios y hacer un seguimiento estrecho.

## **1.6. Informe de alta hospitalaria e insuficiencia cardiaca**

Los reingresos hospitalarios por descompensación de patologías crónicas tienen su mayor incidencia durante los meses posteriores al alta hospitalaria<sup>45</sup>. En concreto, en el caso de la ICC existe un 12-24% de reingreso a los 30 días<sup>46,47,48</sup>. En esta línea, Trujillo y colaboradores<sup>49</sup> plantearon un estudio cuyo objetivo era analizar la influencia de la cumplimentación de los criterios de calidad de cuidados y de lo apropiado del tratamiento prescrito para los pacientes con un diagnóstico principal de ICC al alta hospitalaria, en

relación con el reingreso o el fallecimiento durante el mes posterior al alta. Concluyen que el reingreso de los pacientes con ICC está determinado por la situación clínica del paciente (valorada por el índice de comorbilidad de Charlson) y lo apropiado del tratamiento aplicado en relación a las guías clínicas correspondientes, más que por el cumplimiento de los criterios de calidad.

El periodo precoz tras el alta es un periodo vulnerable, ya que el paciente se tiene que adaptar a una nueva situación, tiene que hacer modificaciones en su dieta y en su actividad física, tiene que asimilar y entender los cambios que se han producido en su medicación para una administración correcta, etc. Metra y colaboradores proponen varias causas que motivan el reingreso hospitalario en pacientes con ICC: la hospitalización como expresión de los estadios finales de la enfermedad en algunos casos (que hace que los tratamientos se vuelvan ineficaces), un alivio incompleto de la sobrecarga de líquidos, una educación insuficiente del paciente tras el alta respecto a su enfermedad, la falta de implementación de tratamientos basados en la evidencia, y un plan de seguimiento tras el alta poco definido<sup>50</sup>. Todos estos hechos revelan la importancia de la evaluación después del alta, a los 7-15 días, en los pacientes hospitalizados por ICC, ya que esa revisión da la oportunidad de valorar el estado hídrico del paciente, dar información adicional, revisar medicaciones y ajustar dosis, y planear posibles exploraciones diagnósticas. Así, se conseguiría una disminución de los reingresos, y de forma indirecta, una mejora en la confianza del paciente en el sistema de salud.

Algunos estudios han sugerido que una explicación exhaustiva al alta, recogida en el IAH, con una monitorización ambulatoria del estado del paciente y un meticuloso seguimiento, reducen la frecuencia con la que los pacientes vuelven a urgencias o son rehospitalizados por una descompensación cardíaca<sup>51</sup>. Sin embargo, Jha y colaboradores<sup>48</sup> afirman que las mejoras en las instrucciones que se dan en el IAH es improbable que tengan un efecto significativo, dato obtenido a partir del estudio en el que valoran la tasa de reingreso a los 30 días tras el alta en dos procesos comunes, como la neumonía y la ICC.

Los IAH deben considerarse no como un registro formal de los acontecimientos ocurridos durante un episodio de hospitalización, sino como un importante medio de comunicación y herramienta de aprendizaje para mejorar la continuidad de cuidados en el paciente con ICC. A partir de esta idea Raval y colaboradores<sup>52</sup> publicaron en 2003 un trabajo cuyo objetivo era determinar la adecuación del IAH en los casos de ICC como instrumento de comunicación entre los médicos especialistas y los de Atención Primaria. En este estudio se señala la importancia de reflejar en dicho informe aspectos vinculados al diagnóstico, como los factores de riesgo cardiovasculares o la etiología del cuadro; y al tratamiento, como la aparición de efectos secundarios al introducir un fármaco recomendado por las guías de práctica clínica o la capacidad funcional del ventrículo izquierdo, que va a condicionar el empleo de unos fármacos determinados.

Para muchos pacientes, la hospitalización puede ser el comienzo de la optimización del tratamiento, lo que requiere una continuidad tras el alta. Pero esa adecuación del tratamiento a las recomendaciones de las guías en ocasiones resulta inapropiada, debido principalmente a la información inadecuada transmitida por parte del especialista, y en concreto, la escasez de datos sobre la dosificación de los fármacos empleados.

Es de destacar la importancia que en este sentido tienen los IECA y los BB. Los niveles de recomendación de estos fármacos en ICC es IA, por lo tanto todos los pacientes deberían recibir tratamiento con IECA y BB, salvo que estén contraindicados, se haya producido intolerancia, o se haya retrasado su inicio por inestabilidad o reagudización, situaciones en las el MAP debería introducirlo de forma ambulatoria una vez alcanzada la estabilidad clínica. En 2009 Shakib y colaboradores<sup>53</sup> publicaron un estudio retrospectivo cuyo objetivo era determinar el nivel de información, documentación, planes de cuidados y objetivos terapéuticos, en los IAH de pacientes con ICC de un hospital terciario a un MAP. El 70% de los pacientes recibieron tratamiento con IECA y el 40% con BB. Estos datos fueron similares a los publicados en los estudios CASE<sup>54</sup> (58% recibieron IECAs y 50% BB) y *EuroHeart Survey*<sup>55</sup> (62% recibieron IECA y 37% BB). Cabe destacar que en este estudio de Shakib en el 11% y 25% de los pacientes no se habían prescrito IECA ni BB respectivamente,

sin detallar el motivo. Además, las recomendaciones no farmacológicas relacionadas con la regulación del uso de diuréticos, la monitorización del peso, el ejercicio, etc., no se encontraron en ninguno de los IAH revisados<sup>53</sup>.

La mayoría de las hospitalizaciones por ICC se asocian a una sobrecarga hídrica. Esto hace que la evaluación de este acúmulo de líquidos sea esencial para optimizar el tratamiento, tanto durante la hospitalización como tras el alta. Además, la retención de líquidos puede preceder a los signos y síntomas de la congestión. Actualmente se dispone de varios sistemas que permiten valorar la situación hídrica del paciente: el cateterismo cardiaco para estimar índices cardiacos<sup>56</sup>, el ecocardiograma<sup>57</sup>, los péptidos natriuréticos<sup>58</sup> y la bioimpedancia<sup>59</sup>. El control del peso corporal es el método más asequible, inocuo y universal para la valoración del balance hídrico. Así, el registro del peso durante el periodo de hospitalización de un paciente con ICC permite ir ajustando el tratamiento, además de ser una herramienta útil en el ámbito ambulatorio para detectar de forma precoz descompensaciones cardiacas incipientes<sup>60</sup>.

La valoración ecocardiográfica también es relevante en el proceso de transmisión de datos. Como ya es conocido, mediante el ecocardiograma se determina la FEVI, entre otros datos, y eso va a condicionar de alguna forma el tratamiento a instaurar. En el estudio realizado por Raval y colaboradores en Canadá, el 76% de los IAH tenían registrado el dato de la FEVI; de estos, el 74% presentaban una FEVI menor o igual del 40%, de forma que un 66% de los pacientes con fracción de eyección deprimida eran dados de alta con tratamiento con IECA. Los autores concluyen que la información obtenida a partir del ecocardiograma debe quedar registrada en el IAH, tanto por la importancia que tiene en las cuestiones terapéuticas como para evitar realización de exploraciones complementarias innecesarias<sup>52</sup>.

Es conocido que los pacientes con ICC presentan con elevada frecuencia patologías asociadas, como demuestra el estudio llevado a cabo por el Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Medicina Interna, en el que se identificaron patologías comórbidas en el 60% de los 2127 pacientes valorados<sup>61</sup>. Es por este motivo por el que el médico especialista tiende a prescribir al alta hospitalaria todos los fármacos que el

paciente debería tomar para mejorar cada una de sus patologías. Estas prescripciones puede llegar a ser complejas, y en situaciones de edad avanzada, déficit cognitivo, visual o acústico, su buen cumplimiento depende en buena medida del entorno familiar y social del paciente. Por un lado, estos hechos condicionan la importancia de recoger en el IAH las comorbilidades asociadas a la ICC, ya sea por su participación en un nuevo episodio de descompensación y por ende una mayor frecuencia de ingresos, su asociación a mayor discapacidad y mortalidad, o por las decisiones terapéuticas que conllevan. Estas comorbilidades pueden ser recogidas de forma nominal o descriptiva, o bien mediante los llamados índices de comorbilidad, como el de Charlson<sup>20</sup>. Por otro lado, la polifarmacia a la que se somete a estos pacientes no está exenta de riesgos, principalmente en ancianos. Ya en 2001 se publicó un estudio realizado en hospitales españoles donde se objetivó que más del 7% de los ingresos de ancianos pueden deberse a efectos adversos a fármacos<sup>62</sup>. Otros estudios han mostrado que los efectos adversos farmacológicos se relacionan principalmente con dos variables: edad y número de fármacos<sup>63</sup>. Además, en ocasiones el médico prescriptor subestima la adherencia del paciente al tratamiento, y no deja reflejado en el IAH la importancia de cada uno de los fármacos y si se puede prescindir o no de ellos, así como las consecuencias que se deriven de su abandono. De hecho, un trabajo de Jiménez-Puente<sup>64</sup> publicado en 2008 considera que una proporción considerable de las prescripciones al alta hospitalaria en pacientes con ICC son prescindibles. Estas circunstancias intervienen en el desarrollo y evolución de la enfermedad a corto-medio plazo, de ahí la importancia de que esta información esté contenida en el IAH y sea conocida por el médico responsable del seguimiento del paciente.

La ICC supone una proporción significativa de los ingresos hospitalarios, pero no es tan común en las consultas de Atención Primaria. Aunque el 60% de los pacientes hospitalizados por ICC se remiten al MAP sin recomendación de seguimiento por un médico especialista, esto sólo supone un 2,9% en las consultas de Atención Primaria<sup>53,65</sup>. Una inadecuada provisión de documentación de los médicos especialistas (especialmente de los pacientes que han requerido un ingreso hospitalario) y la falta de información sobre la

dosificación de IECA y BB hacen que la aplicación de las guías de práctica clínica en Atención Primaria sea insuficiente. Por eso, algunos autores, como Shakib<sup>53</sup>, postulan que en pacientes con enfermedades crónicas que precisen ingresos hospitalarios por reagudizaciones, sería conveniente estandarizar unas recomendaciones para el manejo a largo plazo como un componente obligatorio en los IAH.

### 1.7. Comunicación y errores en la continuidad de cuidados

Según establece la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), el IAH debe ser completado y recibido por el MAP en un plazo de 30 días tras el alta hospitalaria<sup>66</sup>, aunque este periodo de tiempo no es suficiente según las características del paciente, en muchos de los casos. Bell y colaboradores<sup>67</sup> publicaron en 2008 el resultado de un estudio multicéntrico cuyo objetivo era determinar si el conocimiento por parte del MAP del ingreso del paciente y la recepción de un IAH estaban asociados a la mortalidad, reingresos y visitas a urgencias en los 30 días siguientes al alta, mediante una encuesta dirigida a los MAP y una llamada telefónica al paciente. El 68% de los MAP respondieron a esa encuesta, de los cuales el 42% afirmó haber recibido el IAH a las 2 semanas del alta. A pesar de que más de la mitad de los MAP no habían recibido el IAH a las 2 semanas del alta y casi un 25% no tiene conocimiento del ingreso del paciente en un hospital, estos hechos no se asocian con el riesgo de muerte, reingreso y visita a urgencias a los 30 días del alta (en este estudio 7,6%, 10,8% y 6,4% respectivamente). Este hecho puede verse influido por la fragilidad de los pacientes y la progresión de las enfermedades crónicas<sup>45</sup>, así como por procesos intercurrentes que precisen asistencia médica<sup>67</sup>.

En su tesis doctoral, Flamarique<sup>68</sup> afirma que los habituales sistemas de comunicación entre niveles asistenciales no son eficientes. Para esto, realiza un estudio en pacientes dados de alta del servicio de Medicina Interna con el diagnóstico principal de ICC, partiendo de la hipótesis de que estos pacientes se podrían beneficiar de la implantación de un plan de mejora de calidad para

su tratamiento y seguimiento, lo que podría mejorar su calidad de vida reduciendo los reingresos, la frecuentación a urgencias y la mortalidad asociada. La colaboración del Servicio de Medicina Interna con Atención Primaria se realizó a través de una carta que notificaba la situación de ingreso del paciente y otra al alta ofertando una comunicación directa a los MAP a través de carta o teléfono móvil. De los 108 casos, solo se produjo la contestación del MAP en uno de ellos. Ante este hecho, se realizó una encuesta a posteriori a través de correo ordinario para tratar de averiguar los motivos de la escasa respuesta. El 52% de las respuestas aluden al desconocimiento de las notificaciones a los centros de salud. El 39% consideran que la falta de tiempo o las malas comunicaciones internas impidieron contactar con el internista. En el 9% no se consideró prioritaria la colaboración con Medicina Interna.

En esta misma línea, Kripalani y colaboradores<sup>11</sup> publicaron en 2007 una revisión sistemática de 55 estudios que valoraban los déficits en la comunicación y la información transferida entre los médicos especialistas y los MAP después del alta hospitalaria. El 17-20% de los MAP dicen haber recibido notificación siempre sobre las altas, y aproximadamente el 11% de los IAH nunca llegan a ser recibidos por el MAP. Este trabajo aporta datos interesantes sobre el contenido relevante de los IAH que está ausente: en el 17,5% falta el diagnóstico principal, en el 10,5% la exploración física, en el 38% el resultado de exploraciones diagnósticas, en el 21% el tratamiento al alta y en el 14% un plan explícito de seguimiento. Incluso en el 25% falta la identificación del médico responsable. Pero las tasas más altas de información no detallada corresponden a pruebas pendientes al alta (65%) y el asesoramiento sobre la enfermedad a pacientes y/o familiares (91%).

Un aspecto importante en esta transmisión de información es el relacionado con el tratamiento. Tras el alta, más de la mitad de los pacientes experimentan al menos un error médico en la medicación o en las pruebas complementarias durante el seguimiento. El 19-23% de los pacientes presentan eventos adversos farmacológicos, de los cuales la mitad se puede evitar<sup>69</sup>. En dos estudios publicados en 2004<sup>70</sup> y 2005<sup>71</sup> se observó que el 54% de los pacientes experimentó una discrepancia entre la medicación al ingreso

y tras el alta, considerándose el 39-45% de estas discrepancias una amenaza potencial para el paciente. Así, se considera necesario realizar una adecuada historia clínica al paciente a su ingreso en el hospital, recogiendo la medicación que toma, cuándo, si hay algún fármaco que le sienta mal o sea alérgico, e incluso si la toma es irregular o se olvida de su administración con frecuencia, de tal forma que al alta se le proporcione al paciente una nueva lista que deje claro los fármacos previos que debe seguir tomando y los que tiene que añadir a partir de ese momento<sup>69</sup>.

Se han descrito varias limitaciones a este problema de comunicación, como la falta de tiempo y/o de personal para la redacción del IAH, el desconocimiento por parte de los profesionales de la legislación respecto al IAH<sup>72</sup>, la tendencia a establecer la comunicación solo en los casos de alto riesgo<sup>67</sup>, el uso de correo ordinario como medio de comunicación, la dispersión geográfica de los pacientes y la limitación de los recursos, e incluso la consideración como innecesaria de esta colaboración<sup>68</sup>.

## 1.8. Estado actual de la situación

En definitiva, a pesar de la existencia de un informe de alta estandarizado que recoge el contenido mínimo necesario para describir el episodio actual y las recomendaciones post-hospitalización, no hay criterios homogéneos en cuanto a la información relativa a la ICC se refiere, lo que supone la pérdida de elementos importantes relacionados con la patología, con un impacto negativo en la transmisión de la información, y su consecuente repercusión sobre la morbilidad y el desarrollo posterior del proceso. Esta situación puede ser modificable mediante determinadas actuaciones dirigidas a sensibilizar y concienciar al personal sanitario del valor del informe de alta y de la importancia de su contenido.

## 2.- HIPÓTESIS DE TRABAJO

El informe de alta que se entrega a los pacientes con diagnóstico principal de ICC, adolece de la información necesaria e imprescindible desde el punto de vista diagnóstico, pronóstico y terapéutico, para proporcionar una continuidad de cuidados de calidad entre los distintos niveles asistenciales.

Por lo tanto, se considera que los IAH son susceptibles de mejora, mediante una intervención sencilla sobre aquellos especialistas del ámbito hospitalario que se ocupan de la atención de los pacientes con ICC. Esperamos, en consecuencia, que los IAH emitidos tras la intervención contengan datos más completos que faciliten la continuidad de cuidados.

### **3.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

#### **3.1. Objetivos principales**

1.1. Describir y analizar el IAH que han recibido los pacientes con ICC ingresados durante los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2007, en los servicios de Medicina Interna de un hospital terciario y universitario.

1.2. Analizar si una intervención puntual sobre el personal sanitario involucrado en el cuidado de los pacientes con ICC es capaz de mejorar la calidad de la información recogida en el IAH.

#### **3.2. Objetivos secundarios**

2.1. Establecer el conjunto mínimo de datos (CMD) que debería incluir el informe de alta hospitalaria para considerarlo completo, incluyendo datos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos.

2.1.1. Analizar la cantidad de la información recogida en los informes de alta del periodo seleccionado en comparación al CMD establecido.

2.1.2. Analizar la información que recibe el paciente relativa a las medidas de tratamiento no farmacológico en el IAH.

2.1.3. Analizar el tratamiento farmacológico empleado en la estabilización del paciente y recomendado al alta, y su adecuación a las guías de práctica clínica actuales.

2.1.4. Analizar el seguimiento médico de los pacientes dados de alta con el diagnóstico de ICC, en relación al especialista al que se derivan, las pruebas que se solicitan y el tiempo indicado para la siguiente valoración médica.

2.2. Comunicar a los especialistas de Medicina Interna los resultados obtenidos de la revisión de los IAH (fase de intervención) del periodo comprendido entre enero y abril de 2007.

2.3. Analizar el contenido de los informes de alta emitidos durante el periodo de tiempo posterior a la intervención comprendido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2011 y determinar si recogen el CMD.

2.4. Crear un modelo de informe de alta que recoja la información considerada imprescindible para el seguimiento y tratamiento del paciente con ICC.

## 4.- PACIENTES Y MÉTODOS

### 4.1. Diseño del estudio

Para la consecución de los objetivos se diseñó un estudio en dos fases, una primera observacional y descriptiva y, una segunda, de intervención.

La Comunidad Autónoma de Aragón se divide en 8 Sectores de Salud, el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” está integrado en el Sector III y es Centro de Atención Especializada y Hospital de referencia para el Sector y en algunos procesos para la Comunidad Autónoma. Dicho Sector corresponde a la zona noroccidental de la provincia de Zaragoza y al oeste de la ciudad de Zaragoza, y tiene una población de 293.892 habitantes según padrón municipal de 1 de Enero de 2007. Según la pirámide de población correspondiente al Sector III de salud, el 15,1% de la población es menor de 15 años; el 13,2%, mayor de 65 años; y el 5,5%, mayor de 80 años (figura 2). El Sector Zaragoza III ocupa una extensión de 7139,6 km<sup>2</sup> y presenta una densidad de población de 41,2 habitantes por km<sup>2</sup> <sup>73</sup>.

El hospital dispone de 802 camas, de las cuales 119 corresponden al Servicio de Medicina Interna. Dicho Servicio se divide en 4 unidades, con un número equivalente de camas, con 4 facultativos especialistas en cada una de ellas. Según datos de la memoria de actividad del hospital en el año 2007, el servicio de Medicina Interna atendió 3981 ingresos hospitalarios, se dieron 3960 altas y el número de fallecimientos fue de 344.\*

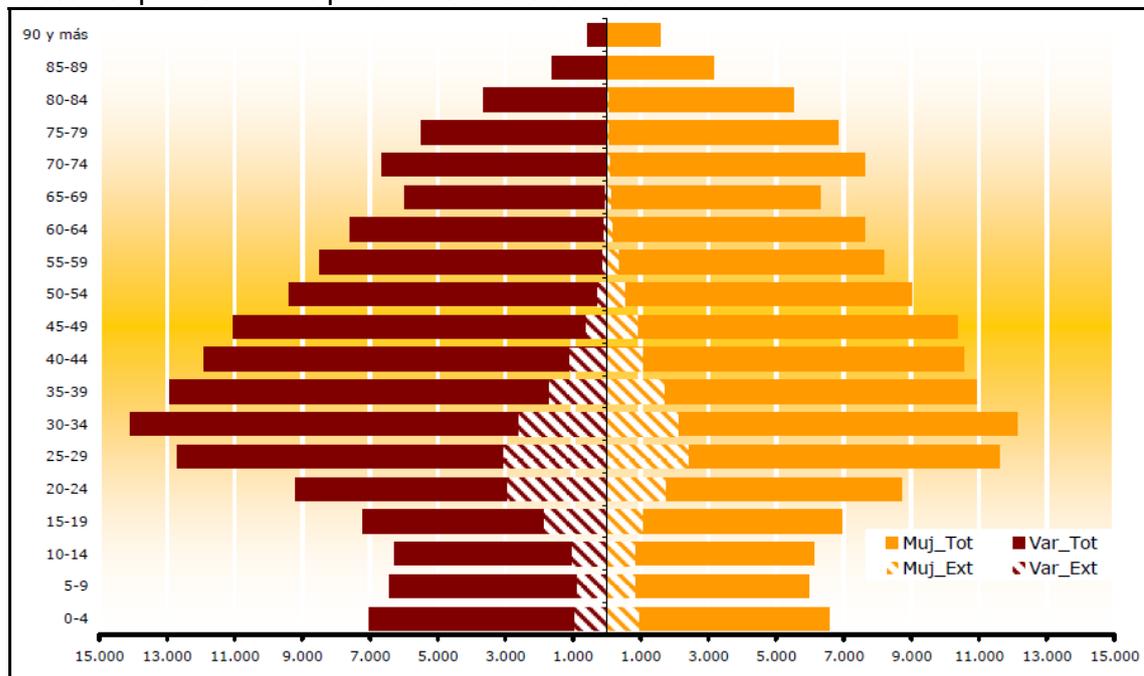
En una primera fase del estudio se revisaron retrospectivamente los IAH de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” desde el 1 de enero de 2007 al 30 de abril de 2007, entre cuyos diagnósticos principales se encontraba el de ICC. Para ello, se contactó con la Unidad de Codificación e Información Clínica de dicho hospital. Desde aquí, a partir del CMBD de los IAH, empleando la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) para

---

\* Fuente: memoria del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, año 2007

obtener todos los casos con diagnóstico principal de ICC, y consultando las bases de datos del hospital, se nos proporcionó un listado que contenía tanto el número de pacientes como su número de historia clínica que cumplían los criterios previos. A través de este listado se accedió, mediante la aplicación informática intrahospitalaria “HP Doctor”, al IAH de estos pacientes. Los datos recogidos se describen más adelante.

Figura 2: Pirámide de población del Sector de Zaragoza III de salud, según datos del padrón municipal a 1 de enero de 2007.



(Muj\_Tot=mujeres en total; Muj\_Ext=mujeres extranjeras; Var\_Tot=varones en total; Var\_Ext=varones extranjeros)

Tras analizar la estadística básica descriptiva de los datos recogidos en esta primera parte, se realizó una sesión clínica informativa con los facultativos del Servicio de Medicina Interna de dicho hospital el 29 de abril de 2011, donde se comunicaron los resultados obtenidos y se analizó de modo crítico la situación basal. A raíz de estos datos, se propuso un modelo de IAH para los pacientes dados de alta con el diagnóstico principal de ICC, que se muestra en el Anexo 5. Este modelo de IAH se ha basado en criterios establecidos en las guías clínicas y en la opinión de expertos, ya que no hay referencias en la literatura médica de la existencia de un modelo ya

estandarizado de IAH para casos de diagnóstico de ICC. A partir de aquí se ha determinado un conjunto mínimo de datos (CMD) que, por su importancia diagnóstica y terapéutica, se consideran imprescindibles en la redacción de dicho IAH, y que se detallan más adelante.

En una segunda fase, se realizó un estudio prospectivo donde se analizaron los IAH de los pacientes dados de alta con el diagnóstico de ICC, durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2011 y el 31 de diciembre de 2011, utilizando el modelo propuesto.

Previamente a esta fase prospectiva se envió una carta a todos los facultativos especialistas del Servicio, destacando el objetivo de este trabajo, que es el de mejorar la calidad de los IAH en los casos de ICC, y agradeciendo su colaboración. Este documento se detalla en el Anexo 6.

## 4.2. Selección de la muestra

a) Criterios de inclusión: se recogen los IAH de pacientes dados de alta desde el 1 de enero de 2007 hasta el 30 de abril de 2007, y desde el 1 de octubre de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2011, ingresados en Medicina Interna, con diagnóstico principal de ICC, que hubieran sido ingresados por descompensación de su patología de base. Se incluyen también los casos de pacientes trasladados a otros centros, las altas voluntarias y los fallecimientos con diagnóstico principal de ICC.

b) Criterios de exclusión: pacientes dados de alta desde el 1 de enero de 2007 hasta el 30 de abril de 2007, y desde el 1 de octubre de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2011, ingresados en Medicina Interna, con diagnóstico de ICC pero cuya causa de ingreso no estuviera relacionada con descompensaciones de su enfermedad de base (intervenciones quirúrgicas, estudios complementarios, etc.).

### 4.3. Recogida de datos

Para la consecución de los objetivos se han seguido los siguientes procedimientos:

OBJETIVO	PROCEDIMIENTO
Objetivo 1.1.	Revisión de los IAH del periodo correspondiente y recogida de los datos establecidos en el CMD.
Objetivo 1.2	Comunicación de los resultados de la fase retrospectiva al personal sanitario del Servicio de Medicina Interna y revisión de nuevos IAH. Análisis y valoración de los resultados obtenidos en los periodos retro y prospectivos.
Objetivo 2.1.	Revisión de guías clínicas y opinión de expertos y elaboración de un modelo de IAH para pacientes con ICC. Creación de un CMD imprescindibles en el IAH. Revisión de los IAH emitidos en el periodo de selección retrospectivo y creación de una base de datos. Análisis descriptivo de la información recogida en el periodo retrospectivo.
Objetivo 2.2.	Comunicación de resultados iniciales al personal sanitario involucrado mediante una sesión clínica del Servicio de Medicina Interna.
Objetivo 2.3.	Revisión de nuevos IAH en el periodo seleccionado tras la intervención y creación de una base de datos. Análisis descriptivo de la información recogida en el periodo prospectivo.
Objetivo 2.4.	Elaboración de un modelo de informe de alta que incluye el CMD establecido previamente.

Se evaluaron los IAH de pacientes con ICC, no sólo por diagnóstico principal o motivo de ingreso sino también por cualquier diagnóstico (códigos de la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades: 428.XX, 391.2, 392.0, 398.91, 402.X1, 404.X1, 404.X3), de los que se obtuvieron los IAH con diagnóstico principal de ICC dados de alta en los periodos previamente señalados. Los datos recogidos forman parte de los indicadores de calidad de cuidados propuestos en las guías clínicas de acuerdo con las siguientes definiciones:

1. De la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO):

- Indicador HF-10: pacientes con FA a quienes se prescribe warfarina al alta.
- Indicador HF-36: instrucciones acerca de la dieta a seguir, el control del peso corporal, la medicación prescrita al alta, el grado de actividad física, el programa de seguimiento y las acciones a emprender en caso de empeoramiento.
- Indicador HF-38: evaluación de la función ventricular.
- Indicador HF-44: valoración de la función ventricular izquierda - FEVI.
- Indicador HF-45: consejo para dejar de fumar.

2. De la *American Heart Association/American College of Cardiology*:

- Evaluación de la FEVI.
- Todos los pacientes con una FEVI inferior al 40% deberían ser tratados con IECA.
- Los IECA deberían prescribirse al menos al 50% de la dosis diana.
- Tratamiento con digoxina si la FEVI es inferior al 40%.
- Tratamiento con warfarina si presentan FA.
- Medicación prescrita, consejo de consumir una dieta hiposódica, medidas a adoptar en caso de empeoramiento de los síntomas de la ICC, control del peso y consejo antitabáquico.

Estas 2 organizaciones científicas (JCAHO y AHA/ACC) han propuesto otras medidas de procesos de cuidados que podrían añadirse a la lista anterior:

- Los pacientes en clases II-III de la NYHA con disfunción sistólica y FEVI inferior al 35% deberían tratarse con BB. En caso de no prescribirse por contraindicaciones o efectos secundarios, debería anotarse tal circunstancia en el informe de alta.
- La espironolactona debería prescribirse a pacientes con ICC y FEVI inferior al 35%.
- Se debería realizar una valoración de isquemia miocárdica en los pacientes con historia de infarto agudo de miocardio o angina actualmente.
- El peso corporal de los pacientes debería registrarse al menos la mitad de los días de estancia hospitalaria.
- La presión arterial debería controlarse con objeto de que no superara los 120/80 mmHg para pacientes con una FEVI inferior al 40% o los 140/90 mmHg si la FEVI es superior a 40%.

### 3. Proyecto ACOVE<sup>49</sup>:

- Indicadores de calidad 1 y 2: el tratamiento con IECA se debe prescribir a todos los pacientes con disfunción ventricular izquierda.
- Indicadores de calidad 3 y 4: realizar una historia clínica completa al paciente.
- Indicador de calidad 5: realización de los exámenes complementarios pertinentes durante el mes siguiente al diagnóstico de la ICC.
- Indicador de calidad 6: programa de educación del paciente.
- Indicador de calidad 7: evaluación de la FEVI.
- Indicador de calidad 8: seguimiento bioquímico durante la hospitalización.
- Indicador de calidad 9: todos los pacientes en clases I-III de la NYHA y una FEVI inferior al 40% deberían ser tratados con BB.
- Indicador de calidad 10: los pacientes con una FEVI inferior al 40% sin signos de FA deberían ser tratados, si es necesario, con antagonistas de los canales del calcio de primera o segunda generación.

- Indicador de calidad 11: los pacientes con una FEVI inferior al 40% no deberían ser tratados con antiarrítmicos tipo I.
- Indicador de calidad 12: control de los valores séricos de digoxina si se sospecha intoxicación digitalica.
- Indicadores de calidad 13 y 14: instaurar tratamiento anticoagulante a todos los pacientes con FA.

A partir de estos indicadores se recogieron los siguientes datos especificados en los IAH (tabla de recogida de datos en el Anexo 4):

a) Relacionados con la filiación del paciente: fechas de alta y de ingreso, unidad responsable de su cuidado durante la hospitalización, fecha de nacimiento, sexo, situación social en la que se encuentra el paciente.

b) Relacionados con la filiación de la ICC:

- factores de riesgo cardiovasculares presentes: HTA, DM, dislipemia, tabaquismo, consumo de alcohol, IRC, AVC, EPOC, IAM, arritmias, valvulopatías, miocardiopatías, anemia y artritis.

En estos casos se ha valorado su presencia o no en el IAH, sin tener en cuenta los criterios diagnósticos empleados para determinar su existencia.

- Antecedentes familiares de cardiopatía.
- Etiología de la ICC: recogida tanto de forma implícita como explícita.
- Clase funcional habitual y/o durante la agudización según la clasificación de la NYHA: en los casos en los se describen las dos situaciones se ha utilizado para los cálculos estadísticos la basal o habitual. No se ha tenido en cuenta la clase funcional al alta.
- Clase estructural de la ACC/AHA.
- Ecocardiograma previo: donde se especifique la FEVI o bien permita establecer una clasificación de la ICC en diastólica y sistólica.
- Factor desencadenante del proceso de descompensación actual.
- Número del episodio actual: es la primera descompensación cardiaca o ha sido una reagudización de un proceso ya conocido y establecido.

c) Relacionados con el episodio actual de descompensación de la ICC:

- Peso (en Kg), talla (en metros), IMC (en Kg/m<sup>2</sup>), TA sistólica y diastólica (en mmHg).
- Exploraciones analíticas: hemoglobina (en g/dL), hematocrito (en %), urea (en mg/dL), creatinina (en mg/dL), ácido úrico (en mg/dL), glucosa (en mg/dL), colesterol total (en mg/dL), HDL-colesterol (en mg/dL), LDL-colesterol (en mg/dL), sodio (en mEq/L), potasio (en mEq/L).
- Descripción del ECG realizado durante el ingreso en el caso de que esté realizado.
- Descripción de la radiografía de tórax realizada durante el ingreso en el caso de que esté realizada.
- Realización de un ecocardiograma durante su ingreso y registro de la FEVI.
- Complicaciones o eventos adversos que han sucedido durante la hospitalización: aquellas circunstancias que ocurren durante el ingreso que impiden una evolución satisfactoria del proceso que motivó la hospitalización, independiente de su naturaleza (asociada o no a fármacos, de origen cardiovascular, digestivo, infeccioso, metabólico, etc.).
- Otros diagnósticos concomitantes.

d) Relacionados con el tratamiento de la ICC y de su comorbilidad:

- Existencia en el IAH de unas recomendaciones sobre la alimentación.
- Existencia en el IAH de unas recomendaciones sobre el ejercicio.
- Existencia en el IAH de unas recomendaciones sobre la monitorización y control del peso corporal.
- Existencia en el IAH de unas recomendaciones sobre el abandono del hábito tabáquico en el caso de que sean necesarias.
- Nombre (comercial y/o principio activo), dosis, posología y conciliación de los fármacos pautados: IECA, diuréticos de asa y ahorradores de potasio, ARAII, BB, digitálicos, anticoagulantes orales y/o antiagregantes, nitritos, amiodarona, antidiabéticos

orales y/o insulinas, inhaladores (anticolinérgicos, beta-adrenérgicos de acción corta y de acción larga, metilxantinas), alopurinol, hierro, fármacos hipolipemiantes (estatinas y fibratos), oxigenoterapia crónica domiciliaria.

e) Relacionados con el seguimiento:

- Especialista responsable de los cuidados tras el alta.
- Establecimiento de un tiempo concreto para el seguimiento.
- Exámenes solicitados.

A partir de los indicadores de calidad previamente citados y las recomendaciones de las guías de práctica clínica se ha elaborado el CMD, que incluye:

- 1.- Descripción de los factores de riesgo cardiovascular.
- 2.- Descripción de la comorbilidad.
- 3.- Descripción de la autonomía del paciente.
- 4.- Indicación de la clase funcional basal NYHA (previa a la descompensación).
- 5.- Descripción del número de episodio (“de novo” o crónico agudizado).
- 6.- Descripción del factor desencadenante.
- 7.- Descripción de la exploración física.
- 8.- Presencia de datos analíticos.
- 9.- Descripción de la RX tórax.
- 10.- Descripción del ECG.
- 11.- Descripción del ecocardiograma.
- 12.- Descripción de la etiología.
- 13.- Descripción de la clasificación según la FEVI.
- 14.- Explicación de la monitorización del peso y actuación en consecuencia.
- 15.- Justificación de la no administración de IECA/ARAI y BB.
- 16.- Justificación de la no administración de ACO en los casos de FA.
- 17.- Descripción del responsable del seguimiento.

Las variables del CMD se han manejado como “Descritas” o “No descritas” en los IAH, con algunas excepciones. Para determinar si los factores de riesgo cardiovascular están descritos, se ha cuantificado la presencia de al menos uno de ellos. Con la presencia de comorbilidad cardiorrespiratoria ha ocurrido algo similar. En cuanto a la exploración física, dada su relevancia, se han valorado como descritos aquellos casos que recogían la TA sistólica y diastólica, el peso del paciente y la frecuencia cardiaca en el mismo IAH. Lo mismo se ha tenido en cuenta a la hora de valorar el registro en el IAH de los datos analíticos, de forma que un IAH está completo en este punto si están descritos los valores de hemoglobina y/o hematocrito, urea, creatinina, glucosa, sodio y potasio. Para registrar la clasificación de la ICC según la FEVI se ha valorado la información ecocardiográfica obtenida tanto durante el ingreso como previamente. En relación a la justificación de la no prescripción de IECA/ARAII y BB en el tratamiento al alta, se ha valorado como justificado la presencia de una contraindicación y la retirada del fármaco por alguna complicación y/o efecto secundario, considerando como no justificados aquellos casos en los que la no administración del fármaco no se acompaña de explicación alguna sobre el motivo. Lo mismo ocurre para la valoración de la no antiagregación/anticoagulación en aquellos casos en los que se describe la presencia de una FA en el ECG recogido en el IAH.

El análisis estadístico del CMD y de la calidad de los IAH según la presencia del CMD se ha realizado solo con los IAH de los pacientes que no han fallecido durante el ingreso, es decir, se han desechado los IAH de exitus, ya que estos no contienen la parte correspondiente al tratamiento y al seguimiento. Esto mismo se ha realizado también en el análisis de la adecuación del tratamiento a las guías de práctica clínica. Se han incluido, por el contrario, los correspondientes a pacientes trasladados a UCI, a hospitales de larga estancia y las altas voluntarias.

Para realizar los cálculos estadísticos correspondientes se ha definido el reingreso a la hospitalización por el mismo diagnóstico principal en el periodo estudiado, sin realizar seguimiento de los pacientes fuera de este intervalo de tiempo establecido.

#### 4.4. Análisis estadístico

Tras la recogida de datos se realizó una revisión y depuración de los mismos, y se crearon las variables necesarias para establecer el CMD y valorar la calidad de los IAH y la adecuación del tratamiento a las recomendaciones establecidas. Todas las variables fueron codificadas y posteriormente analizadas estadísticamente el paquete estadístico SPSS para Windows.

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas. Posteriormente, se analizó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov el ajuste o no a la normalidad de las variables.

Las variables cualitativas se exponen como frecuencias relativas y/o absolutas (en %), y las variables cuantitativas están expresadas mediante medidas de tendencia central, media o mediana, con intervalo de confianza (IC) del 95%. Asimismo, las comparaciones realizadas, salvo especificación, han sido realizadas para un error  $\alpha$  de 0,05. Las comparaciones de las variables cualitativas se realizaron con el test Chi-cuadrado y de las variables cuantitativas con el test T de Student. El valor de significación estadística empleado es del 5% ( $p < 0,05$ ).

#### 4.5. Ética y confidencialidad

Para la realización de este trabajo se han empleado los IAH registrados en la base de datos (HP Doctor) del hospital. Se han manejado siguiendo las normas de confidencialidad del centro y de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, identificando a los pacientes, o a los IAH, mediante códigos numéricos, siendo los responsables del estudio los únicos con acceso a los mismos. Por tanto, se ha mantenido en todo momento el anonimato de los pacientes, ya que los datos no se han utilizado con otro fin que no fuera el de cumplir los objetivos del estudio.

Además, la firma en el IAH del médico responsable también se ha manejado de manera confidencial.

No existe ningún tipo de conflicto de interés por parte de la autora ni de ninguno de los participantes en el estudio.

## 5.- RESULTADOS

Para realizar este estudio se han analizado los IAH de dos muestras: la primera, retrospectiva, con 371 IAH, la segunda, tras la realización de la sesión de intervención, con 280 IAH. En conjunto, se han revisado y analizado 651 informes.

### 5.1. Descripción de los informes de alta hospitalaria de la población inicial del estudio

#### 5.1.1. Características sociodemográficas

En el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de abril de 2007 se analizaron 371 IAH cuyo diagnóstico principal era el de ICC. El 47,2% (175) correspondían a pacientes varones y el 52,8% (196) a mujeres con dicha patología.

La edad media al ingreso fue de 79,0 años (IC 95% 78,0-80,0), 76,8 años (IC 95% 75,3-78,3) en los varones y 80,9 años (IC 95% 79,7-82,1) en las mujeres, con una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,000$ ). El 52,6% (195) de los pacientes eran mayores de 80 años en el momento del ingreso, el 43,4% (161) tenían entre 60 y 80 años y el 4,0% (15) eran menores de 60 años.

El 52% (193) de los pacientes procedía de la zona urbana. El 84,1% (312) vivían en su domicilio, el 11,9% (44) estaban institucionalizados y el resto vivían solos en su domicilio y/o con algún tipo de apoyo socio-familiar (4,0% 15). En cuanto a la autonomía del paciente, en el 79,8% (296) de los IAH no constaba este dato, en el 7,5% (28) de los IAH se especificaba la situación de dependencia y en el 12,7% (47) la de independencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

### 5.1.2. Datos relacionados con el ingreso

La estancia media fue de 11,8 días (IC 95% 10,9-12,7). Los días de la semana con más ingresos por esta causa fueron los miércoles (17,8% - 66 pacientes) y los martes (16,7% - 62 pacientes), y los días de la semana con más altas fueron los martes (22,4% - 88 pacientes) y los viernes (21,6% - 80 pacientes). En el periodo previo a la intervención se produjeron 46 fallecimientos (12,4%) por ICC como causa fundamental, y hubo 33 reingresos (8,9%) por el mismo motivo (ver tabla 6).

Tabla 6: Datos relacionados con el ingreso.

	Total	Previo a la intervención	Posterior a la intervención	Significación
<i>Edad media</i> (IC 95%)	80,0 (79,2 - 80,7)	79,0 (78,0 - 80,0)	81,2 (80,1 - 82,4)	0,003 (T-test)
<i>Estancia media</i> (IC 95%)	11,8 (11,1 - 12,6)	11,8 (10,9 - 12,7)	12,0 (10,7 - 13,2)	0,823 (T-test)
<i>Exitus</i> n (%)	85 (13,1)	46 (12,4)	39 (14,0)	0,554
<i>Reingresos</i> n (%)	54 (8,3)	33 (8,9)	21 (7,5)	0,507

### 5.1.3. Factores de riesgo cardiovascular

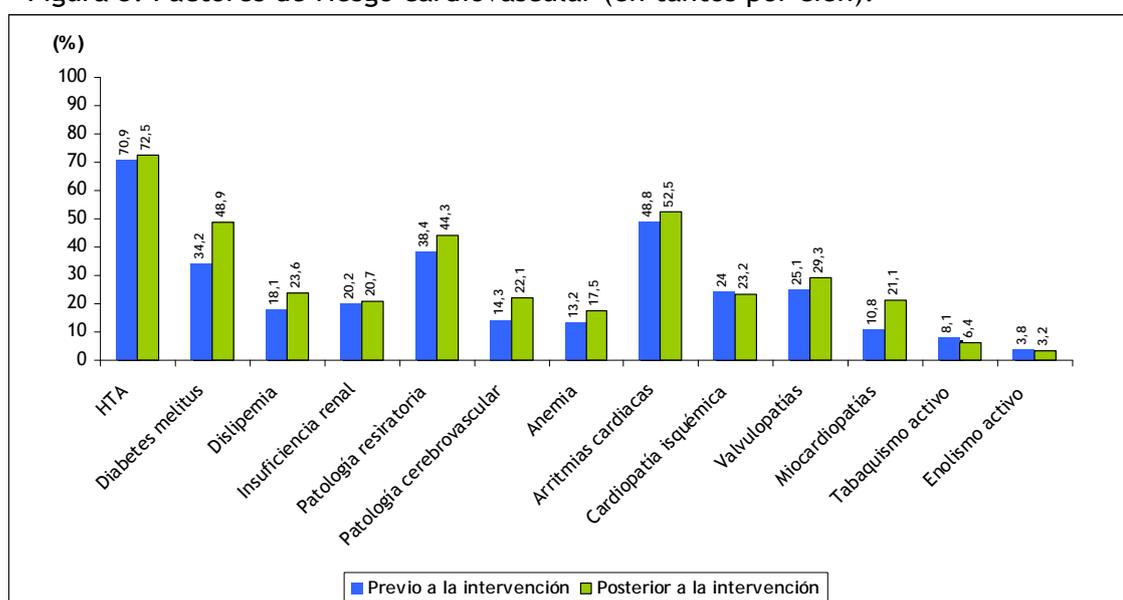
El factor de riesgo más común en la cohorte inicial fue la presencia de HTA en un 70,9% (263 pacientes). El 38,4% (129 pacientes) presentaban entre sus antecedentes algún tipo de patología respiratoria crónica (EPOC, asma, patología vascular pulmonar crónica, etc.), el 34,2% (127 pacientes) eran diabéticos, el 20,2% (75 pacientes) tenían insuficiencia renal crónica, el 18,1% (67 pacientes) algún tipo de dislipemia, el 14,3% (53 pacientes) antecedentes de patología cerebrovascular y el 13,2% (49 pacientes) contaban con el diagnóstico de anemia (ver figura 3).

En relación a la presencia de cardiopatías, el 48,8% (181 pacientes) tenía diagnóstico previo de arritmia cardíaca y/o trastornos en la conducción miocárdica, en el 25,1% (93 pacientes) existía un antecedente de

valvulopatía, el 24,0% (89 pacientes) habían presentado algún evento isquémico coronario y el 10,8 (40 pacientes) ya presentaba una miocardiopatía establecida (ver figura 3).

En el 64,7% (240) de los IAH valorados no se describen datos en relación al hábito tabáquico, y en el 73,9% (274) no hay datos sobre el consumo de alcohol. En el 8,1% (30) de los IAH se detalla la existencia de tabaquismo activo y en el 3,8% (14) la de enolismo activo.

Figura 3: Factores de riesgo cardiovascular (en tantos por cien).



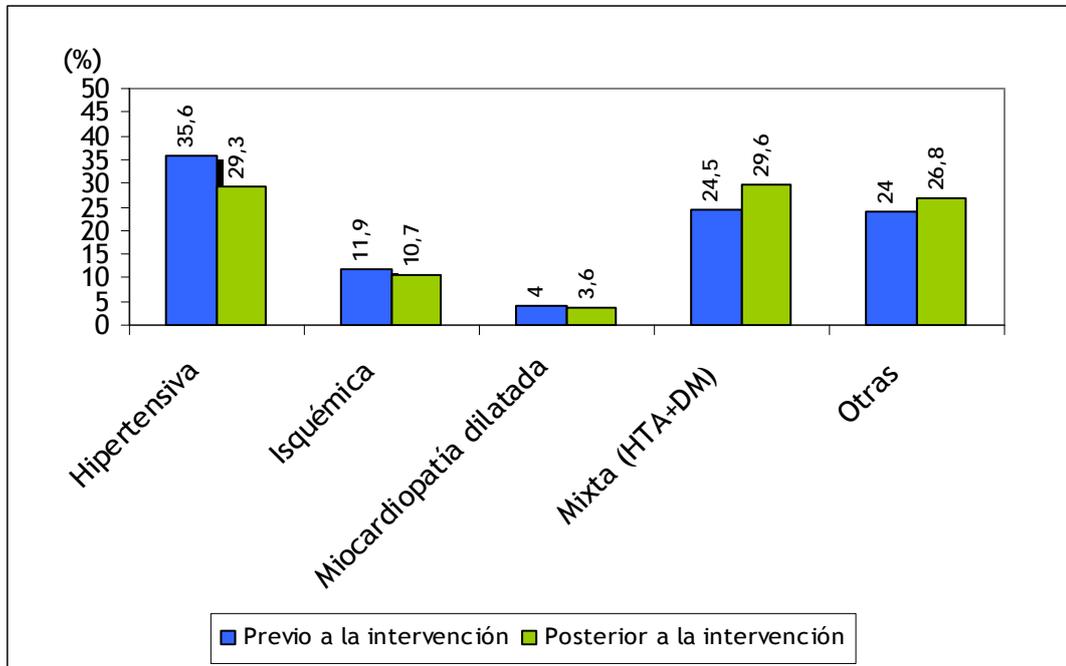
#### 5.1.4. Datos de filiación de la ICC

La etiología de la ICC es deducible en el 84,9% (315) de los IAH, de tal forma que en el 3,0% (11) este dato está detallado explícitamente y en el 12,1% (45) no hay información sobre esta etiología. El origen más frecuente de esta patología es la HTA (35,6% - 132 casos), seguido de cuadros mixtos de HTA y diabetes (24,5% 91 casos) (ver figura 4).

La tabla 7 muestra las diferentes formas de clasificación de la ICC. Una gran parte de los IAH (73,0% - 271) no recogen la clase funcional según la NYHA y en la mayoría no se especifica la clase estructural según la

clasificación de la ACC/AHA (96,5% - 358). Según se registra en los IAH, los pacientes ingresan en clase funcional III y en clase estructural C.

Figura 4: Etiología de la ICC (en tantos por cien).



Para clasificar la ICC en función de la FEVI es necesaria la realización de un ecocardiograma. En dos tercios de los IAH de la cohorte retrospectiva (66,6% - 247) no se detalla si existe o no un ecocardiograma previo. Así, en el 6,5% (24) se habla ya de una ICC diastólica como antecedente y en el 7,8% (29) de una ICC sistólica. En definitiva, en la mayoría de los IAH no se detalla la clasificación de la ICC según la FEVI (ver tabla 7).

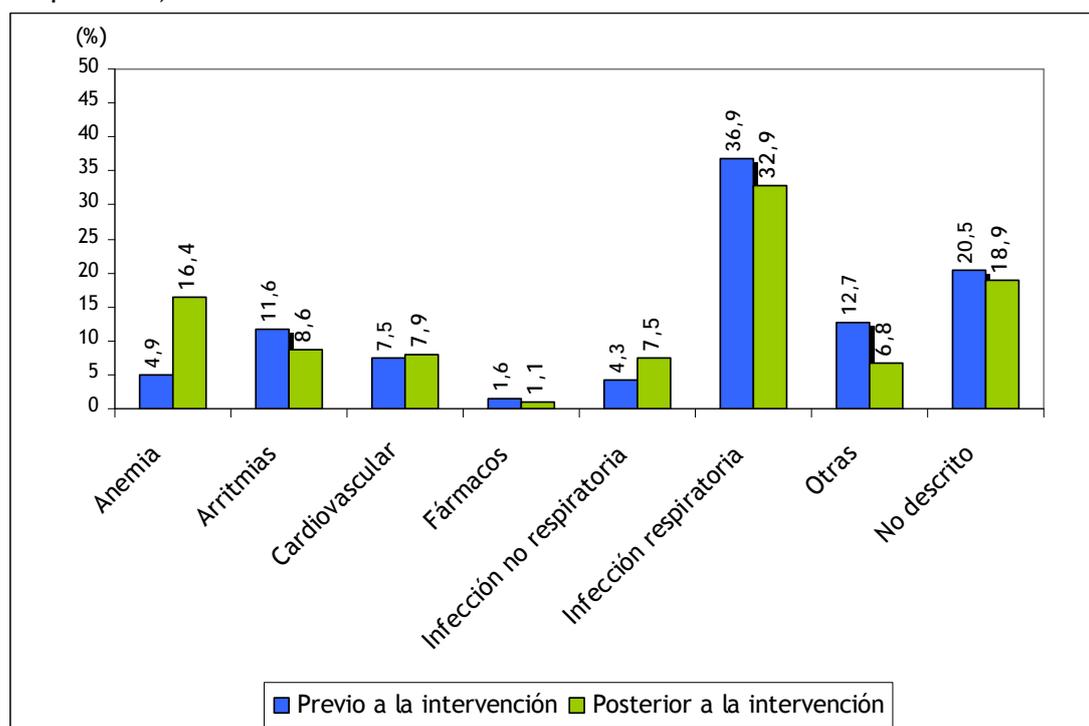
La infección respiratoria es la causa más frecuente de descompensación cardiaca (36,9% 137 casos), aunque en el 20,5% (76) de los IAH este dato no está descrito (ver figura 5). El 19,4% (72) de los casos corresponden a un primer episodio de ICC y el 49,6% (184) a una reagudización, mientras que en el 31,0% (115) de los IAH no hay información disponible en este sentido.

Tabla 7: Datos de filiación de la ICC en los IAH: clasificaciones

	Total n (%)	Previo a la intervención n (%)	Posterior a la intervención n (%)	Significación
<i>Clase funcional NYHA al ingreso</i>				
I	16 (2,5)	15 (4,0)	1 (0,4)	0,041
II	70 (10,8)	37 (10,0)	33 (11,8)	
III	76 (11,7)	40 (10,8)	36 (12,9)	
IV	15 (2,3)	8 (2,2)	7 (2,5)	
No recogida	474 (72,8)	271 (73,0)	203 (72,5)	
<i>Clase estructural ACC/AHA al ingreso</i>				
A	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,050
B	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
C	25 (3,8)	9 (2,4)	16 (5,7)	
D	10 (1,5)	4 (1,1)	6 (2,1)	
No recogida	616 (94,6)	358 (96,5)	258 (92,1)	
<i>Ecocardiograma realizado antes del ingreso actual</i>				
Sí	111 (17,1)	58 (15,6)	53 (18,9)	0,000
No	177 (27,2)	66 (17,8)	111 (39,6)	
No se detalla	363 (55,8)	247 (66,6)	116 (41,4)	
<i>Clasificación de la ICC según la FEVI</i>				
Diastólica	43 (6,6)	24 (6,5)	19 (6,8)	0,350
Sistólica	60 (9,2)	29 (7,8)	31 (11,1)	
No descrito	548 (84,2)	318 (85,7)	230 (82,1)	

NYHA: New York Heart Association. ACC/AHA: American Heart Association / American College of Cardiology. FEVI: Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo

Figura 5: Causas más frecuentes de descompensación de la ICC (en tantos por cien).



### 5.1.5. Descripción del ingreso actual de descompensación cardiaca

Tanto los parámetros antropométricos detallados en los IAH como los resultados de los análisis sanguíneos practicados se recogen en la tabla 8. La mayor parte de los IAH describen el ECG y la RX; aunque en algunos casos esa descripción consta como “sin alteraciones” o “compatible con ICC”.

Tabla 8: Presencia de datos antropométricos y las pruebas complementarias en los IAH.

	Total n (%)	Previo a la intervención n (%)	Posterior a la intervención n (%)	Significación
<i>Datos antropométricos recogidos</i>				
Peso	10 (1,5)	5 (1,3)	5 (1,8)	0,653
Talla	5 (0,8)	4 (1,1)	1 (0,4)	0,297
IMC	5 (0,8)	4 (1,1)	1 (0,4)	0,297
TA sistólica	248 (38,1)	130 (35,0)	118 (42,1)	0,065
TA diastólica	246 (37,8)	129 (34,8)	117 (41,8)	0,068
Frecuencia cardiaca	535 (82,2)	309 (83,3)	226 (80,7)	0,395
<i>Parámetros bioquímicos recogidos</i>				
Hemoglobina	621 (95,4)	353 (95,1)	268 (95,7)	0,733
Hematocrito	596 (91,6)	345 (93,0)	251 (89,6)	0,128
Urea	560 (86,0)	323 (87,1)	237 (84,6)	0,378
Creatinina	582 (89,4)	322 (86,8)	260 (92,9)	0,013
Ácido úrico	418 (64,2)	239 (64,4)	179 (63,9)	0,897
Glucosa	553 (84,9)	306 (82,5)	247 (88,2)	0,043
Sodio	470 (72,2)	268 (72,2)	202 (72,1)	0,979
Potasio	447 (68,7)	265 (71,4)	182 (65,0)	0,080
Colesterol total	347 (53,3)	211 (56,9)	136 (48,6)	0,036
HDL-colesterol	291 (44,7)	147 (29,6)	144 (51,4)	0,003
LDL-colesterol	269 (41,3)	138 (37,2)	131 (46,8)	0,014
<i>Descripción del ECG</i>				
No detallada (%)	65 (10,0)	34 (9,2)	31 (11,1)	0,422
Detallada (%)	586 (90,0)	337 (90,8)	249 (88,9)	
<i>Descripción de la radiografía</i>				
No detallada (%)	50 (7,7)	25 (6,7)	25 (8,9)	0,054
Detallada (%)	548 (84,2)	324 (87,3)	224 (80,0)	
Compatible ICC (%)	26 (4,0)	12 (3,2)	14 (5,0)	
Sin alteraciones (%)	27 (4,1)	10 (2,7)	17 (6,1)	
<i>Realización de ecocardiograma durante el ingreso</i>				
Sí (%)	149 (22,9)	88 (23,7)	61 (21,8)	0,561
No (%)	502 (77,1)	283 (76,3)	219 (78,2)	

IMC: índice de masa corporal. TA: tensión arterial. ECG: electrocardiograma.

Tabla 9: Alteraciones más comunes en las pruebas complementarias.

	Total n (%)	Previo a la intervención n (%)	Posterior a la intervención n (%)	Significación
<i>ECG: alteraciones del ritmo más frecuentes</i>				
FA	297 (50,7)	164 (48,7)	133 (53,4)	0,524
Ritmo sinusal	244 (41,6)	146 (43,3)	98 (39,4)	
Otros	45 (7,7)	27 (8,0)	18 (7,2)	
<i>ECG: presencia de bloqueos de la conducción miocárdica</i>				
Sí	187 (31,9)	108 (32,0)	79 (31,7)	0,526
No	362 (61,8)	211 (62,6)	151 (60,6)	
Marcapasos	37 (6,3)	18 (5,3)	19 (7,6)	
<i>ECG: alteraciones estructurales más frecuentes</i>				
HVI	38 (6,5)	27 (8,0)	11 (4,4)	0,441
Isquemia	48 (8,2)	28 (8,3)	20 (8,0)	
Mixtas	10 (1,7)	5 (1,5)	5 (2,0)	
Otras	68 (11,6)	41 (12,2)	27 (10,8)	
No descrita y/o no presente	422 (72,0)	236 (70,0)	186 (74,7)	
<i>Rx de tórax: presencia de cardiomegalia</i>				
Cardiomegalia	431 (66,2)	250 (58,0)	181 (42,0)	0,464
<i>Rx de tórax: presencia de afectación vascular pulmonar</i>				
Sí	270 (46,3)	194 (56,1)	76 (32,1)	0,000
No	313 (53,7)	152 (43,9)	161 (67,9)	
Edema alveolar	143 (22,0)	139 (37,5)	4 (1,4)	0,000
Mixtas	18 (2,8)	18 (4,9)	0 (0,0)	
Redistribución vascular	59 (9,1)	22 (5,9)	37 (13,2)	
Signos de HTP	52 (8,0)	16 (4,3)	36 (12,9)	
<i>Rx de tórax: presencia de afectación pleural</i>				
Sí	186 (31,9)	97 (28,0)	89 (37,6)	0,015
No	397 (68,1)	249 (72,0)	148 (62,4)	
Calcificación	11 (5,8)	3 (2,9)	8 (9,1)	0,275
Derrame bilat	70 (36,8)	38 (37,3)	32 (36,4)	
Derrame drcho	65 (34,2)	37 (36,3)	28 (31,8)	
Derrame izqdo	42 (22,1)	22 (21,6)	20 (22,7)	
Paquipleuritis	2 (1,1)	2 (2,0)	0 (0,0)	
<i>Rx de tórax: presencia de afectación parenquimatosa pulmonar</i>				
Sí	165 (28,3)	67 (19,4)	98 (41,4)	0,000
No	418 (71,7)	279 (80,6)	139 (58,6)	
Atelectasias	7 (1,1)	7 (1,9)	0 (0,0)	0,000
Broquiectasias	13 (2,0)	13 (3,5)	0 (0,0)	
Edema intersticial	63 (9,7)	0 (0,0)	63 (22,5)	
Enfisema	3 (0,5)	2 (0,5)	1 (0,4)	
Fibrosis	6 (0,9)	3 (0,8)	3 (1,1)	
Masas	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,4)	
Mixtas	3 (0,5)	3 (0,8)	0 (0,0)	
Neumonía	74 (11,4)	42 (11,3)	32 (11,4)	

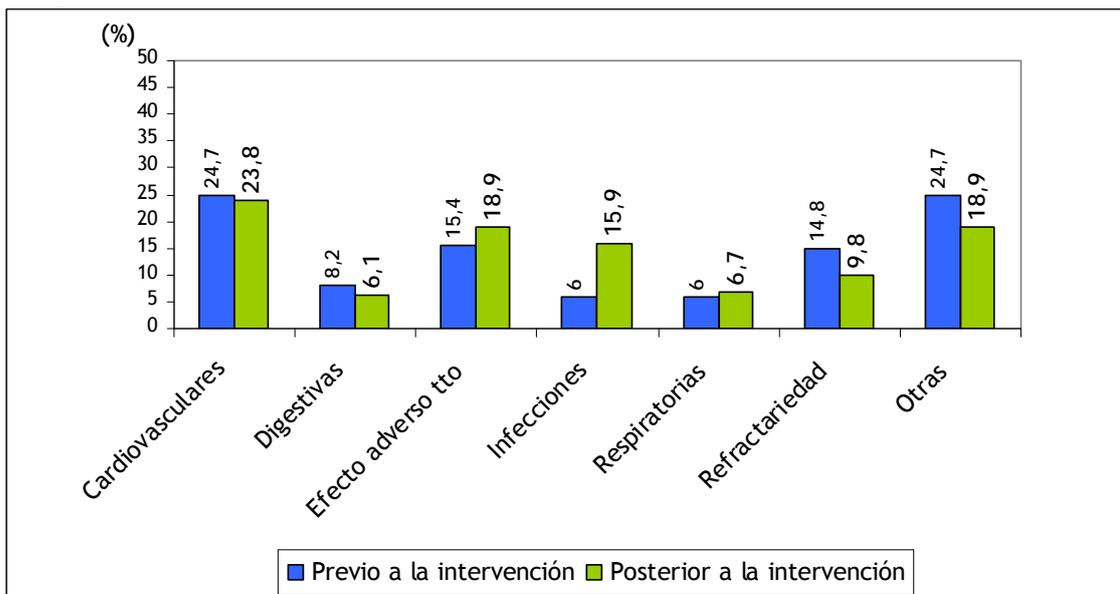
*ECG: electrocardiograma. FA: fibrilación auricular. HVI: hipertrofia ventricular izquierda. Rx: radiografía. HTP: hipertensión pulmonar. Bilat: bilateral. Drcho: derecho. Izqdo: izquierdo.*

La fibrilación auricular es la alteración del ritmo más común (48,7% - 164), mientras que en el 43,3% (146) se registra ritmo sinusal. En el 32,0% (108) de los IAH se describe un bloqueo en la conducción miocárdica. La alteración estructural descrita en el ECG más frecuente es la hipertrofia ventricular izquierda (8,0% - 27), aunque en el 70,0% (236) este dato no está presente o no está descrito.

Las alteraciones más comunes en las pruebas complementarias se detallan en la tabla 9.

Durante el ingreso actual revisado en los IAH se realiza ecocardiograma en el 23,7% (88) de los casos. En aquellos en los que no hay datos ecocardiográficos previos registrados en el IAH (84,4% - 313 IAH), se realiza ecocardiograma al 25,6% (80) ( $p=0,038$ ). La realización ambulatoria de ecocardiograma se programa en el 4,5% (12) de los casos en los que no hay información previa ecocardiográfica. Así, el 44,3% (39) de los casos corresponden a ICC diastólica y el 37,5% (33) a ICC sistólica, quedando un 18,2% (16) de casos en los que a pesar de haber realizado el ecocardiograma no se detalla la FEVI.

Figura 6: Complicaciones sucedidas durante el ingreso más frecuentes registradas en los IAH (en tantos por cien)



En el 49,1% (182) de los IAH se describe la aparición de complicaciones durante el ingreso, siendo las más frecuentes las de origen cardiovascular (24,7% - 45 casos) (ver figura 6). En el 17,3% (64) se detalla algún evento adverso relacionado con el tratamiento, como hipotensión, bradicardia, hiponatremia o hemorragia.

#### 5.1.6. Tratamiento de la ICC

En relación a las medidas no farmacológicas, se detallan consejos sobre la alimentación en el 69,7% (225) de los IAH, y sobre la actividad física adecuada en el 52,0% (168). En un 1,5% (5) de los IAH hay indicación explícita de cómo monitorizar el peso y actuar en caso de que se produzca. Hay indicación sobre la conveniencia de dejar de fumar en el 60,0% (15) de los IAH de los pacientes fumadores activos.

Las tablas 10a y 10b muestran la información relativa a la prescripción de los fármacos indicados en ICC, el momento de su introducción en el tratamiento y, si es el caso, el motivo por el que no se han pautado.

Los IECA están pautados en la mitad (49,2% - 159) de los IAH. Del 50,8% (164) de los casos en los que no está prescrito, en el 88,4% (145) no hay ningún dato que justifique la no indicación.

En el 25,1% (81) de los IAH se prescriben ARAII. Si se tienen en cuenta sólo los IAH en los que no se ha prescrito IECA, se indica ARAII en el 45,1% (74), de tal forma que el 32,1% (90) del total de la muestra no tiene indicado ni IECA ni ARAII. En el 4,4% (7) hay indicación de IECA y ARAII.

Los diuréticos están prescritos en la mayoría (87,0% - 281) de los IAH. De los casos en los que no está indicado, en el 63,6% (7) se han retirado y en el 82,9% (34) no hay ningún dato que justifique la no indicación.

En sólo un tercio de los IAH (29,1% - 94) hay indicación de tratamiento con BB. De los dos tercios restantes (70,9% - 229) en los que no se ha pautado BB, no hay información sobre la ausencia de indicación en la mayoría de ellos (92,6% - 212), existiendo una contraindicación explícita en muy pocos casos (3,9% - 9).

Tabla 10a: Prescripción de los fármacos indicados en ICC (parte I)

	Total n (%)	Previo a la intervención n (%)	Posterior a la intervención n (%)	Significación
<i>Indicación de IECA</i>				
Sí	260 (46,4)	159 (49,2)	101 (42,6)	0,121
No	300 (53,6)	164 (50,8)	136 (57,4)	
Sí-previo al ingreso	129 (50,0)	70 (44,0)	59 (59,6)	0,001
Sí-durante el ingreso	90 (34,9)	55 (34,6)	35 (35,4)	
Sí-pero se desconoce cuándo empieza a tomarlo	39 (15,1)	34 (21,4)	5 (5,1)	
No-están contraindicados	10 (3,3)	1 (0,6)	9 (6,6)	
No-se han retirado	26 (8,6)	18 (11,0)	8 (5,8)	0,006
No-se desconoce el motivo	265 (88,0)	145 (88,4)	120 (87,6)	
Posología especificada	226 (89,0)	139 (88,5)	87 (89,7)	0,775
<i>Indicación de diuréticos</i>				
Sí	500 (89,3)	281 (87,0)	219 (92,4)	0,041
No	60 (10,7)	42 (13,0)	18 (7,6)	
Sí-previo al ingreso	307 (61,4)	157 (55,9)	150 (68,5)	0,000
Sí-durante el ingreso	131 (26,2)	73 (26,0)	58 (26,5)	
Sí-pero se desconoce cuándo empieza a tomarlo	62 (12,4)	51 (18,1)	11 (5,0)	
No-están contraindicados	2 (3,6)	0 (0,0)	2 (13,3)	
No-se han retirado	11 (19,6)	7 (63,6)	4 (36,4)	0,035
No-se desconoce el motivo	43 (76,8)	34 (82,9)	9 (60,0)	
Posología especificada	452 (90,8)	247 (88,5)	205 (93,6)	0,052
<i>Indicación de betabloqueantes</i>				
Sí	184 (32,9)	94 (29,1)	90 (38,0)	0,027
No	376 (67,1)	229 (70,9)	147 (62,0)	
Sí-previo al ingreso	101 (55,5)	46 (48,9)	55 (62,5)	0,065
Sí-durante el ingreso	62 (34,1)	34 (36,2)	28 (31,8)	
Sí-pero se desconoce cuándo empieza a tomarlo	19 (10,4)	14 (14,9)	5 (5,7)	
No-están contraindicados	28 (7,8)	9 (3,9)	19 (14,4)	
No-se han retirado	18 (5,0)	8 (3,5)	10 (7,6)	0,000
No-se desconoce el motivo	315 (87,3)	212 (92,6)	103 (78,0)	
Posología especificada	164 (91,1)	82 (88,2)	82 (94,3)	0,152

*IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina*

Tabla 10b: Prescripción de los fármacos indicados en ICC (parte II)

	Total n (%)	Previo a la intervención n (%)	Posterior a la intervención n (%)	Significación
<i>Indicación de antagonistas de la aldosterona</i>				
Sí	139 (24,8)	82 (25,4)	57 (24,1)	0,718
No	421 (75,2)	241 (74,6)	180 (75,9)	
Sí-previo al ingreso	58 (41,7)	27 (32,9)	31 (54,4)	0,003
Sí-durante el ingreso	65 (46,8)	40 (48,8)	25 (43,9)	
Sí-pero se desconoce cuándo empieza a tomarlo	16 (11,5)	15 (18,3)	1 (1,8)	
No-están contraindicados	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,000
No-se han retirado	14 (5,6)	7 (2,9)	7 (63,6)	
No-se desconoce el motivo	238 (94,4)	234 (97,1)	4 (36,4)	
Posología especificada	125 (89,9)	74 (90,2)	51 (89,5)	0,882
<i>Indicación de ARaII</i>				
Sí	147 (26,3)	81 (25,1)	66 (27,8)	0,462
No	413 (73,8)	242 (74,9)	171 (72,2)	
Sí-previo al ingreso	112 (76,2)	53 (65,4)	59 (89,4)	0,003
Sí-durante el ingreso	21 (14,3)	17 (21,0)	4 (6,1)	
Sí-pero se desconoce cuándo empieza a tomarlo	14 (9,5)	11 (13,6)	3 (4,5)	
No-están contraindicados	2 (0,6)	0 (0,0)	2 (0,3)	0,000
No-se han retirado	16 (5,2)	6 (2,5)	10 (14,9)	
No-se desconoce el motivo	291 (94,2%)	236 (97,5)	55 (82,1)	
Posología especificada	125 (85,6)	67 (83,8)	58 (87,9)	0,479
<i>Indicación de digitálicos</i>				
Sí	190 (33,9)	118 (36,5)	72 (30,4)	0,129
No	370 (66,1)	205 (63,5)	165 (69,6)	
Sí-previo al ingreso	90 (47,4)	44 (37,3)	46 (63,9)	0,000
Sí-durante el ingreso	78 (41,1)	53 (44,9)	25 (34,7)	
Sí-pero se desconoce cuándo empieza a tomarlo	22 (11,6)	21 (17,8)	1 (1,4)	
No-están contraindicados	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,000
No-se han retirado	15 (6,9)	7 (3,4)	8 (61,5)	
No-se desconoce el motivo	203 (93,1)	198 (96,6)	5 (38,5)	
Posología especificada	170 (89,5)	103 (87,3)	67 (93,1)	0,209

*ARaII: antagonistas de los receptores de angiotensina II*

Los antagonistas de los receptores de aldosterona se pautan en un cuarto de los IAH (25,4% - 82). El fármaco se retira en muy pocos casos (2,9% - 7).

Del total de los IAH revisados de la cohorte retrospectiva se indica la administración de digitálicos en 36,5% (118). Si se tiene en cuenta a los pacientes en cuyo ECG se registra una FA (48,7% - 164), se prescriben en el 64,8% (94), pero también se hace en el 7,5% (10) de los pacientes que presentan ritmo sinusal. La amiodarona se indica en el 6,5% (21) de todos los casos valorados.

Además, en estos casos con registro de FA en el ECG, se prescriben antiagregantes y/o anticoagulantes en el 85,5% (124), quedándose sin protección antitrombótica el 14,5% (21). De estos casos, en el 23,8% (5) se han retirado, no hay ninguna contraindicación documentada y en el 76,2% (16) no hay ningún dato que justifique la ausencia de anticoagulación y/o antiagregación en el tratamiento al alta. En total, se prescriben antiagregantes y/o anticoagulantes con diferentes indicaciones en el 73,7% (238) de los IAH.

Para el tratamiento de las comorbilidades asociadas se han prescrito antidiabéticos orales y/o insulina en el 35,3% (114), nitritos en el 19,2% (62), hierro oral en el 11,8% (51), hipouricemiantes en el 15,8% (51), hipolipemiantes en el 20,1% (65), inhaladores en el 31,3% (101) y oxigenoterapia crónica domiciliaria en el 14,9% (48).

#### 5.1.7. Seguimiento

En el 48,0% (180) de los IAH el MAP es el encargado de la realización del seguimiento de estos pacientes. En el 17,5% (65) se indica la revisión por un internista y en el 15,1% (56) por un cardiólogo. En el 0,8% (3) de los informes no se indica quien debe realizar el seguimiento. En el 73,6% (237) no se especifica el tiempo que debe transcurrir para acudir a dicha revisión. Para el seguimiento ambulatorio se solicitan análisis sanguíneos en el 11,5% (37), ecocardiograma en el 4,0% (13) y RX de tórax en el 3,7% (12) (ver tabla 11).

Tabla 11: Seguimiento tras el alta.

	Total n (%)	Previo a la intervención n (%)	Posterior a la intervención n (%)	Significación
<i>Médico responsable del seguimiento</i>				
Cardiólogo (%)	79 (12,2)	56 (15,1)	23 (8,2)	0,025
Internista (%)	132 (20,3)	65 (17,5)	67 (24,0)	
MAP (%)	318 (48,8)	178 (48,0)	140 (50,0)	
Otros (%)	32 (4,9)	23 (6,2)	9 (3,2)	
No especificado (%)	5 (0,8)	3 (0,8)	2 (0,7)	
<i>Periodicidad de la evaluación médica</i>				
Especificada (%)	158 (28,2)	85 (26,4)	73 (30,5)	0,280
No indicada (%)	403 (71,8)	237 (73,6)	166 (69,5)	
<i>Pruebas complementarias solicitadas para la revisión</i>				
Análisis general (%)	95 (16,9)	37 (11,5)	58 (24,3)	0,000
RX tórax (%)	20 (3,6)	12 (3,7)	8 (3,3)	0,811
Ecocardiograma (%)	27 (4,8)	13 (4,0)	14 (5,9)	0,319
Estudio de la función renal (%)	2 (0,4)	2 (0,6)	0 (0,0)	0,222
Otras (%)	37 (6,6)	25 (7,8)	12 (5,0)	0,196

MAP: médico de Atención Primaria. RX: radiografía

## 5.2. Análisis del contenido de los informes de alta hospitalaria emitidos tras la intervención

### 5.2.1. Características sociodemográficas

Durante el periodo de tiempo comprendido ente el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2011 se emitieron 280 IAH con diagnóstico principal de ICC. El 50% (140) de estos IAH hacían referencia a varones y, por ende, otro 50% (140) a mujeres.

En esta cohorte la edad media al ingreso fue superior (81,2 años IC 95% 80,1-82,4) respecto al periodo previo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,003$ ). En el caso de los varones la edad media fue de 80,3 años (IC 95% 78,5-82,1) y de 82,2 años (IC 95% 80,8-83,6) para las mujeres, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0,112$ ). En la población post-intervención el 63,2% (177) de los IAH correspondían a personas mayores de 80 años, el 32,9% (92) a personas con edades entre 60 y

80 años y el 3,9% (11) a menores de 60 años, lo que supone un aumento en la población mayor de 80 años con respecto a la muestra previa a la intervención ( $p=0,021$ ).

Algo más de la mitad de los IAH (158 - 56,4%) pertenecen a pacientes del medio urbano. El 78,6% (220) son pacientes que viven en su domicilio con la familia, el 16,8% (47) viven en una residencia y el 4,7% (13) viven solos en su domicilio y/o con algún tipo de apoyo. En esta población hay un aumento en la proporción de pacientes que viven en residencia en detrimento de los que viven con su familia. En una cuarta parte de los IAH (26,4% - 74) se especifica la situación de dependencia de los pacientes, mientras que en el 49,6% (139) no se especifica ningún dato en relación a la capacidad de los pacientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria. En relación a este dato, existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,000$ ) entre las poblaciones previa y posterior a la intervención, es decir, hay una mejor cumplimentación de este dato en los IAH post-intervención.

### 5.2.2. Datos relacionados con el ingreso

En la tabla 6 se recogen los datos relacionados con el ingreso. La estancia media fue similar en ambas poblaciones sin haber diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,823$ ), y hubo un leve descenso en el número de reingresos (7,5% frente a 8,9%,  $p= 0,505$ ). A diferencia de la cohorte previa a la intervención, los días de la semana con más ingresos por ICC fueron los lunes (17,1% - 48) y los viernes (16,1% - 45) ( $p=0,499$ ), y los días con más altas los viernes (28,2% - 79) y los miércoles (18,6% - 52) ( $p=0,075$ ).

### 5.2.3. Factores de riesgo cardiovascular

En el periodo posterior a la intervención se describieron los factores de riesgo cardiovasculares en mayor proporción para casi todos estos factores. Al igual que en la cohorte previa, el factor de riesgo más común fue la HTA (72,5% - 203 pacientes) ( $p= 0,652$ ). En cambio, en esta población posterior el

segundo más frecuente fue la diabetes mellitus (48,9% - 137), con una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,000$ ). El 44,3% (124) de los IAH recogen el antecedente de patología respiratoria crónica ( $p=0,014$ ), el 23,6% (66) el de dislipemia ( $p=0,084$ ) y el 22,1% (62) el de patología cerebrovascular ( $p=0,009$ ).

En 52,5% (147) de los IAH se describe el antecedente de arritmia cardíaca y/o trastornos en la conducción miocárdica, en 29,3% (82) el de valvulopatía, en 23,2% (65) el de cardiopatía isquémica y en 21,1% (59) el de miocardiopatía (ver figura 3). En comparación con la población inicial, hay un aumento en los porcentajes de la existencia de arritmias ( $p=0,348$ ) y valvulopatías ( $p=0,229$ ), siendo estadísticamente significativo para el de miocardiopatía ya establecida ( $p=0,000$ ); por el contrario hay una disminución de los antecedentes de cardiopatía isquémica que no es estadísticamente significativo ( $p=0,818$ ). En general, en el periodo posterior a la intervención describieron los factores de riesgo en mayor proporción para casi todos los factores recogidos.

En el 66,8% (187) y en el 78,9% (221) de los IAH no se recogen los datos relativos al consumo de tabaco ( $p=0,502$ ) y alcohol ( $p=0,327$ ) respectivamente. En los que sí están descritos, el 6,4% (18) son fumadores activos y el 3,2% (9) consumidores habituales de alcohol.

#### 5.2.4. Datos de filiación de la ICC

La etiología de la ICC está especificada en el 5,0% (14) de los IAH de esta muestra, y en el 89,6% (251) se puede deducir, con una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,006$ ), lo que supone una mejora en la recogida de este dato respecto al periodo anterior. Las causas más frecuentes son la presencia concomitante de HTA y diabetes (29,6% 83) y la HTA (29,3% 82), como ocurría en la población previa a la intervención ( $p=0,372$ ) (ver figura 4).

Aunque la mayoría de los IAH de la muestra post-intervención no recoge la clase funcional NYHA (72,5% 203), este dato es ligeramente mejor que la muestra previa ( $p=0,041$ ). Además, de los casos registrados, la clase funcional

más común en la que se encuentran los pacientes es la III (12,9% 36). Lo mismo ocurre para la clasificación estructural, a pesar de no estar recogida en la mayor parte de los IAH revisados hay una mejoría ( $p=0,050$ ) (ver tabla 7).

A pesar de que algo menos de la mitad de los IAH de la cohorte prospectiva no detallan la existencia o no de un ecocardiograma realizado previamente (41,1% - 116), existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,000$ ) respecto a la población previa, con lo que mejora la recogida de este dato. De los IAH que recogen este dato, el 11,1% (31) corresponden a casos de ICC sistólica ( $p=0,350$ ) (ver tabla 7).

Como se muestra en la figura 5, la causa más frecuente de descompensación, al igual que en la población previa, es la infección respiratoria (32,9% - 92). En el 18,9% (53) de los IAH no se detalla este dato, algo menos que en la previa ( $p=0,000$ ).

#### 5.2.5. Descripción del ingreso actual de descompensación cardiaca

La recogida de los datos antropométricos y de los parámetros bioquímicos analizados es muy similar en ambas poblaciones, a excepción de la creatinina, la glucosa y el HDL-colesterol, cuya recogida ha mejorado de forma estadísticamente significativa tras la intervención ( $p=0,013$ ,  $p=0,043$  y  $p=0,003$  respectivamente) (ver tabla 8).

La descripción del ECG en la cohorte post-intervención ha empeorado con respecto a la previa (88,9% frente a 90,8%), aunque no de forma significativa ( $p=0,422$ ). La alteración del ritmo cardiaco más frecuente también es la FA (53,4% - 133,  $p=0,524$ ), y en el 39,4% (98) de los casos se describe ritmo sinusal. Se describe un bloqueo de la conducción miocárdica en el 31,7% (79) (ver tabla 9).

Lo mismo ocurre con la descripción en el IAH de la RX de tórax, su recogida ha disminuido con respecto a la muestra pre-intervención (80,0% frente a 87,3%) pero no de forma estadísticamente significativa ( $p=0,054$ ). En la tabla 9 se describen los hallazgos de las pruebas complementarias descritos en los IAH.

Se describe la realización de ecocardiograma en el 21,8% (61), inferior respecto a la cohorte previa ( $p=0,561$ ). En cambio, ha aumentado la proporción de ecocardiogramas que se solicitan para el seguimiento ambulatorio (6,3% - 12) aunque no de forma estadísticamente significativa ( $p=0,390$ ). De los casos en los que no se dispone de ecocardiograma previo (81,0% - 227) se realiza durante el ingreso al 23,3% (53) ( $p=0,338$ ). Con esto, el 67,2% (41) corresponden a casos de ICC con FE preservada y el 29,5% (18) a ICC con FE disminuida. En el 3,3% (2) de los IAH no hay datos que permitan clasificar la ICC, dato mucho menor que en la población previa analizada (18,2% - 16) ( $p=0,004$ ).

El número de complicaciones ocurridas durante el ingreso se describe en el 58,6% (164) de los IAH, algo más que en la cohorte previa, siendo estadísticamente significativo ( $p=0,016$ ). Las más frecuentes son las relacionadas con eventos cardiovasculares (23,8% - 39), al igual que en la población previa ( $p=0,059$ ) (ver figura 6). La descripción de eventos adversos relacionados con el tratamiento administrado es menor (12,1% - 34, frente a 17,3% - 64), sin ser estadísticamente significativo ( $p=0,071$ ).

#### 5.2.6. Tratamiento de la ICC

En la mayoría de los IAH se detallan consejos sobre la alimentación más adecuada (82,5% - 198), más que en la cohorte previa, de forma estadísticamente significativa ( $p=0,000$ ). Las indicaciones sobre la actividad física que debe realizarse se detallan de forma similar (54,6% - 131) ( $p=0,545$ ). A pesar de que hay una mejora en el número de IAH que aconsejan control y monitorización del peso (3,8% - 9), esta diferencia no resultó estadísticamente significativa ( $p=0,097$ ). En los IAH que pertenecen a pacientes fumadores activos (6,4%, - 18) , se recomienda dejar de fumar al 71,4% (10) ( $p=0,475$ ).

Los IECA se han prescrito en el 42,6% (101), algo menos que en la cohorte previa ( $p=0,121$ ). En más de la mitad de los casos ya estaba pautado antes del ingreso (59,6% - 59) ( $p=0,001$ ). Como ocurría en la muestra pre-intervención, en la mayoría de los casos en los que no se ha prescrito se

desconoce el motivo de no hacerlo (87,6% - 120) ( $p=0,006$ ) (ver tablas 10a y 10b).

Se ha recomendado tratamiento con ARAll en una cuarta parte de la población (27,8% - 66) ( $p=0,462$ ). Se han indicado en el 46,3% (63) de los casos en los que no se recomendó tratamiento con IECA. Así, el 26,1% (73) no recibió indicación de tratamiento con IECA ni con ARAll ( $p=0,000$ ). En 3 casos (3%) se prescribió tratamiento con IECA y ARAll.

Los diuréticos se han pautado en la mayoría de los casos (92,4% - 219), de manera estadísticamente significativa con respecto a la cohorte pre-intervención ( $p=0,041$ ). Más de la mitad (68,5% - 150) ya lo tomaban antes del ingreso ( $p=0,000$ ). Se ha reducido con respecto a la muestra previa el número de informes en los que no se especifica el motivo de su ausencia de indicación, de forma estadísticamente significativa (60,0% - 9) ( $p=0,035$ ).

Con respecto al uso de BB hay una mejoría en cuanto a la indicación del fármaco estadísticamente significativa con la cohorte inicial (38,0% - 90) ( $p=0,027$ ). Más de la mitad de los pacientes la tenían pautada antes del ingreso (62,5% - 55) ( $p=0,065$ ). Hay una disminución del número de informes en los que no se detalla la razón de la no prescripción (78,0% - 103) ( $p=0,000$ ).

En un tercio de los IAH se recomienda tratamiento con digitálicos (30,4% - 72) ( $p=0,129$ ), pero más de la mitad ya lo tenían antes del ingreso (63,9% - 46) ( $p=0,000$ ). De los IAH en los que se describe una FA en el ECG, se prescriben digitálicos en la mitad de los casos (50,0% - 60) ( $p=0,015$ ) También se prescriben en el 4,9% (4) de los pacientes con ritmo sinusal descrito en el informe ( $p=0,454$ ). La amiodarona se indica en el 5,9% (14) de los casos, cifra similar a la muestra previa ( $p=0,784$ ).

Se han prescrito antiagregantes y/o anticoagulantes orales en el 86,7% (104) de los casos con descripción de FA, al igual que la población inicial ( $p=0,788$ ). Un 13,3% (16) de los casos se quedan sin protección antitrombótica. En total, se han prescrito antiagregantes y/o anticoagulantes con diferentes indicaciones en el 80,2% (190), algo más que en la cohorte pre-intervención ( $p=0,074$ ).

Respecto al tratamiento de la comorbilidad asociada, ha aumentado la prescripción de antidiabéticos orales (45,6% - 108), hierro oral (23,7% - 56),

hipolipemiantes (33,3% - 79) y oxigenoterapia domiciliaria (19,0% - 45) ( $p=0,014$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,000$  y  $p=0,195$  respectivamente).

### 5.2.7. Seguimiento

En la mitad de los casos (50,0% - 140) el seguimiento corre a cargo del MAP; hay más casos que se envían al internista para la realización del seguimiento (23,9% - 67) y menos al cardiólogo (8,2% - 23), siendo esta diferencia estadísticamente significativa respecto al periodo previo a la intervención ( $p=0,025$ ). Hay mayor número de informes en los que se especifica cuándo debe el paciente acudir a una revisión (30,5% - 73), aunque no es estadísticamente significativo ( $p=0,280$ ). Para esta revisión se solicitan más análisis bioquímicos generales (24,3% - 58) ( $p=0,000$ ) (ver tabla 11).

## 5.3. Valoración del contenido de los informes de alta antes y después de la intervención: conjunto mínimo de datos

Se han excluido del análisis los IAH correspondientes a los fallecimientos, de forma que se han analizado 325 informes de la muestra pre-intervención y 241 de la posterior, en total 566.

Los IAH han sido clasificados según la puntuación obtenida en el cumplimiento de las 17 variables del CMD, de forma que la aparición tanto explícita como implícita en el IAH de cada uno de esos datos se ha computado como un punto. Así, desde la puntuación mínima (0 puntos) a la máxima (17 puntos) posible los IAH se ha clasificado en:

- IAH de calidad baja: puntuación menor o igual de 4 puntos
- IAH de calidad media-baja: puntuación de 5 a 8 puntos
- IAH de calidad media-alta: puntuación de 9 a 12 puntos
- IAH de calidad alta: puntuación mayor o igual de 13 puntos

Para simplificar tanto los cálculos como la interpretación estadística también se ha clasificado los IAH como de calidad mala (aquellos con puntuación menor o igual a 8) y de calidad buena (puntuación mayor o igual a 9).

En la tabla 12 se recoge la presencia del CMD en los IAH en las poblaciones estudiadas antes y después de la intervención, así como su significación estadística, es decir, si existe o no una diferencia estadísticamente significativa entre las cohortes previa y posterior a dicha intervención, que supondría una mejora en la recogida de datos en los IAH. De los 17 datos cuya descripción en el IAH se han considerado imprescindible, 6 son los que presentan una mejora en su recogida de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ): la descripción de la comorbilidad cardiorrespiratoria del paciente, de su autonomía, del número de episodio del cuadro de ICC, de la radiografía, de la etiología de la ICC y la justificación de la no administración de IECA y/o ARAII y BB. Esto supone una mejora en cuanto al cumplimiento del CMD en relación a estas variables.

La clasificación de los IAH según la calidad del CMD se expone en las tablas 13a y 13b. En ambos casos, la relación estadística entre la valoración de los IAH de las poblaciones previa y posterior a la intervención es significativa ( $p = 0,001$  en la clasificación en calidad baja, media-baja, media-alta, alta,  $p = 0,0004$  en la clasificación en baja y alta calidad), lo que implica una mejoría en la calidad de los IAH tras la realización de la sesión de intervención.

Los IAH tienen una puntuación media en el cumplimiento del CMD de 8,59 puntos respecto a 17 (IC 95% 8,39 - 8,79) en la cohorte retrospectiva y de 9,25 puntos respecto a 17 (IC 95% 9,01 - 9,48) en la prospectiva, siendo la diferencia de medias de 0,656 puntos (IC 95% 0,349 - 0,963) ( $p = 0,000$  T-Student).

Tabla 12: Presencia del CMD en las cohortes retrospectiva y prospectiva.

<i>Valoración CMD</i>	<i>Total n (%)</i>	<i>Previo a la intervención n (%)</i>	<i>Posterior a la intervención n (%)</i>	<i>Significación</i>
1.- Descripción FRCV	500 (8,3)	280 (86,2)	220 (91,3)	0,060
2.- Descripción comorbilidad cardiorrespiratoria	471 (83,2)	257 (79,1)	214 (88,8)	0,002
3.- Descripción autonomía del paciente	186 (32,9)	69 (21,2)	117 (48,5)	0,000
4.- Indicación de la clase funcional	165 (29,2)	92 (28,3)	73 (30,3)	0,608
5.- Descripción nº episodio	436 (77,0)	228 (70,2)	208 (86,3)	0,000
6.- Descripción factor desencadenante	446 (78,8)	259 (79,7)	187 (77,6)	0,546
7.- Descripción expl. física	5 (0,9)	3 (0,9)	2 (0,8)	0,907
8.- Presencia de datos analíticos	316 (55,8)	186 (57,2)	130 (53,9)	0,436
9.- Descripción RX tórax	480 (84,8)	286 (88,0)	194 (80,5)	0,014
10.- Descripción ECG	522 (92,2)	301 (92,6)	221 (91,7)	0,688
11.- Descripción ecocardiograma	256 (45,2)	146 (44,9)	110 (45,6)	0,865
12.- Descripción etiología	517 (91,3)	290 (89,2)	227 (94,2)	0,038
13.- Descripción clasificación según FEVI	214 (37,8)	119 (36,6)	95 (39,4)	0,496
14.- Explicación monitorización peso	14 (2,5)	5 (1,5)	9 (3,7)	0,096
15.- Justificación de no administración de IECA/ARAII y BB	93 (16,4)	42 (12,9)	51 (21,2)	0,009
16.- Justificación de no ACO en FA	10 (3,8)	5 (3,4)	5 (4,1)	0,770
17.- Descripción responsable del seguimiento	561 (99,1)	322 (99,1)	239 (99,2)	0,907

*FRCV: factores de riesgo cardiovascular. Expl.física: exploración física. RX: radiografía. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. ARAII: antagonistas de los receptores de angiotensina II. BB: betabloqueantes. ACO: anticoagulantes orales. FA: fibrilación auricular.*

Tabla 13a: Clasificación de los IAH según su calidad en baja (<4 puntos), baja-media (5-8 puntos), media-alta (9-12 puntos) y alta (> 12 puntos).

<i>Calidad del IAH</i>	<i>Total n (%)</i>	<i>Previo a la intervención n (%)</i>	<i>Posterior a la intervención n (%)</i>	<i>Significación</i>
Baja	3 (0,5)	1 (0,3)	2 (0,8)	0,001
Media-baja	195 (34,5)	129 (39,7)	66 (27,4)	
Media-alta	347 (61,3)	190 (58,5)	157 (65,1)	
Alta	21 (3,7)	5 (1,5)	16 (6,6)	

Tabla 13b: Clasificación de los IAH según su calidad en baja ( $\leq 8$  puntos), y alta ( $> 9$  puntos).

<i>Calidad del IAH</i>	<i>Total n (%)</i>	<i>Previo a la intervención n (%)</i>	<i>Posterior a la intervención n (%)</i>	<i>Significación</i>
Baja	198 (35,0)	130 (40,0)	68 (28,2)	0,004
Alta	368 (65,0)	195 (60,0)	173 (71,8)	

#### 5.4. Valoración de las recomendaciones terapéuticas y su adecuación a las guías clínicas

Según recogen las guías de práctica clínica, los fármacos indicados en ICC son: IECA (o ARAlI si están contraindicados), BB, antagonistas de los receptores de la aldosterona, diuréticos y digital. La introducción o utilización de estos fármacos está guiada por la clase funcional, de tal forma que un paciente en clase I de la NYHA debería ser tratado con IECA/ARAlI y BB (con o sin diurético según su volemia), en clase II habría que añadir antagonistas de la aldosterona y digitálicos en caso de existir FA, además de diurético, y en las clases III y IV habría que administrar IECA/ARAlI, BB, antagonistas de la aldosterona, diuréticos y digitálicos, estos últimos con independencia de su situación congestiva y el ritmo cardiaco respectivamente.

NYHA	Periodo	Número de fármacos empleados en el tratamiento					
		0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
Clase I (n=16)	Total	0 (0,0)	1 (6,3)	7 (43,8)	8 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Previo a la intervención	0 (0,0)	1 (6,7)	7 (46,7)	7 (46,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Posterior a la intervención	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Clase II (n=67)	Total	1 (1,5)	8 (12,1)	13 (19,7)	30 (45,5)	12 (18,2)	2 (3,0)
	Previo a la intervención	1 (2,9)	5 (14,3)	6 (17,1)	16 (45,7)	6 (17,1)	1 (2,9)
	Posterior a la intervención	0 (0,0)	3 (9,7)	7 (22,6)	14 (45,2)	6 (19,4)	1 (3,2)
Clase III (n=70)	Total	0 (0,0)	4 (5,7)	15 (7,8)	31 (44,3)	18 (25,7)	2 (2,9)
	Previo a la intervención	0 (0,0)	3 (8,3)	6 (5,6)	17 (47,2)	8 (22,2)	2 (5,6)
	Posterior a la intervención	0 (0,0)	1 (2,9)	9 (26,5)	14 (41,2)	10 (29,4)	0 (0,0)
Clase IV (n=12)	Total	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (36,4)	5 (45,5)	2 (18,2)	0 (0,0)
	Previo a la intervención	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)	0 (0,0)
	Posterior a la intervención	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
No recogida (n=401)	Total	9 (2,3)	59 (14,9)	153 (38,5)	119 (30,0)	48 (12,1)	9 (2,3)
	Previo a la intervención	5 (2,2)	35 (15,2)	88 (38,1)	70 (30,3)	28 (12,1)	5 (2,2)
	Posterior a la intervención	4 (2,4)	24 (14,5)	65 (39,2)	49 (29,5)	20 (12,0)	4 (2,4)
Total (n=566)	Total	10 (1,8)	72 (12,9)	192 (34,3)	193 (34,5)	80 (14,3)	13 (2,3)
	Previo a la intervención	6 (1,9)	44 (13,6)	108 (33,4)	113 (35,0)	44 (13,6)	8 (2,5)
	Posterior a la intervención	4 (1,7)	28 (11,8)	84 (35,4)	80 (33,8)	36 (15,2)	5 (2,1)
Significación		0,389	0,790	0,054	0,512	0,426	0,473

Tabla 14: Descripción de los fármacos indicados en ICC pautados en el IAH según la clase funcional.

Así, en la tabla 14 se recoge el número de fármacos para el tratamiento de la ICC, pautados en el IAH, según la clase funcional de la NYHA. Esta está recogida en el 27,0% (100) de los IAH de la cohorte inicial y en el 27,5% (77) de los IAH analizados tras la intervención ( $p= 0,041$ ). Dada la cantidad de informes en los que no se detalla la clase funcional, no es posible relacionar de un modo preciso la indicación de los grupos farmacológicos con el grado de severidad de la disnea. Por ello en la tabla se recoge una clasificación aproximada. Al igual que en el análisis del CMD, se han excluido los IAH correspondientes a los fallecimientos.

La tabla 15 muestra, en resumen, el grado de adecuación entre los tratamientos recomendados y la intensidad de la disnea. A pesar de que la clasificación funcional sólo se recoge en una cuarta parte de ambas poblaciones analizadas, los tratamientos para las clases III y IV son incorrectos en todos los casos con escala NYHA detallada. Para las clases I y II, aunque hay más casos con un tratamiento de acuerdo a la clase, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, incluso hay un menor porcentaje de tratamientos correctos en la cohorte posterior a la intervención respecto a la previa.

<i>NYHA</i>		<i>Total n (%)</i>	<i>Previo a la intervención n (%)</i>	<i>Posterior a la intervención n (%)</i>	<i>Significación</i>
<i>Clase I</i>	Correcto	15 (93,8)	14 (87,5)	1 (6,3)	0,790
	Incorrecto	1 (6,3)	1 (6,3)	0 (0,0)	
<i>Clase II</i>	Correcto	44 (66,7)	23 (34,8)	21 (31,8)	0,862
	Incorrecto	22 (33,3)	12 (18,2)	10 (15,2)	
<i>Clase III</i>	Correcto	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
	Incorrecto	70 (100,0)	36 (51,4)	34 (48,6)	
<i>Clase IV</i>	Correcto	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
	Incorrecto	11 (100,0)	6 (54,5)	5 (45,5)	

Tabla 15: Adecuación del tratamiento prescrito a la clase funcional recogida en los IAH.

## 5.5. Resumen de los resultados más relevantes

### Análisis de la muestra previa a la intervención:

La calidad de los IAH en la muestra previa a la intervención es baja, es decir, la información que se describe acerca de los datos considerados imprescindibles para un manejo adecuado de los pacientes con ICC es susceptible de mejorar. En este sentido, los datos más llamativos son los que hacen referencia al tratamiento: en un tercio de los IAH no se prescriben IECA o ARAll, los BB solo se prescriben en un tercio de los IAH, y solo en un 10% de los casos en los que no prescriben IECA/ARAll y BB hay explicación sobre esa decisión. En el caso de los IAH de pacientes con FA, más del 10% no reciben tratamiento anticoagulante y/o antiagregante, y solo en un 3% de estos se detalla la decisión de no hacerlo. Además, menos de la mitad de los IAH recogen la descripción de un ecocardiograma, y solo en un tercio se especifica la FEVI.

La mayoría de los IAH no recogen la clasificación funcional de la NYHA. Teniendo en cuenta este hecho, en ninguna de los casos detallados en clases III y IV se prescribe el tratamiento correcto según las guías clínicas.

### Análisis posterior a la intervención:

En conjunto, la sesión de intervención ha mejorado la calidad de los IAH, aumentando la cantidad de los datos recogidos considerados como imprescindibles (CMD). Pero a pesar de estas mejoras, hay datos cuya recogida sigue siendo deficitaria, como son la descripción de un ecocardiograma, la indicación de tratamiento con IECA/ARAll y BB y una justificación al hecho de no hacerlo, una explicación de la no anticoagulación/antiagregación en los casos de FA y la explicación de la monitorización del peso corporal.

La intervención no ha conseguido mejorar el número de IAH que recogen la clase funcional, de forma que siguen siendo la mayoría los

informes que no la especifican. De los casos en los que sí se detalla, para las clases funcionales III y IV tampoco hay tratamientos adecuados.

Conjunto Mínimo de Datos:

Se han determinado 17 datos como imprescindibles para la realización de un IAH de una calidad adecuada, desde los puntos de vista de diagnóstico y tratamiento, y que satisfaga las necesidades del MAP, del paciente y de los especialistas que lo precisen consultar:

- 1.- Descripción de los factores de riesgo cardiovascular
- 2.- Descripción de la comorbilidad
- 3.- Descripción de la autonomía del paciente
- 4.- Indicación de la clase funcional basal NYHA (previa a la descompensación)
- 5.- Descripción del número de episodio (“de novo” o crónico agudizado)
- 6.- Descripción del factor desencadenante
- 7.- Descripción de la exploración física
- 8.- Presencia de datos analíticos
- 9.- Descripción de la RX tórax
- 10.- Descripción del ECG
- 11.- Descripción del ecocardiograma
- 12.- Descripción de la etiología
- 13.- Descripción de la clasificación según la FEVI
- 14.- Explicación de la monitorización del peso y actuación en consecuencia
- 15.- Justificación de la no administración de IECA/ARAI y BB
- 16.- Justificación de la no administración de ACO en los casos de FA
- 17.- Descripción del responsable del seguimiento

## 6.- DISCUSIÓN

### 6.1. El IAH y la continuidad de cuidados

En los últimos años estamos asistiendo a un envejecimiento de la población, tal y como se pone de manifiesto en los datos obtenidos en este estudio, con un aumento en la edad media al ingreso. Además, en ambas poblaciones analizadas en nuestro trabajo la edad media es superior a la de otros estudios realizados en el ámbito local<sup>68</sup>, nacional<sup>2,43,61</sup> e internacional<sup>51,74</sup>. El aumento en la supervivencia lleva consigo un aumento de la comorbilidad. Este hecho también queda reflejado en este trabajo. En él se muestra un aumento significativo de los factores de riesgo cardiovascular en un periodo de tiempo inferior a 4 años, debido principalmente al incremento de diabetes. Sin embargo, en otros estudios realizados en Estados Unidos<sup>44,75</sup>, Australia<sup>76</sup>, Europa<sup>74,77</sup> y España<sup>2,78</sup> hay un descenso en la presencia de diabetes en la población con ICC, si bien en dichos estudios la edad media es, en algunos casos, significativamente más baja.

Por lo tanto, atendemos a una población más envejecida y más pluripatológica, probablemente debido a una mejora en las condiciones socio-sanitarias y/o avances en el campo de la salud, que de forma progresiva demandará mayor asistencia sanitaria y/o social.

Esto hace que la comunicación entre los diversos niveles asistenciales del sistema de salud sea fundamental por múltiples razones. Evitar duplicidades en las derivaciones a los especialistas y repetición de exploraciones complementarias, disminuir las listas de espera, mejorar el control de potenciales efectos adversos relacionados con el tratamiento, reducir el número de reingresos por una misma causa, etc. Todo lo anterior redundaría en una mayor confianza en el sistema sanitario y una mejora en la adherencia al tratamiento, que en definitiva no deja de ser un objetivo del

sistema de salud, el de mejorar la situación de enfermedad de la población y su calidad de vida.

El principal medio de comunicación, que no el único, entre los diferentes estamentos que conforman la asistencia sanitaria es el IAH, cuya importancia ya se ha puesto de manifiesto. La redacción del IAH va más allá de la cuestión administrativa. Tanto el personal de administración como los sistemas informáticos disponibles sin duda facilitan esta labor, pero es el facultativo quien debe reflejar lo acontecido durante el ingreso, resaltar lo principal y detallar las medidas terapéuticas a seguir. La práctica clínica diaria deja esta redacción del IAH en un segundo plano, en ocasiones suele dejarse para el final de la jornada y se dispone de poco tiempo para su realización, lo que lleva a redactar informes escuetos en información y debe subrayarse que un IAH adecuado no es sinónimo de un IAH largo<sup>8</sup>. La asistencia médica es lo que debe primar en nuestro quehacer diario, pero ese trabajo debe quedar reflejado adecuadamente en un IAH correcto.

El IAH debe ser la fotografía del estado del paciente que se envía al MAP y que este debe recibir para posibilitar la continuidad asistencial con objetivos comunes al sistema e individualizados para cada persona. Por un lado, es fundamental que el IAH llegue en un plazo adecuado a Atención Primaria. Aunque la JCAHO establece que el IAH debe ser redactado en los 30 días siguientes al alta<sup>66</sup>, consideramos que este es un intervalo de tiempo demasiado prolongado en los casos de ICC, de forma que se pueden producir efectos adversos medicamentosos, errores en la toma de fármacos, pérdida de resultados relevantes que quedaban pendientes, etc. Todo esto podría llevar a nuevas descompensaciones cardíacas y por tanto nuevas visitas a urgencias con los consecuentes reingresos hospitalarios. En este sentido, Krumholz<sup>79</sup> habla del “síndrome post-hospitalización”, que hace referencia al periodo de 30 días tras el alta en el que los pacientes son más vulnerables al desarrollo de enfermedad, debido a las alteraciones que la hospitalización produce en el funcionamiento normal del organismo: los cambios en el ciclo vigilia-sueño, el mal descanso nocturno, la disminución de la ingesta y la falta de administración de la dieta, el dolor, los efectos de los fármacos empleados, el estrés que genera la realización de exploraciones, suponen una alteración de

los mecanismos fisiológicos que hacen al paciente más vulnerable a las infecciones, a alteraciones cardiovasculares y gastrointestinales, incluso a los traumas por afectación de la esfera cognitiva. Las estrategias para disminuir este síndrome se basan en su prevención durante la hospitalización y en un buen seguimiento del paciente tras el alta para controlar su aparición. Ese seguimiento corre a cargo del MAP y debe hacerse de forma precoz tras el alta, por lo que es fundamental disponer de un IAH completo para esa valoración.

Así, proponemos mantener, ya que en el servicio de Medicina Interna es práctica habitual, el momento del alta hospitalaria como el idóneo para entregar el IAH al paciente y remitirlo a la consulta de su MAP. Con esta medida se consigue que el paciente tenga claras las medidas que tiene que seguir y que el IAH llegue al MAP de inmediato tras el alta. Actualmente la conexión informática entre los centros de salud y el hospital, la denominada intranet, permite a los MAP acceder directamente al IAH. Pero con la entrega en mano del IAH, al modo tradicional, se evitan problemas informáticos que en alguna ocasión ocurren (y que son difíciles de preveer), se implica al paciente en su proceso de continuidad de cuidados y se aseguraría en cierto modo la visita del enfermo a su MAP. Flamarique<sup>68</sup> en su tesis doctoral analiza la implantación de un sistema de calidad para el tratamiento y seguimiento de los pacientes con ICC. Para ello, establece una comunicación entre Medicina Interna y Atención Primaria mediante una carta remitida por correo convencional, informando de la situación del paciente al ingreso y al alta, y poniendo a disposición del MAP un teléfono de contacto. Sólo en uno de los 108 casos hubo respuesta por parte del MAP. La falta de comunicación entre la asistencia médica primaria y especializada detectada en este estudio, hace que la figura del propio paciente como transmisor de la información sea fundamental para proporcionar una continuidad de cuidados correcta.

Varios son los estudios que valoran el retraso en la recepción del IAH por parte del MAP<sup>53,69,80</sup>. Este retraso se traduce en una peor calidad del seguimiento médico y un mayor riesgo de reingreso hospitalario. Incluso en estos estudios hay un 9-38% de IAH que no llegan al MAP. En nuestro estudio no se ha valorado, ya que el proceder habitual en nuestro servicio es el de dar

el IAH en mano al paciente en el momento del alta, además de quedar guardado electrónicamente en la intranet del sector de salud.

Por otro lado, esa fotografía que es el IAH tiene que contener la información imprescindible y necesaria para un manejo óptimo del paciente, ya que el tiempo del que dispone el MAP en la consulta para dedicarle a cada paciente es limitado, y escaso en muchas ocasiones. Un IAH largo, con mucha información, puede hacer que la atención del MAP se desvíe hacia datos irrelevantes, o incluso que pierda interés en su lectura.

En los casos en los que es necesario un reingreso, el IAH es la herramienta que nos debería permitir dar una continuidad de cuidados también dentro del ámbito hospitalario. El IAH nos permitiría conocer, sin necesidad de revisar la historia clínica del paciente, su estado basal, la medicación administrada y las incidencias ocurridas durante el ingreso, los marcadores pronóstico y evolutivos, si hay algún fármaco que no ha tolerado, etc.

Estas reflexiones nos han llevado a establecer un conjunto mínimo de datos que recoja esa información imprescindible para procurar a nuestros pacientes una continuidad de cuidados adecuada, que incluya las necesidades del médico especialista, del MAP y también del paciente. Así, proponemos un modelo de IAH para pacientes con diagnóstico principal de ICC (ver anexo 5), que permita sistematizar la recogida de ese conjunto mínimo de datos, para mejorar la comunicación entre la asistencia primaria y especializada, la continuidad de cuidados y, en definitiva, mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta patología.

## **6.2. Valoración de la diferencia entre los datos observados y los datos deseados**

La adecuación del tratamiento recogido en los IAH a las guías de práctica clínica no es todo lo buena que cabría esperar, tanto antes como después de la intervención. En ambas poblaciones, los pacientes que ingresan en clases funcionales III y IV no reciben el tratamiento óptimo, es más,

ninguno de ellos lo hace. Si bien es cierto que la mitad de los pacientes en las dos cohortes recibe tratamiento con 3 o más fármacos indicados en ICC, no lo es menos que entre el 16-17% tienen indicación de 4 o más de esos fármacos. Estas cifras son inferiores a las recogidas en el *EuroHeart Failure Survey Programme*, un estudio realizado a nivel europeo con la participación de 24 países y más de 11000 pacientes, donde se objetiva que el 71% tienen pautados 3 o más fármacos y el 45% 4 o más. Además, en este estudio se afirma que solo el 17% de la población analizada recibe la combinación de diurético, IECA y BB<sup>55</sup>. Los factores que pueden influir en la prescripción del tratamiento en los casos de ICC son varios: una infravaloración de la gravedad del síndrome, una infraestimación de la importancia de los beneficios de cada fármaco, el temor a la aparición de efectos secundarios de los diferentes medicamentos, las características de los pacientes (edad, comorbilidad, situación social), incluso la fisiopatología de la ICC<sup>55,81</sup>.

En la cohorte previa a la intervención más de un tercio de los pacientes no recibe tratamiento con IECA/ARAII y dos tercios no reciben BB. En la muestra post-intervención ha aumentado la indicación de estos fármacos. Sobre este hecho no solo ha influido la intervención, también ha tenido que ver la existencia de un grupo de internistas involucrado en el tema de la insuficiencia cardiaca, en su investigación y en su divulgación, facilitando la asimilación y la incorporación de las guías de práctica clínica a la labor asistencial cotidiana. A pesar de que se ha mejorado la prescripción de BB, las cifras siguen estando lejos de unos objetivos aceptables. A pesar de ser fármacos con recomendaciones IA, la mayoría de los IAH no recogen explicaciones sobre los motivos que justifican la ausencia de prescripción. Este no es un hecho aislado. En el trabajo de Flamarique realizado en nuestro hospital en 2004 hay una prescripción de IECA del 49,6% y de BB del 26,3%<sup>68</sup>. En el estudio CARÁCTER-BETA, realizado en el ámbito nacional español, se valora el uso de BB en Medicina Interna y Cardiología, de forma que se prescriben BB en el 64% de los pacientes dados de alta con el diagnóstico de ICC y IECA/ARAII en el 50%<sup>82</sup>. En el estudio INCAex se pautan BB en el 12,0-34,4% de las muestras valoradas e IECA/ARAII en el 63,5-72,5%<sup>78</sup>. En el *EuroHeart Failure Survey* la proporción de pacientes que recibe IECA es del

62% y BB del 37%<sup>55</sup>. En el trabajo de Atwater en un hospital de los Estados Unidos, se registra una prescripción de BB del 96% y de IECA/ARAII del 84%; en este caso la adherencia a las recomendaciones de las guías clínicas fue del 72% tras valorar las contraindicaciones<sup>83</sup>. Krantz recoge en su trabajo realizado también en Estados Unidos una prescripción de BB del 94,6% y de IECA/ARAII del 92,9%<sup>75</sup>. En el estudio de Shakib realizado en un hospital terciario de Adelaida (Australia), la prescripción de IECA fue de 73,5% y de BB del 43,6%, sin detallar el motivo de la ausencia de prescripción en el 10,8% y 25,5% de los casos respectivamente<sup>53</sup>. En cambio, otro trabajo llevado a cabo en Australia refleja cifras más bajas en la prescripción para los BB (34,7%)<sup>76</sup>. Como se puede apreciar, los niveles de prescripción en nuestro país, y sobre todo los obtenidos en nuestro estudio, distan mucho de los que se han obtenido en Estados Unidos, que serían los deseables.

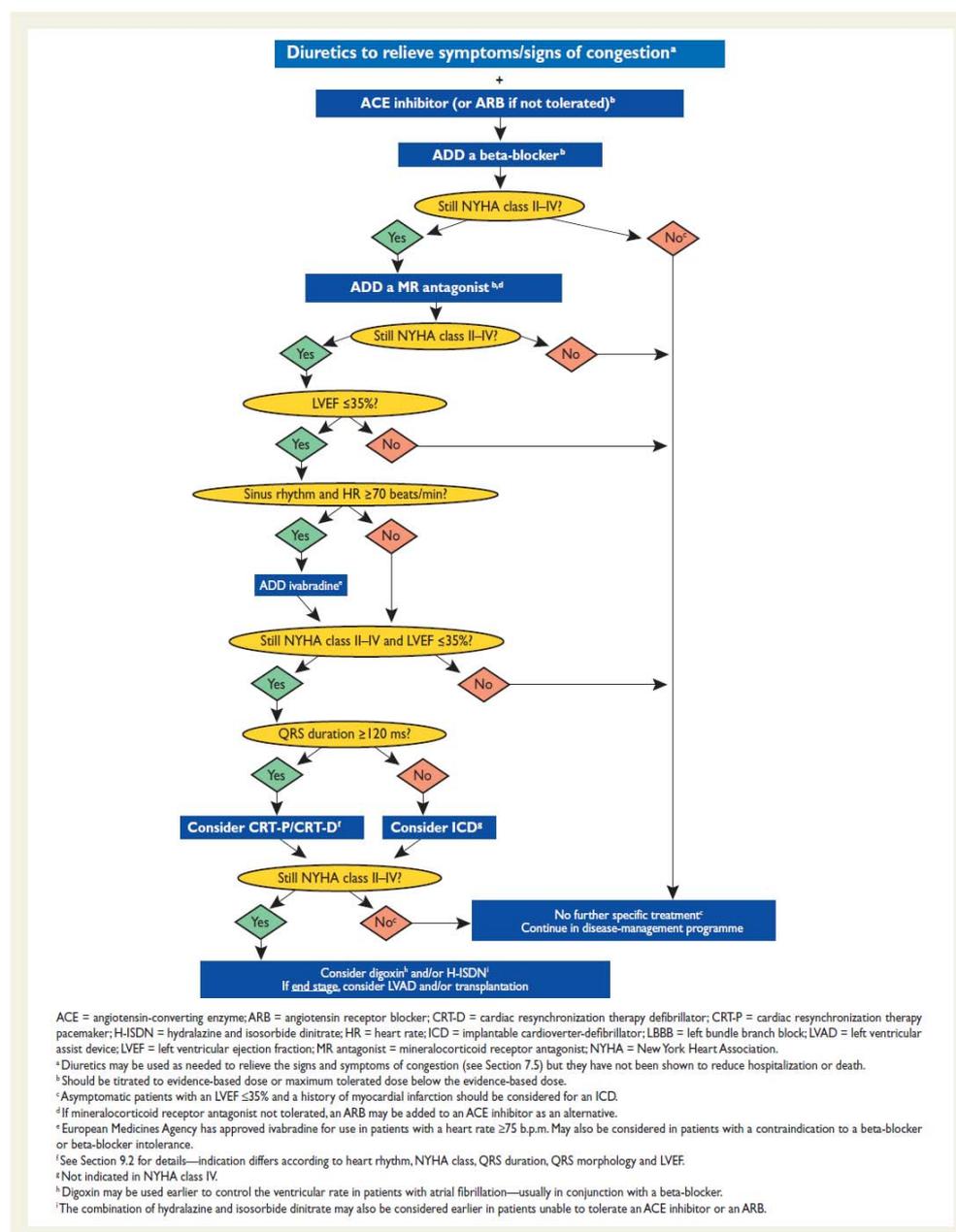
Los motivos que pueden llevar a esta infraprescripción de IECA y BB son varios. Por un lado, la edad y/o comorbilidad de los pacientes que ingresan en Medicina Interna: la existencia de EPOC y diabetes (aunque no son una contraindicación para el uso de BB), las alteraciones analíticas, las cifras de TA y FC, la situación social del paciente (que genere dudas sobre una correcta administración y control del tratamiento), etc. En cualquier caso, los motivos por los que no se pautan estos fármacos con indicación IA deberían constar en el IAH, ya sea para introducirlos en el seguimiento evolutivo o no hacerlo. En muchas ocasiones esta falta de información se va transmitiendo ingreso tras ingreso, o informe tras informe, lo que supone que por inercia no se introduzca ese fármaco o haya que revisar una historia clínica prolija en documentación para encontrar una justificación para no hacerlo. Por otro lado, la etiología de la ICC: la presencia de cardiopatía isquémica aumenta el uso de BB<sup>55,82</sup>. La etiología más frecuente en nuestro estudio es la hipertensiva y la mixta (DM+HTA), lo mismo que ocurre en otros estudios<sup>55,68,78</sup>. En cambio, los trabajos que valoran enfermos ingresados en servicios de Cardiología, con una mayor prevalencia de cardiopatía isquémica, recogen cifras más altas en la prescripción de BB<sup>55,82</sup>.

Posteriormente a la recogida de datos de la cohorte post-intervención, en 2012 se publicó desde la Sociedad Europea de Cardiología una nueva guía

clínica para el diagnóstico y tratamiento de la ICC<sup>84</sup>. El tratamiento no se establece tanto en función de la clase funcional, sino en función de la FC y de la FEVI, tal y como se ve en la figura 7. Los cambios principales tienen que ver con el control de la frecuencia cardiaca: establece el uso de ivabradina cuando la FEVI es  $\leq 35\%$  y la FC es mayor de 70 lpm a pesar del uso de BB a dosis óptimas, antes de utilizar digoxina (en casos en los que no exista FA). A la vista de los resultados de nuestro estudio, y dado el “temor” que parece existir a la hora de reducir la FC, la adecuación a las guías clínicas seguirá siendo un objetivo lejano de conseguir, aunque hay que tener en cuenta que tras la intervención se ha observado una mejoría significativa del empleo de BB.

En relación a la presencia de FA, aproximadamente la mitad de todos los IAH valorados registran esta circunstancia. La cifra aquí también es mayor que la recogida en otros estudios, con una incidencia de FA entre el 23 y el 44% aproximadamente<sup>75,76,78,83,85</sup>. La mayor parte de estos pacientes reciben tratamiento antiagregante y/o anticoagulante, y menos de un 5% en los que no está prescrito tienen una justificación para ello. Esto ocurre de forma similar en las dos poblaciones analizadas. Los porcentajes del uso de la anticoagulación en pacientes con FA e ICC varían según la zona donde se hayan realizado los estudios. En uno de Piccini realizado en Estados Unidos sólo dos tercios de los pacientes fueron anticoagulados al alta<sup>86</sup>. En cambio, Atwater registra un porcentaje de anticoagulación del 79%<sup>83</sup>. En Europa, según un trabajo de Nieuwlaat, un tercio de los pacientes con ICC y FA no fueron anticoagulados con antagonistas de la vitamina K a pesar de la falta de contraindicaciones<sup>87</sup>. Por el contrario, el *EuroHeart Failure Survey programme* recoge una prescripción de fármacos antiagregantes y/o anticoagulantes del 77,6%<sup>55</sup>. En el registro ADHERE, con participación de hospitales de Asia y Latinoamérica, el uso de anticoagulantes fue del 37,8%<sup>85</sup>. En el estudio INCAex realizado en Extremadura hay un aumento progresivo del uso de anticoagulantes durante los periodos analizados, llegando a una prescripción del 25,5%<sup>78</sup>.

Figura 7: Opciones terapéuticas para pacientes con ICC sintomática (clase funcional de la NYHA II-IV) según la guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica de la Sociedad Europea de Cardiología del 2012.<sup>89</sup>



Estas cifras hay que interpretarlas con cautela, ya que en nuestro estudio se ha valorado conjuntamente la prescripción de anticoagulantes y/o antiagregantes. Las guías de práctica clínica sobre FA vigentes en los periodos analizados recomiendan valorar una serie de factores de riesgo para ACV y tromboembolia para instaurar anticoagulación<sup>88,89</sup>. En la guía del 2010 los factores de bajo, moderado y alto riesgo propuestos en la del 2006 se agrupan en la clasificación CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, que recoge los acrónimos de: ICC, HTA, edad mayor o igual de 75 años, DM, ACV, enfermedad vascular (IAM previo, enfermedad arterial periférica, placa aórtica), edad 65-74 años y sexo femenino. Todas estas condiciones reciben 1 punto excepto la historia previa de ACV y edad mayor o igual de 75 años que reciben 2 puntos, de tal forma que la puntuación máxima es de 9 puntos. Con una puntuación de igual o superior a 2 se recomienda el uso de ACO (antagonistas de la vitamina K). Con un CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc de 1 punto, se recomienda la administración de ACO o 75-325 mg/día de ácido acetilsalicílico (AAS) (preferiblemente ACO mejor que AAS). Si no hay factores de riesgo (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 0) se recomiendan 75-325 mg/día de AAS o ningún tratamiento antitrombótico (preferiblemente ningún tratamiento antitrombótico mejor que AAS). En estas guías todavía no están establecidas las recomendaciones para el uso de los nuevos anticoagulantes inhibidores del factor II o Xa. Para valorar el riesgo de sangrado la guía del 2010 recomienda el empleo de la clasificación HAS-BLED (H: HTA, A: función renal o hepática alterada, S: ACV, B: historia o predisposición al sangrado, L: INR lábil, E: edad superior a 65 años, D: fármacos o alcohol), teniendo en cuenta que una puntuación  $\geq 3$  indica riesgo elevado de sangrado<sup>89</sup>.

La tendencia observada en nuestro trabajo, en comparación con los datos de otros estudios, es la de una actitud un tanto conservadora a la hora de prescribir un tratamiento antitrombótico en pacientes con FA. De nuevo, el hecho de manejar pacientes ancianos y pluripatológicos hace que se valore como elevado el riesgo de sangrado, y eso lleve a optar por un tratamiento antiagregante, que se quedaría a mitad de camino entre nada y la plena anticoagulación. Por eso hemos decidido analizar en este estudio el uso de ACO o antiagregantes como trombopprofilaxis en los casos de FA.

Las escalas CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc y HAS-BLED permiten decidir de una manera estandarizada el uso o no de ACO. Su presencia en el IAH indicaría en qué se ha basado el médico prescriptor para recomendar o no su administración. Por este motivo recomendamos que sean anotadas en el IAH.

La descripción de valores ecocardiográficos está presente solo en menos de la mitad de los IAH, a pesar de que según las indicaciones de las guías de práctica clínica es fundamental para el diagnóstico, la comprensión de la fisiopatología y el reconocimiento de la etiología. Aunque es un número escaso, en la literatura médica existen trabajos con cifras semejantes, que van desde el 63% del estudio EuroHeart *Failure Survey programme*<sup>74</sup> al 36% en un estudio australiano<sup>76</sup>. En nuestro caso, de los IAH que detallan datos del ecocardiograma, hay un predominio de casos con FEVI conservada, principalmente en el periodo post-intervención. Este dato concuerda con los de otros estudios nacionales<sup>61,82</sup> e internacionales<sup>44,74,76</sup>, si bien llama la atención el porcentaje de casos con FEVI preservada de la cohorte posterior. Una posible explicación podría estar en un mayor registro de la FEVI en los IAH, ya que antes de la intervención un 18% de los IAH no la detallaba mientras que en la segunda cohorte sólo el 3% no la mostraban.

En nuestra opinión, la falta de descripción del ecocardiograma se debe a una mejorable coordinación asistencial entre los Servicios de Cardiología, responsable de la realización de esta exploración, y de Medicina Interna de nuestro hospital. En muchas ocasiones se alcanza la estabilidad clínica antes de que se haya hecho el ecocardiograma, y se opta por no prolongar la estancia hospitalaria. En este sentido en la cohorte post-intervención se ha aumentado el número de ecocardiogramas que se solicitan ambulatoriamente tras el ingreso, pero ese número sigue estando lejos de lo deseable. Otro hecho que a nuestro parecer también influye en la falta de valoración cardíaca es la edad avanzada y la pluripatología de los pacientes. Quizá en estos casos, con una corta esperanza de vida, no se considere necesario optimizar o ser tan agresivos con el tratamiento, y eso haga que los datos que aporta un ecocardiograma pasen a un segundo plano, por detrás de los síntomas que limitan la calidad de vida de estos pacientes. Pero a pesar de estas justificaciones, la realización de un ecocardiograma es fundamental, ya

que aporta información sobre la posible etiología, tiene valor pronóstico y ayuda a ajustar el tratamiento.

Otro dato importante, que no se ha tenido en cuenta en este trabajo, es la fecha de realización del último ecocardiograma. Su conocimiento permitiría repetir o no la exploración en función del tiempo que haya pasado (sobre todo si se han objetivado cambios en la exploración física), acceder al informe de la exploración si está disponible en la intranet para obtener más información en caso de que se precise.

### **6.3. Impacto negativo de la falta de información**

Uno de los resultados más llamativos que se desprenden del análisis es la ausencia de la clase funcional NYHA en la mayoría de los IAH, tanto antes como después de la intervención. Como consecuencia, es difícil interpretar los resultados obtenidos al relacionar el número de fármacos prescritos con la clase funcional (ver tabla 14). Aún así, en ninguno de los IAH con clase funcional registrada III y IV se prescribe un tratamiento acorde a las guías de práctica clínica (ver tabla 15). Esta ausencia de información podría explicarse por las condiciones de los pacientes que ingresan, es decir, son pacientes crónicos, mayores y pluripatológicos que suelen estar habitualmente en clases II-III y que acuden al hospital por aumento de la disnea, entre otros, y por ende en clase IV. Si, según establecen las guías clínicas vigentes, el tratamiento se estratifica según la clase funcional, ésta debería estar presente en el IAH. Para los casos con clase funcional III-IV el tratamiento es el mismo, y teniendo en cuenta la situación con la que llegan los pacientes al hospital, quizá se considere irrelevante añadir este dato al IAH. Con las nuevas guías el planteamiento terapéutico no se escalonaría según la clase funcional (figura 7).

Pero más allá de estas cuestiones, la clase funcional permite a los médicos que leen el IAH comprender en qué fase de la enfermedad está el paciente, cómo le afecta a su vida diaria y qué grado de intensidad de los síntomas ha de tratar. Por eso consideramos que la clase funcional de la NYHA

debe ser un dato que conste en el IAH, a pesar de que pueda asumirse que las clases III y IV son las subsidiarias de ingreso hospitalario.

Otro dato a tener en cuenta es la escasa justificación para la no prescripción de fármacos recomendados. Esto es fundamental a lo largo del seguimiento del paciente. El MAP y el especialista encargado de la revisión tras el ingreso necesitan saber qué fármacos se han utilizado, si los pueden volver a emplear o, en caso negativo, por qué no. El estudio de Atwater<sup>83</sup> valora el impacto terapéutico de las contraindicaciones, de forma que la adherencia a las guías clínicas después de considerar las contraindicaciones es mayor. Este hecho no se ha considerado en nuestro estudio, pero podría realizarse en estudios futuros.

La mayoría de los IAH, tanto antes como después de la intervención, no recogen la indicación de monitorización del peso corporal por parte del paciente. Esta recomendación propuesta en las guías clínicas tiene un nivel de evidencia C<sup>22</sup> e incluso D<sup>26</sup>, es decir, se basa en la recomendación de expertos sin que haya evidencia científica en forma de ensayos clínicos y/o metanálisis. Pero sí que tiene importancia en la práctica clínica diaria, ya que permite que el paciente esté alerta sobre una posible descompensación y puede evitar que llegue a producirse. Eso sí, requiere un tiempo, el que sea necesario, a la cabecera del enfermo, antes de darle el alta, y explicarle tanto a él como al familiar y/o cuidador hasta que lo comprenda cómo debe hacerlo y qué consigue con ello. Otra vez la existencia de unos pacientes ancianos y pluripatológicos puede hacer que el hecho de pesarse de forma rutinaria no se considere importante, o bien que se considere más oportuno hacer más hincapié en otras medidas farmacológicas y no farmacológicas. El estudio de Shakib<sup>53</sup> publicado en 2009 y realizado en Australia pone de manifiesto la poca relevancia que se le da en el IAH a las recomendaciones no farmacológicas (regulación del uso de diuréticos, ejercicio, monitorización del peso), ya que no se encontraron redactadas en ninguno de los 212 IAH analizados. Creemos que si esto aparece predeterminado en el modelo de IAH (Anexo 5) facilitará su recomendación. Quedará para estudios futuros valorar si el hecho de recomendar (y explicar) la monitorización del peso reduce el número de reingresos.

## 6.4. Valoración de la estrategia de intervención

El 20 de abril de 2011 se presentaron en la sesión de intervención los resultados correspondientes al análisis de la muestra retrospectiva de 371 IAH. A esta sesión, realizada en el Servicio de Medicina Interna dentro de la programación habitual de sesiones clínicas establecidas, asistieron los Facultativos Especialistas del Servicio y los Médicos Internos Residentes (MIR) que estaban realizando su rotatorio correspondiente. El tema de la sesión no se comunicó con anterioridad. Además, se comentaron brevemente las recomendaciones para redactar un IAH. El objetivo de la sesión era reflexionar sobre los puntos susceptibles de mejora en cuanto a la información contenida en el IAH. Algunos de esos puntos también implican a la forma de proceder en la práctica clínica diaria. Al final de la sesión se presentó el modelo de IAH para los casos de ICC como diagnóstico principal. La exposición se realizó en unos 30 minutos, una duración menor hubiera supuesto reducir la información a comentar y una sesión más larga hubiera hecho perder el interés por el tema.

La exposición de los datos se llevó a cabo de una manera sencilla, a través de una estadística muy básica puramente descriptiva. Quizá una elaboración más exhaustiva con mayor precisión estadística hubiera dado más rigor científico a estos datos, pero en muchas ocasiones estas cuestiones se escapan del conocimiento de los oyentes, por lo que se decidió realizar la exposición de la manera más sencilla posible, ya que lo prioritario era la comprensión del análisis para que tuviera un impacto directo sobre la práctica clínica habitual.

La comunicación de resultados de la parte retrospectiva supuso, además de la mera puesta en conocimiento de dichos resultados, un recordatorio de lo recomendado hasta ese momento por la evidencia científica.

Dado que el estudio se ha llevado a cabo en dos fases temporales diferentes, es posible que la propia actualización de conocimientos por parte del personal facultativo y la difusión de las nuevas terapias y actitudes ante esta patología, hayan influido en la cohorte prospectiva, más allá de la propia

intervención que se ha realizado. En este sentido, los especialistas a los que iba dirigida la exposición de los datos desconocían el periodo de tiempo durante el cual se iban a revisar los IAH tras la sesión de intervención, lo que anularía un posible sesgo de información.

La intervención fue dirigida a un grupo heterogéneo de profesionales (MIR tanto del propio servicio de Medicina Interna como ajenos a él, internistas interesados especialmente en ICC e internistas no focalizados en la misma), lo que podría suponer un sesgo a la hora de analizar la muestra prospectiva.

La elección de los periodos de tiempo a analizar se realizó según una cuestión de temporalidad: la muestra retrospectiva corresponde a los meses de enero a abril, con unas condiciones climáticas que podrían predisponer a un mayor número de descompensaciones cardiacas, muy similar a la que puede haber durante los meses de octubre a diciembre, tiempo en el que se analizó la cohorte prospectiva. Quizá la valoración de los IAH según la estacionalidad podría ser un punto a desarrollar en estudios futuros, pero en este momento no se ha considerado relevante.

Teniendo en cuenta el número de altas por ICC registradas en las estadísticas del hospital, se consideró que el análisis de un periodo de tiempo de 3 meses aportaría un tamaño muestral suficiente para realizar una valoración estadística significativa. De hecho, el número total de IAH es de 651, cifra superior a la de otros estudios (101 IAH en el estudio de Raval<sup>52</sup>, 212 en el de Shakib<sup>53</sup>, 376 en el de Horwitz<sup>80</sup> y 568 en el de van Walraven<sup>90</sup>).

Tanto la recogida de datos como el análisis de los mismos han sido realizados por una misma persona, eliminando así una posible variabilidad interobservador.

A pesar de las limitaciones de este estudio y de la sencillez de la intervención, las mejoras que hemos encontrado, que se reflejan en unos IAH de mayor calidad, ponen de manifiesto su eficacia. Si bien limitada, ha permitido mejorar la recogida de información en algunos ítems importantes. Ha habido un aumento en la prescripción de BB y diuréticos, han disminuido los pacientes a los que no se prescribe ni IECA ni ARAI y se ha justificado en más informes la no administración de los tratamientos recomendados.

Además, se ha mejorado la recogida de datos relacionados con los antecedentes y la situación socio-familiar de los pacientes, y los que tienen que ver con la filiación de la ICC, como son la etiología y la clasificación según la FEVI. Por contra, no se ha incrementado el número de IAH que describen la clasificación funcional, la RX de tórax y el ECG. Esta relativa falta de eficacia puede deberse a la inercia propia de la práctica clínica diaria, que puede hacer difícil la introducción de cambios, a pesar de que su utilidad haya sido demostrada. También pueden influir la edad avanzada de los pacientes, que va unida, como ya se ha comentado anteriormente, a mayor comorbilidad y a más reingresos, que en muchas ocasiones hacen que no se sea tan exhaustivo con los detalles, las recomendaciones y las prescripciones. Pero el hecho de que se haya aumentado la indicación de BB podría indicar un inminente e incipiente cambio de actitud hacia este grupo farmacológico, crucial en la ICC, aunque quedan por mejorar aspectos importantes como son la valoración ecocardiográfica y la descripción de la situación funcional de los pacientes.

## 6.5. Propuestas de mejora

Tras la realización del presente trabajo y habida cuenta de las deficiencias detectadas en el IAH como vehículo de transmisión de información entre escalones asistenciales, creemos pertinente proponer una serie de medidas que podrían mejorar la situación actual.

1.- Propuesta 1ª: creación de un modelo unificado de IAH para episodios de ICC, que incluya el CMD.

Con la creación de un modelo de IAH para los casos de ICC como diagnóstico principal pretendemos facilitar la labor de los facultativos en la elaboración de un informe de calidad, que contenga la información al menos imprescindible tanto para el paciente como para el MAP y los especialistas que pudieran asistir al paciente en futuras ocasiones. Así, pretendemos subrayar la relevancia que tiene este documento médico, que va más allá de

las cuestiones meramente administrativas o de gestión. Creemos que este documento permitirá emplear menos tiempo en su realización sin que eso suponga ausencia de información importante.

A largo plazo, pensamos que esta medida podría servir para reducir el número de visitas a urgencias y de reingresos, y por ende mejorar la calidad de vida de estos enfermos, pero esto debe ser analizado en estudios futuros.

2.- Propuesta 2<sup>a</sup>: identificar de modo más accesible a la codificación las diferentes formas de presentación de la ICC aguda o descompensada como motivo de ingreso.

Para estudios posteriores que evalúen las características y el manejo de la ICC en relación a las guías de práctica clínica, se podría utilizar una clasificación que tuviera en cuenta la severidad y el modo de presentación del cuadro, tal y como se realiza en el *EuroHeart Failure Survey II*<sup>91</sup> en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca aguda:

- a) insuficiencia cardiaca descompensada: si aparece disnea o taquicardia y congestión pulmonar o edema intersticial en una RX tórax.
- b) edema pulmonar: insuficiencia cardiaca acompañada de edema alveolar en la RX tórax o una saturación inferior a 90% sin suplementos de oxígeno.
- c) shock cardiogénico: insuficiencia cardiaca aguda acompañada de TA baja (sistólica menor de 90 mmHg) y oliguria (menos de 0,5 mL/Kg/h durante al menos 6 horas) o índice cardiaco bajo (inferior a 2,2 L/min/m<sup>2</sup>).
- d) insuficiencia cardiaca e HTA: presencia de TA elevada (mayor de 180/100 mmHg) acompañada de síntomas de insuficiencia cardiaca (disnea y taquicardia) y hallazgos radiológicos de congestión pulmonar o edema y fracción de eyección preservada al ingreso o previo al ingreso.
- e) ICC derecha: ICC debida a la fisiopatología del corazón derecho con incremento de la presión venosa yugular y del tamaño hepático y

normalmente acompañada de edema periférico como hallazgo único o concomitante de la ICC izquierda.

Aunque esta clasificación de ajusta a la guía clínica de la insuficiencia cardiaca aguda<sup>92</sup>, se podría extender o extrapolar a los casos de ICC con descompensación aguda.

3.- Propuesta 3ª: extender el modelo de recogida de información sobre ICC a los médicos de AP y conocer su opinión sobre dicho modelo.

Este trabajo no ha sido analizado desde el punto de vista de la Atención Primaria. Para completar esta idea de la continuidad de cuidados se podría valorar mediante cuestionarios la impresión que tiene el MAP tras leer el IAH, incluso se podrían diseñar diferentes modelos de IAH y establecer con cuál se consigue una mejor transmisión de información. Además, dada la importancia que hemos otorgado al paciente al ser él el transmisor de la información, también se podría conocer su opinión sobre este sistema de comunicación y cómo ha repercutido en su calidad de vida.

4.- Propuesta 4ª: extender el modelo de IAH a otras entidades clínicas.

Este sistema de intervención basado en un análisis de la realidad para conseguir una mejora podría llevarse a cabo para otros trastornos con elevada prevalencia en nuestro medio, como puede ser la EPOC y algunas enfermedades infecciosas agudas (neumonías, infecciones del tracto urinario asociadas a sonda vesical, entre otras).

## 7.- CONCLUSIONES

1. El IAH en pacientes con diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca en nuestro entorno se redacta prácticamente en el 100% de los pacientes y se entrega al alta hospitalaria, con una copia para uso del enfermo y otra para entregar al MAP.
2. De acuerdo con los datos de este estudio, el IAH carece de los datos mínimos necesarios para garantizar una continuidad asistencial de calidad en los casos con diagnóstico principal de ICC.
3. La información ecocardiográfica recogida en los IAH es deficiente. Hay un porcentaje no desdeñable de informes que no contienen información ecocardiográfica y en aquellos que la muestran, los datos que constan son insuficientes para una correcta valoración del paciente.
4. Entre los datos clínicos más deficientes se encuentra la falta de descripción de la clase funcional previa al episodio índice, siendo este un dato fundamental para estructurar el tratamiento farmacológico de modo acorde a las guías de práctica clínica.
5. Dada la alta prevalencia de ICC con FE preservada en nuestro entorno, una información detallada sobre la comorbilidad debería ser un objetivo prioritario del IAH y su deficiencia debería corregirse.
6. De entre los aspectos terapéuticos recogidos en el IAH destacamos la todavía baja tasa de prescripción de betabloqueantes y los pocos casos donde se justifica la ausencia de prescripción de los fármacos recomendados en las guías de práctica clínica.
7. El IAH debería contener, al menos, el conjunto mínimo de datos propuesto en este estudio, que permitiera proporcionar una continuidad de cuidados adecuada.

8. Intervenciones sencillas permiten alcanzar pequeñas mejoras, probablemente no significativas, por lo que debería pensarse en estrategias de comunicación más eficientes.

## 8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

<sup>1</sup> Rodríguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guayar-Castillón P. [Epidemiology of heart failure]. Rev Esp Cardiol. 2004 Feb;57(2):163-70. Spanish.

<sup>2</sup> Anguita Sánchez M, Crespo Leiro MG, de Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso-Pulpón L, Muñiz García J et al. [Prevalence of heart failure in the Spanish general population aged over 45 years. The PRICE Study]. Rev Esp Cardiol. 2008 Oct;61(10):1041-9. Spanish.

<sup>3</sup> Mc Donald K. [Prevalence of heart failure: a reflection of the good and the bad of modern cardiovascular care]. Rev Esp Cardiol. 2008 Oct;61(10):1010-2. Spanish.

<sup>4</sup> Senni M, Tribouilloy CM, Rodeheffer RJ, Jacobsen SJ, Evans JM, Bailey KR et al. Congestive Heart Failure in the Community: a study of all incident cases in Olmsted County, Minnesota, in 1991. Circulation. 1998 Nov 24;98(21):2282-9.

<sup>5</sup> Página Principal Intranet Sector III de Zaragoza del Sistema Aragonés de Salud. Memoria del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" Zaragoza 2005 - [Citado 19 Jul 2013]. Disponible en: <http://10.35.208.119/Memorias/mem2005/index.html>.

<sup>6</sup> España. Ley orgánica 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm. 102 páginas 15207-24.

<sup>7</sup> España. Orden de 16 de enero de 2001, del Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, por la se establece el sistema de información de atención especializada y se regula el procedimiento de recogida de datos. *Boletín Oficial de Aragón*, 26 de enero de 2001, núm. 11 páginas 479-8.

<sup>8</sup> Conthe P, García Alegría J, Pujol R, Alfageme I, Artola S, Barba R et al. [Consensus for hospital discharge reports in medical specialities]. Med Clin. 2010 Apr 17;134(11):505-10. Spanish.

<sup>9</sup> García-Alegría J, Jiménez-Puente A. [The hospital discharge report: utility and proposals for improvement]. Rev Clin Esp. 2005 Feb;205(2):75-8. Spanish.

<sup>10</sup> Zapatero A. ¿Por qué es importante el informe médico de alta?. Rev Clin Esp. 2010;210(7):355-8.

- 
- <sup>11</sup> Kripalani S, Lefevre F, Philips C, Willians M, Basaviah P, Backer DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007 Feb 28;297(8):831-41.
- <sup>12</sup> España. Orden de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del Informe de alta. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de septiembre de 1986, núm. 221 páginas 26685-6.
- <sup>13</sup> España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de noviembre de 2002, núm. 274 páginas 40126-32.
- <sup>14</sup> España. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de diciembre de 1999, núm. 298 páginas 43088-99.
- <sup>15</sup> Jiménez Puente A, García-Alegría J, Lara-Blanquer A. [Information systems for clinicians I. How to know what type of patients are attended in our hospitals]. *Rev Clin Esp*. 2010 Jun;210(6):298-303. Spanish.
- <sup>16</sup> España. Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 16 de septiembre de 2010, núm. 225 páginas 78742-78767.
- <sup>17</sup> Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Alfaro M. Esperanzas de vida saludable en España 1986-2007. Esperanza de vida libre de incapacidad y esperanza de vida en buena salud en España y sus comunidades autónomas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010 [citado 19 Jul 2013] Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/ESPERANZAS\\_DE\\_VIDA\\_SALUDABLES\\_EN\\_ESPANA\\_ESPANOL-2010.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/ESPERANZAS_DE_VIDA_SALUDABLES_EN_ESPANA_ESPANOL-2010.pdf).
- <sup>18</sup> Rao P, Andrei A, Fried A, González D, Shine D. Assessing quality and efficiency of discharge summaries. *Am J Med Qual*. 2005 Nov-Dec;20(6):337-43.
- <sup>19</sup> Formiga F, Dolcet P, Martínez A, Mascaró J, Vidaller A, Pujol R. [Geriatric information in the hospital discharge reports of patients over 65 years of age

---

admitted to an Internal Medicine Department]. Rev Clin Esp. 2004 Jun;204(6):308-11. Spanish

<sup>20</sup> Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mackenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83.

<sup>21</sup> Field MJ, Lohr KN, editors. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program, Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press, 1990.

<sup>22</sup> Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, van Veldhuisen DJ, Ponikowski P et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol [Internet].2008 [citado 19 Jul 2013];61(12):[aprox. 70 p.]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/archivo/seccion/90001117/pg2/>

<sup>23</sup> Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG et al 2009 focused update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. J Am Coll Cardiol. 2009 Apr 14;53(15):1343-82.

<sup>24</sup> Arnold JMO, Liu P, Demers C, Dorian P, Giannetti N, Haddad H; Canadian Cardiovascular Society. Canadian Cardiovascular Society consensus conference recommendations on heart failure 2006: Diagnosis and management. Can J Cardiol. 2006 Jan;22(1):23-45.

<sup>25</sup> National Clinical Guideline Centre. (2010) Chronic heart failure: the management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care. London: National Clinical Guideline Centre [actualizado 29 Mar 2011; citado 19 Jul 2013]. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG108/Guidance/pdf/English>

<sup>26</sup> Krum H, Jelinek M, Stewart S, Sindome A, Atherton JJ, Hawkes AI; CHF Guidelines Core Writers. Guidelines for the prevention, detection and management of people with chronic heart failure in Australia 2006. Med J Aust. 2006 Nov 20;185(10):549-57.

- 
- <sup>27</sup> Douglas PS, Garcia MJ, Haines DE, Lai WW, Manning WJ, Patel AR, et al. ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American Society of Echocardiography, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Failure Society of America, Heart Rhythm Society, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Critical Care Medicine, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and Society for Cardiovascular Magnetic Resonance Endorsed by the American College of Chest Physicians. *J Am Coll Cardiol*. 2011 Mar 1;57(9):1126-66.
- <sup>28</sup> Jessup M, Brozena S. Heart Failure. *N Engl J Med*. 2003 May 15;348(20):2007-18.
- <sup>29</sup> The CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS). *N Engl J Med*. 1987 Jun 4;316(23):1429-35.
- <sup>30</sup> The SOLVD Investigators. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure. *N Engl J Med*. 1991 Aug 1;325(5):293-302.
- <sup>31</sup> The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomised trial. *Lancet*. 1999 Jan 2;353(9146):9-13.
- <sup>32</sup> Packer M, Fowler MB, Roecker EB, Coats AJ, Katus HA, Krum H, et al. Effect of carvedilol on the morbidity of patients with severe chronic heart failure: results of the carvedilol prospective randomized cumulative survival (COPERNICUS) study. *Circulation*. 2002 Oct 22;106(17):2194-9.
- <sup>33</sup> Pitt B, Zannad F, Remme WJ, Cody R, Castaigne A, Perez A, et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med*. 1999 Sep 2;341(10):709-17.
- <sup>34</sup> Pitt B, Remme W, Zannad F, Neaton J, Martinez F, Roniker B, et al. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2003 Apr 3;348(14):1309-21.

- 
- <sup>35</sup> Cohn JN, Tognoni G; Valsartan Heart Failure Trial Investigators. A randomized trial of the angiotensin receptor blocker valsartan in chronic heart failure. *N Engl J Med*. 2001 Dec 6;345(23):1667-75.
- <sup>36</sup> McMurray JJ, Ostergren J, Swedberg K, Granger CB, Held P, Michelson EL; CHARM Investigators and Committees. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function taking angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Added trial. *Lancet*. 2003 Sep 6;362(9386):767-71.
- <sup>37</sup> Arnold JM, Howlett JG, Ducharme A, Ezekowitz JA, Gardner MJ, Giannetti N; Canadian Cardiovascular Society. Canadian Cardiovascular Society consensus conference guidelines on heart failure 2008 uptodate: Best practices for the transition of care of heart failure patients, and the recognition, investigation and treatment of cardiomyopathies. *Can J Cardiol*. 2008 Jan;24(1):21-40.
- <sup>38</sup> Yu DS, Thompson DR, Lee DT. Disease management programmes for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *Eur Heart J*. 2006 Mar;27(5):596-612.
- <sup>39</sup> Krum H, Jelinek MV, Stewart S, Sindone A, Atherton JJ; National Heart Foundation of Australia; Cardiac Society of Australia and New Zealand. 2011 update to National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia, 2006. *Med J Aust*. 2011 Apr 18;194(8):405-9.
- <sup>40</sup> Aaronson KD, Schwartz JS, Chen TM, Wong KL, Goin JE, Mancini DM. Development and prospective validation of a clinical index to predict survival in ambulatory patients referred for cardiac transplant evaluation. *Circulation*. 1997 Jun 17;95(12):2660-7.
- <sup>41</sup> Levy WC, Mozaffarian D, Linker DT, Sutradhar SC, Anker SD, Cropp AB, et al. The Seattle Heart Failure Model: prediction of survival in heart failure. *Circulation*. 2006 Mar 21;113(11):1424-33.
- <sup>42</sup> Dunlay SM, Gheorghide M, Reid KJ, Allen LA, Chan PS, Hauptman PJ, et al. Critical elements of clinical follow-up after hospital discharge for heart

---

failure: insights from the EVEREST trial. *Eur J Heart Failure*. 2010 Apr;12(4):367-74.

<sup>43</sup> Vázquez R, Bayes-Genis A, Cygankiewicz I, Pascual-Figal D, Grigorian-Shamagian L, Pavon R; MUSIC Investigators. The MUSIC Risk score: a simple method for predicting mortality in ambulatory patients with chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2009 May;30(9):1088-96.

<sup>44</sup> O'Connor CM, Abraham WT, Albert NM, Clare R, Gattis Stough W, Gheorghiade M, et al. Predictors of mortality after discharge in patients hospitalized with heart failure: an analysis from the Organized Program to Initiate Livesaving Treatment in Hospitalized Patients with Heart Failure (OPTIMIZE-HF). *Am Heart J*. 2008 Oct;156(4):662-73.

<sup>45</sup> Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. *Arch Intern Med*. 2000 Apr 24;160(8):1074-81.

<sup>46</sup> Thomas JW, Holloway JJ. Investigating early readmission as an indicator for quality of care studies. *Med Care*. 1991 Apr;29(4):377-94.

<sup>47</sup> García-Alegría J, Martín-Escalante MD, Hidalgo-Rojas L. Aspectos organizativos y calidad de atención en la insuficiencia cardiaca. *Rev Clin Esp*. 2001;201 (Supl 1):S7-15.

<sup>48</sup> Jha AK, Orav EJ, Epstein AM. Public reporting of discharge planning and rates of readmissions. *New Engl J Med*. 2009 Dec 31;361(27):2637-45.

<sup>49</sup> Trujillo-Santos AJ, Domingo-González S, Gonzalo-Blanquer J, Perea-Milla E, Jiménez-Puente A, García-Alegría J. [Quality of care indicators related to premature readmission and death after hospitalization for heart failure]. *Med Clin*. 2006 Feb 11;126(5):165-9. Spanish.

<sup>50</sup> Metra M, Gheorghiade M, Bonow RO, Dei Cas L. Postdischarge assessment after a heart failure hospitalization: the next step forward. *Circulation*. 2010 Nov 2;122(18):1782-5.

<sup>51</sup> Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA*. 2004 Mar 17;291(11):1358-67.

- 
- <sup>52</sup> Raval AN, Marchiori GE, Arnold JM. Improving the continuity of care following discharge of patients hospitalized with heart failure: is the discharge summary adequate?. *Can J Cardiol.* 2003 Mar 31;19(4):365-70.
- <sup>53</sup> Shakib S, Philpott H, Clark R. What we have here is a failure to communicate! Improving communication between tertiary to primary care for chronic heart failure patients. *Intern Med J.* 2009 Sep;39(9):595-9.
- <sup>54</sup> Krum H, Tonkin AM, Currie R, Djundjek R, Johnston CI. Chronic heart failure in Australian general practice. The Cardiac Awareness Survey and Evaluation (CASE) Study. *Med J Aust.* 2001 May 7;174(9):439-44.
- <sup>55</sup> Komajda M, Follath F, Swedberg K, Cleland J, Aguilar JC, Cohen-Solal A; Study Group on Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. The EuroHeart Failure Survey programme: a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 2: treatment. *Eur Heart J.* 2003 Mar;24(5):464-74.
- <sup>56</sup> Stevenson LW, Perloff JK. The limited reliability of physical signs for estimating hemodynamics in chronic heart failure. *JAMA.* 1989 Feb 10;261(6):884-8.
- <sup>57</sup> Nguyen VT, Ho JE, Ho CY, Givertz MM, Stevenson LW. Handheld echocardiography offers rapid assessment of clinical volume status. *Am Heart J.* 2008 Sep;156(3):537-42.
- <sup>58</sup> Pimenta J, Paulo C, Mascarenhas J, Gomes A, Azevedo A, Rocha-Gonçalves F et al. BNP at discharge in acute heart failure patients: is it all about volemia? A study using impedance cardiography to assess fluid and hemodynamic status. *Int J Cardiol.* 2010 Nov 19;145(2):209-14.
- <sup>59</sup> Parrinello G, Paterna S, Di Pasquale P, Torres D, Fatta A, Mezzero M. The usefulness of bioelectrical impedance analysis in differentiating dyspnea due to decompensated heart failure. *J Card Fail.* 2008 Oct;14(8):676-86.
- <sup>60</sup> Parrinello G, Torres D, Paterna S, Di Pasquale P, Mezzero M, Licata G. The challenge of the volume status assessment in heart failure. *Am Heart J [Internet].* 2009 Apr [citado 19 Jul 2012];157(4):[aprox.1p]. Disponible en: <http://www.ahjonline.com/article/S0002-8703%2808%2901049-1/fulltext>.
- <sup>61</sup> Montero Pérez-Barquero M, Conthe Gutiérrez P, Román Sánchez P, García Alegría J, Forteza-Rey J; Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de

---

Sociedad Española de Medicina Interna (estudio SEMI-IC). [Morbidity from patients admitted for heart failure in the departments of internal medicine]. *Rev Clin Esp.* 2010 Apr;210(4):149-58. Spanish.

<sup>62</sup> Alcalde P, Dapena MD, Nieto MD, Fontecha BJ. Ingreso hospitalario atribuible a efectos adversos a medicamentos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001 Jul;36(6):340-4.

<sup>63</sup> Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as a cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients. *BMJ.* 2004 Jul 3;329(7456):15-9.

<sup>64</sup> Jiménez-Puente A, García-Alegría J, Martín-Escalante MD, Martos-Pérez F, Faus-Felipe V, Perea-Milla E. [Priority of prescribed medication in patients with heart failure in an Internal Medicine Department]. *Rev Clin Esp.* 2008 May;208(5):229-33. Spanish.

<sup>65</sup> Abhayaratna WP, Smith WT, Becker NG, Marwick TH, Jeffery IM, McGill DA. Prevalence of heart failure and systolic ventricular dysfunction in older Australians: The Canberra Heart Study. *Med J Aust.* 2006 Feb 20;184(4):151-4.

<sup>66</sup> Standard IM.6.10: Hospital Accreditation Standards. Oakbrook Terrace, Ill: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2006:338-40.

<sup>67</sup> Bell CM, Schnipper JL, Auerbach AD, Kaboli PJ, Wetterneck TB, Gonzales DV et al. Association of communication between hospital-based physicians and primary care providers with patient outcomes. *J Gen Intern Med.* 2009 Mar;24(3):381-6.

<sup>68</sup> Flamarique-Pascual A. Implantación de un sistema de calidad en el tratamiento y control evolutivo de los pacientes con insuficiencia cardiaca [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza;2009.

<sup>69</sup> Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med.* 2007 Sep;2(5):314-23.

<sup>70</sup> Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin GA. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health Syst Pharm.* 2004 Aug 15;61(16):1689-95.

- 
- <sup>71</sup> Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 2005 Feb 28;165(4):424-9.
- <sup>72</sup> Prieto JM, Franco S. [Reflections on the clinical reports «minimum data set»]. *Rev Clin Esp.* 2012 Feb;212(2):98-103. Spanish.
- <sup>73</sup> Amorín MJ. Mapa sanitario del Sector Zaragoza III del Sistema Aragonés de Salud. Zaragoza: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, Diputación General de Aragón 2007 [citado 19 Jul 2013] Disponible en: [http://w.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/GuiaCentrosServiciosSanitarios/OrdenacionSanitaria/MapaSanitario/SECTOR\\_ZARAGOZA\\_III\\_2007.pdf](http://w.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/GuiaCentrosServiciosSanitarios/OrdenacionSanitaria/MapaSanitario/SECTOR_ZARAGOZA_III_2007.pdf).
- <sup>74</sup> Cleland JGF, Swedberg K, Follath F, Komajda M, Cohen-Solal A, Aguilar JC; Study Group on Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. The EuroHeart Failure survey programme-- a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. *Eur Heart J.* 2003 Mar;24(5):442-63.
- <sup>75</sup> Krantz MJ, Ambardekar AV, Kaltenbach L, Hernandez AF, Heidenreich PA, Fonarow GC; Get With the Guidelines Steering Committee and Hospitals. Patterns and Predictors of Evidence-Based Medication Continuation Among Hospitalized Heart Failure Patients (from Get With the Guidelines-Heart Failure). *Am J Cardiol.* 2011 Jun 15;107(12):1818-23.
- <sup>76</sup> Yao DK, Wang LX, Curran S, Ball P. Adherence to treatment guidelines in the pharmacological management of chronic heart failure in an Australian population. *J Geriatr Cardiol.* 2011 Jun;8(2):88-92.
- <sup>77</sup> Harjola VP, Follath F, Nieminen MS, Brutsaert D, Dickstein K, Drexler H et al. Characteristics, outcomes, and predictors of mortality at 3 months and 1 year in patients hospitalized for acute heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2010 Mar;12(3):239-48.
- <sup>78</sup> Fernández-Bergés D, Consuegra-Sánchez L, Félix-Redondo FJ, Robles NR, Galán Montejano M, Lozano-Mera L. Clinical characteristics and mortality of heart failure. INCAex study. *Rev Clin Esp.* 2013 Jan-Feb;213(1):16-24.
- <sup>79</sup> Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome - An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. *New Engl J Med.* 2013 Jan 10;368(2):100-2.

- 
- <sup>80</sup> Horwitz LI, Jenq GY, Brewster UC, Chen C, Kanade S, Van Ness PH et al. Comprehensive quality of discharge summaries at an academic medical center. *J Hosp Med* [internet]. 2013 Mar [citado el 19 de julio de 2013]: 8(8):[aprox.7 p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhm.2021/abstract>.
- <sup>81</sup> Nellesen E, Lancellotti P, Piérard LA. [Treatment adherence to guidelines for the management of chronic heart failure]. *Rev Med Liège*. 2010 May-Jun;65(5-6):285-9. French.
- <sup>82</sup> García-Moll X, Fácila L, Conthe P, Zapata A, Artigas R, Bertomeu V; investigadores del estudio CHARACTER-BETA. [How beta-blockers are used in Spain? Analysis of limitations in their use in internal medicine and cardiology: CHARACTER-BETA study]. *Rev Esp Cardiol*. 2011 Oct;64(10):883-90. Spanish.
- <sup>83</sup> Atwater BD, Dai D, Allen-Lapointe NM, Al-Khatib SM, Zimmer LO, Sanders GD et al. Is heart failure guideline adherence being underestimated? The impact of therapeutic contraindications. *Am Heart J*. 2012 Nov;164(5):750-5.
- <sup>84</sup> McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K; ESC Committee for Practice Guidelines. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2012 Jul;33(14):1787-847.
- <sup>85</sup> Suarez J, Piccini JP, Liang L, Atherton JJ, Hayward CS, Krum H et al. International variation in use of oral anticoagulation among heart failure patients with atrial fibrillation. *Am Heart J*. 2012 May;163(5):804-11.
- <sup>86</sup> Piccini JP, Hernandez AF, Zhao X, Patel MR, Lewis WR, Peterson ED; Get With The Guidelines Steering Committee and Hospitals. Quality of care for atrial fibrillation among patients hospitalized for heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2009 Sep 29;54(14):1280-9.
- <sup>87</sup> Nieuwlaat R, Eurlings LW, Cleland JG, Cobbe SM, Vardas PE, Capucci A et al. Atrial fibrillation and heart failure in cardiology practice: reciprocal impact and combined management from the perspective of atrial fibrillation: results of the Euro Heart Survey on atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol*. 2009 May 5;53(18):1690-8.

---

<sup>88</sup> Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellebogen KA. ACC/AHA/ESC: Guía de práctica clínica 2006 para el manejo de pacientes con fibrilación auricular. Versión resumida. Rev Esp Cardiol [Internet] 2006 [citado 19 Jul 2013];59(12):[aprox. 65p.]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/guias-practica-clinica/articulo/13096583/>.

<sup>89</sup> Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH, Schotten U, Savelieva I, Ernst S et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol [Internet] 2010 [citado 19 Jul 2013];63(12):[aprox. 83p.]. Disponible en: [http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13188310&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=25&ty=106&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v63n12a13188310pdf001.pdf](http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13188310&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=106&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v63n12a13188310pdf001.pdf).

<sup>90</sup> Van Walraven C, Seth R, Austin P, Laupacis A. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. J Gen Intern Med. 2002 Mar;17(3):186-92.

<sup>91</sup> Nieminen MS, Brutsaert D, Dickstein K, Drexler H, Follath F, Harjola VP; EuroHeart Survey Investigators; Heart Failure Association, European Society of Cardiology. EuroHeart Failure Survey II (EHFS II): a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population. Eur Heart J. 2006 Nov;27(22):2725-36.

<sup>92</sup> Nieminen MS, Bohm M, Cowie MR, Drexler H, Filippatos GS, Jondeau G; ESC Committee for Practice Guideline (CPG). Executive summary of the guidelines on the diagnosis and treatment of acute heart failure: the task force on acute heart failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2005 Feb;26(4):384-416.

## 9.- ANEXOS

### ANEXO 1: Índice de comorbilidad de Charlson (versión original)

Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	1
Insuficiencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	1
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de <i>by-pass</i> arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejía: evidencia de hemiplejía o paraplejía como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	2
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	2
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	2
Leucemia: incluye leucemia mielóide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	6
Índice de comorbilidad (suma puntuación total) =	

Comentarios: En general, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta > 3 puntos. Predicción de mortalidad en seguimientos cortos (< 3 años); índice de 0: (12% mortalidad/año); índice 1-2: (26%); índice 3-4: (52%); índice > 5: (85%). En seguimientos prolongados (> 5 años), la predicción de mortalidad deberá corregirse con el factor edad, tal como se explica en el artículo original (Charlson M, *J Chron Dis* 1987; 40: 373-83). Esta corrección se efectúa añadiendo un punto al índice por cada década existente a partir de los 50 años (p. ej., 50 años = 1 punto, 60 años = 2, 70 años = 3, 80 años = 4, 90 años = 5, etc.). Así, un paciente de 60 años (2 puntos) con una comorbilidad de 1, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 3 puntos, o bien, un paciente de 80 años (4 puntos) con una comorbilidad de 2, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 6 puntos. Tiene la limitación de que la mortalidad del sida en la actualidad no es la misma que cuando se publicó el índice.

## ANEXO 2: Conjunto de datos del informe clínico de alta recogidos en el Real Decreto 1093/2010.

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R <sup>1</sup>
DATOS DEL DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe Clínico de Alta		CM
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies de firma del informe	CM
Fecha de Ingreso	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Fecha de alta	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Nombre Responsable 1	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe	CM
Categoría profesional 1	Texto	Médico Residente Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio		CM
Nombre Responsable 2	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	CM
Categoría profesional 2	Texto	Facultativo Especialista de Área Jefe de Sección Jefe de Servicio		
Servicio	Texto	Según normativa en vigor en cada momento.	Actualmente: clasificación de Servicios del CMBD/SIFCO	CM
Unidad	Texto	Libre		CM
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominación del Servicio de Salud	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACyL. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud SNS-O. Servicio Navarro de Salud-OSASUNBIDEA. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		CM
Denominación del proveedor de servicios	Texto +Logo	Libre		R
Denominación del Centro	Texto + Logo	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM
Dirección Del Centro				CM
Tipo de vía	Texto	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible+texto libre		CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto			CM
Dirección Web/Correo electrónico	Texto		Libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario

<sup>1</sup> Se puede clasificar cada campo según se considere que su presencia es esencial (aunque la cumplimentación del valor no sea obligatoria) y por ello debe formar parte del conjunto mínimo del SNS (CM) o por el contrario es aconsejable su presencia pero no imprescindible como parte del conjunto mínimo de datos (R)

(Continuación)

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R <sup>1</sup>		
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>						
Nombre	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM		
Primer Apellido	Texto			CM		
Segundo Apellido	Texto			CM		
Fecha nacimiento	dd/mm/aaaa			CM		
Sexo	Texto			H/M	CM	
DNI/T.Residencia/Pasaporte	Texto			R		
NASS	Texto			CM		
CIP de C Autónoma	Texto			CM		
Código SNS	Texto			R		
CIP Europeo	Texto			Se reserva este espacio en previsión de que, en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.	R	
Nº Historia Clínica	Texto	Libre		CM		
Domicilio						
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM		
Nombre de la vía	Texto			CM		
Número de la vía	Texto			CM		
Piso	Texto			CM		
Letra	Texto			CM		
Código Postal	Texto			CM		
Municipio	Texto			CM		
Provincia	Texto			CM		
País	Texto					
Teléfono	Texto			Dato que figure en la BD de la TSI de la CA+texto libre	Existirá texto libre para añadir un segundo número de teléfono	R
<b>DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL</b>						
Motivo del Alta	Texto	Traslado a domicilio Traslado de Servicio Traslado a otro centro hospitalario Traslado a un centro sociosanitario Alta voluntaria Fallecimiento Otros	Se incluyen las categorías correspondientes al CMBD nacional, independientemente de que los CMBD autonómicos incorporen de hecho categorías adicionales, cuyas respuestas luego se reclasifican. La categoría de respuesta fallecimiento, será recodificada a "éxitus"	CM		
Motivo de Ingreso	Texto	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R		
Tipo de ingreso	Texto	Urgente Programado		CM		
Antecedentes	Texto	Libre		CM		
Enfermedades familiares hereditarias Enfermedades previas Antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos Alergias Hábitos tóxicos Actuaciones preventivas (1) Medicación previa Situación funcional (2) Antecedentes sociales y profesionales	Texto	Libre	(1) Vacunaciones infantiles, del adulto, quimioprofilaxis realizadas, etc (2) Se refiere a la valoración del impacto funcional de los problemas activos o enfermedades y se podrán utilizar una o varias escalas (Escala de dependencia, clasificación funcional de la insuficiencia cardíaca, valoraciones del grado de demencia, escalas de calidad de vida, etc.)	R		
Historia Actual	Texto	Libre		CM		
Exploración Física	Texto	Libre		CM		
Resumen pruebas complementarias	Texto	Libre		CM		
Laboratorio Imagen Otras pruebas	Texto	Libre	Se recomienda la clasificación en subapartados	R		
Evolución y comentarios	Texto	Libre	En su caso, puede incluirse el protocolo quirúrgico en este apartado, así como comentarios al diagnóstico o tratamiento, valoraciones diagnósticas adicionales, describir si el ingreso psiquiátrico fue involuntario, describir reacciones adversas a fármacos u otras sustancias utilizados en este episodio, complicaciones evolutivas de la/las enfermedades o realizar valoraciones diagnósticas o comentarios adicionales.	CM		

(Continuación)

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R <sup>1</sup>
Diagnóstico Principal	Texto +código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Otros Diagnósticos	Texto +código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Procedimientos	Texto +código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Los sistemas de codificación serán sustituidos por versiones posteriores si así se acordara en el Consejo Interterritorial del SNS.	CM R
Tratamiento	Texto	Libre		CM
Recomendaciones	Texto	Libre	Se trata de recomendaciones terapéuticas que no incluyen fármacos (oxigenoterapia, dieta, reposo o limitaciones de esfuerzo físico, etc.)	R
Fármacos	Texto  +código	Libre (Especialidad+principioactivo+ dosis/unidad+ nº unidades/dosis+ intervalo de dosis+ vía administración+ duración)  nomenclator oficial MSPS (código nacional)/Snomed-CT	En la medida en que la implantación de las aplicaciones informáticas de HCE, que incluyen módulos de prescripción lo permitan, el texto libre, será reemplazado progresivamente por el vocabulario del catálogo de medicamentos autorizados (Nomenclator Oficial/ Snomed-CT)	R
Otras Recomendaciones	Texto	Libre	Se refiere a los planes de actuación previstos que no son propiamente medidas terapéuticas. Por ejemplo, fecha de próxima cita, conveniencia de nueva revisión, petición de pruebas, etc.	CM

**ANEXO 3: Conjunto Mínimo Básico de Datos del Sector III del  
Servicio Aragonés de Salud**



HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO  
"LOZANO BLESÁ"  
Avda. San Juan Bosco, 15  
50009 Zaragoza

**Apellidos, Nombre:**

**F. Nacimiento:**

**Afiliación:**

**Sexo:**

**Dirección:**

**F. Ingreso:**

**Teléfono:**

**Edad:**

**Nº historia:**

**Nº icu:**

**F. Alta:**

**Cama:**

**Servicio de MEDICINA INTERNA  
HOSPITALIZACIÓN**

**INFORME DE ALTA**

**Motivo del alta:**

**Motivo de Ingreso:**

**Procedencia:**

**Resumen de la Historia Clínica:**

**Exploración Física:**

**Pruebas complementarias:**

**Resumen de la Evolución durante el Ingreso**

**Otros Procedimientos Significativos:**

**Diagnóstico Principal:**

**Otros diagnósticos:**

**Recomendaciones Terapéuticas:**

**Observaciones**

**Firma:**

Dr.  
Colegiado nº:

## ANEXO 4: Hoja de recogida de datos

FILIACIÓN DEL PACIENTE		
Fecha de ingreso:	Fecha de alta:	
Nº registro:	NHC:	Unidad:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:
Lugar de residencia:	Situación familiar:	
Profesión:		
FILIACIÓN DE LA ICC		
Factores de riesgo cardiovascular:		
HTA	IRC	
Diabetes	Respiratorio	
Dislipemia	ACV	
Tabaquismo	Anemia	
Consumo alcohol	Artritis	
Antecedentes de cardiopatía:		
Arritmia	Valvulopatía	
IAM	Miocardiopatía	
Antecedentes familiares:		
Otros antecedentes de interés:		
Etiología de la ICC		
Clase funcional habitual:		
Clase estructural de la ACC/AHA:		
Ecocardiograma previo:		
Fecha de realización:	Otros datos:	
FEVI:		
EPISODIO ACTUAL DE DESCOMPESACIÓN		
Datos al ingreso:		
Peso:	Talla:	IMC:
TA sistólica	TA diastólica	FC
Bioquímica:		
Hb (g/L)	Hto (%)	
Urea (mg/dL)	Creatinina (mg/dL)	
Ácido úrico (mg/dL)	Glucosa (mg/dL)	
NA <sup>+</sup> (mEq/L)	K <sup>+</sup> (mEq/l)	
Colesterol total (mg/dL)	HDL-col (mg/dL)	
LDL-col (mg/dL)		
ECG:		
RX tórax:		

Ecocardiograma: Motivo de realización: no hay previo - > 1 año del previo - cambios expl. FEVI: Otros:				
Factor desencadenante: Primer episodio o reagudización: Otros diagnósticos:				
Complicaciones durante el ingreso / efectos adversos:				
<b>TRATAMIENTO</b>				
Consejo dietético: Consejo tabáquico:			Monitorización peso: Consejo actividad física:	
Fármacos	Nombre	Previo/Nuevo	Dosis	Posología
IECA				
Diuréticos				
BB				
Antialdosterona				
ARAI				
Digitálicos				
ACO				
Nitritos				
Amiodarona				
Insulina/ADO				
Inhaladores				
Hierro				
Alopurinol				
Hipolipemiantes				
OCD				
Otros:				
<b>SEGUIMIENTO</b>				
Especialista: Cardiólogo Internista MAP Otros Exitus:			Pruebas solicitadas: Bioquímica general RX tórax Ecocardiograma Función renal Otras:	
Fecha de la revisión:				

## ANEXO 5: Propuesta de informe de alta hospitalaria para pacientes con diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca

 <p><b>HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO</b> "LOZANO BLESA" Avda. San Juan Bosco, 15 50009 Zaragoza</p>	<b>Apellidos, Nombre:</b>	<b>Edad:</b>
	<b>F. Nacimiento:</b>	<b>Nº historia:</b>
	<b>Afiliación:</b>	<b>Nº icu:</b>
	<b>Sexo:</b>	
	<b>Dirección:</b>	<b>F. Alta:</b>
	<b>F. Ingreso:</b>	<b>Cama:</b>
	<b>Teléfono:</b>	

**Servicio de MEDICINA INTERNA  
HOSPITALIZACIÓN**

**INFORME DE ALTA**

**Motivo del alta:**  
**Motivo de Ingreso:**  
**Procedencia:**

**Resumen de la Historia Clínica:** Paciente de \_\_\_ años.

- Antecedentes familiares destacables:
- Antecedentes personales:
  - Lugar de residencia (rural o urbano):
  - Situación de dependencia:
  - Tipo de domicilio:
  - Alergias:
- A. Patológicos:
  - Factores de riesgo cardiovasculares (incluidos tóxicos):
  - Cardiopatía:
  - Enfermedades respiratorias:
  - Otras:
  - Intervenciones quirúrgicas:
- Tratamiento habitual: nombre comercial (principio activo) (dosis) (posología)

**Historia actual:** (duración, búsqueda de factor desencadenante)

**Exploración Física:** TA \_\_\_ mmHg. FC \_\_\_ lpm. FR \_\_\_ rpm. Sat O2 \_\_%. T° \_\_\_ °C. Peso al ingreso: \_\_\_ kg. IMC: \_\_\_ kg/m<sup>2</sup>.

Inspección:  
Cabeza y cuello:  
AP:  
AC:  
Abdomen:  
EEII:  
Otros hallazgos:

**Pruebas complementarias:**

- **Analítica general:** Hb \_\_\_ g/dl, Hto \_\_\_ %, glucosa \_\_\_ mg/dL, urea \_\_\_ mg/dL, creatinina \_\_\_ mg/dL, sodio \_\_\_ mEq/L, potasio \_\_\_ mEq/L, proteínas \_\_\_ gr/dL, albúmina \_\_\_ gr/dL, colesterol total \_\_\_ mg/dL, HDL \_\_\_ mg/dL, LDL \_\_\_ mg/dL, TG \_\_\_ mg/dL.
- **Estudio de coagulación (INR):** en pacientes anticoagulados

- **RX tórax:** cardiomegalia – afectación pleural – afectación vascular – afectación parenquimatosa
- **ECG:** ritmo – bloqueo – alteraciones estructurales
- **Ecocardiograma:** si está indicada su realización
- **Marcadores biológicos (NTproBNP, troponinas, dímero D):** si está indicada su realización

**Otras pruebas complementarias:**

**Resumen de la Evolución durante el Ingreso:**

- descripción de la etiología de la ICC, la clasificación según FE y el nº de episodio (sobre todo si es el 1º)
- complicaciones, eventos adversos
- si no se pautan los tratamientos indicados en las guías de práctica clínica, indicar el motivo
- si no se inicia anticoagulación indicar el motivo

**Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos:** (no procede)

**Otros Procedimientos Significativos:** (no procede)

**Diagnóstico Principal:**

**INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA:**

- Factor desencadenante:
- Clase funcional NYHA (habitual, al alta):
- Estadio AHA/ACC:

**Otros diagnósticos:**

Relacionados con el ingreso actual  
Previos

**Recomendaciones Terapéuticas:**

- **DIETA:** variada y equilibrada, pobre en sal y en azúcares (si es diabético).
- Se recomienda vacunación antigripal
- **EJERCICIO:** intentará caminar primero en el interior de su domicilio (no es conveniente que suba y baje escaleras) y posteriormente al aire libre, ya que el ejercicio mejorará su capacidad funcional.
- **CONTROL DEL PESO:** debe pesarse diariamente o cada 2 días, a la misma hora y con la misma ropa, y anotarlo. Si nota ganancia de peso en varias tomas seguidas debe ponerse en contacto con su médico de cabecera para valorar aumentar la dosis de diurético.
- **MEDICACIÓN**

	DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA	CENA
Fármaco 1	1 comprimido			
Fármaco 2	1 comprimido		1 comprimido	
Fármaco 3	1 comprimido			
Fármaco 4	1 comprimido			
Fármaco 5	1 comprimido			

**Observaciones:** control por el médico de A.Primaria en los próximos días, quien realizará las modificaciones que considere oportunas. *En algunos casos:* Se recomienda estudio de iones y función renal en el plazo de 7-10 días, así como control de las cifras de TA y frecuencia cardiaca.

**Firma:**

Dr.  
Colegiado nº:

## ANEXO 6: Documento informativo enviado a los miembros del Servicio de Medicina Interna

Dr. Juan I. Pérez-Calvo  
Servicio de Medicina Interna  
H.C.U. Lozano Blesa

Zaragoza, a 6 de mayo de 2011.

Estimado compañero:

Como probablemente recordarás, el pasado viernes 29 de abril se presentó en la sesión clínica del servicio un trabajo descriptivo sobre los informes de alta de pacientes con insuficiencia cardiaca en nuestro servicio. Esta presentación es la parte inicial del proyecto de tesis doctoral de Pilar Martín Fortea, residente de 5º año de Medicina Interna adscrita a MICH.

Como pudimos apreciar de esos datos, y como ocurre con todas las actividades que desarrollamos, por mucho interés que pongamos, existen algunos aspectos que podemos mejorar, posiblemente con un coste en esfuerzo, pequeño.

Hemos creído oportuno resaltar aquellos datos que, a nuestro juicio, de estar presentes mejorarían la calidad de la información contenida en los informes de alta por insuficiencia cardiaca de los pacientes de nuestro servicio.

Si estás de acuerdo y lo deseas, sería para nosotros de mucha ayuda que intentaras plasmarlos, si no lo haces ya, en los informes de los pacientes que des de alta por esta patología. En una segunda fase, Pilar volverá a recoger un grupo de informes para de nuevo analizarlos y ver de este modo si este tipo de intervenciones es eficaz.

El propósito último es conseguir que el informe de alta sea un documento conciso pero completo que permita tener una idea clara de la situación de estos pacientes cuando acudan a Urgencias o reingresen, cosa por otra parte muy frecuente.

Como director de la tesis de Pilar, agradezco de antemano tu colaboración.

Fdo: Juan I. Pérez Calvo



# TESIS DOCTORAL

“ANÁLISIS DE CALIDAD DE LOS  
INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA,  
COMO GARANTÍA DE CONTINUIDAD DE  
CUIDADOS Y HERRAMIENTA DE MEJORA EN  
LA ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES CON  
INSUFICIENCIA CARDIACA”

Autor:

M<sup>a</sup> PILAR MARTÍN FORTEA

Directores:

JUAN I. PÉREZ-CALVO

BEATRIZ AMORES ARRIAGA

## FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA



**Universidad**  
Zaragoza

ANÁLISIS ESTADÍSTICO



## Índice

Descripción de los informes de alta hospitalaria.....	1
Características sociodemográficas .....	1
Datos relacionados con el ingreso .....	8
Factores de riesgo cardiovascular .....	17
Datos de filiación de la ICC .....	32
Descripción del ingreso actual de descompensación cardiaca .....	42
Tratamiento de la ICC .....	97
Seguimiento .....	162
Valoración del contenido de los informes de alta antes y después de la intervención: conjunto mínimo de datos.....	169
Adecuación del tratamiento a las guías según la clase funcional .....	190

# Descripción de los informes de alta hospitalaria

## Características sociodemográficas

### Sexo

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Sexo	Hombres	Recuento	175	140	315
		% de Sexo	55,6%	44,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	47,2%	50,0%	48,4%
		% del total	26,9%	21,5%	48,4%
	Mujeres	Recuento	196	140	336
		% de Sexo	58,3%	41,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	52,8%	50,0%	51,6%
		% del total	30,1%	21,5%	51,6%
Total	Recuento	371	280	651	
	% de Sexo	57,0%	43,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,512(b)	1	,474		
Corrección por continuidad(a)	,405	1	,525		
Razón de verosimilitudes	,512	1	,474		
Estadístico exacto de Fisher				,477	,262
Asociación lineal por lineal	,511	1	,475		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 135,48.

## Agrupación de los pacientes por edades

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
Agrupación por edades	Menores de 60 años	Recuento	15	11	26
		% de Agrupación por edades	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	4,0%	3,9%	4,0%
		% del total	2,3%	1,7%	4,0%
	60-80 años	Recuento	161	92	253
		% de Agrupación por edades	63,6%	36,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	43,4%	32,9%	38,9%
		% del total	24,7%	14,1%	38,9%
	Mayores de 80 años	Recuento	195	177	372
		% de Agrupación por edades	52,4%	47,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	52,6%	63,2%	57,1%
		% del total	30,0%	27,2%	57,1%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Agrupación por edades	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,735(a)	2	,021
Razón de verosimilitudes	7,786	2	,020
Asociación lineal por lineal	5,617	1	,018
N de casos válidos	651		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,18.

## Lugar de residencia

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Lugar de residencia	Medio rural	Recuento	178	122	300
		% de Lugar de residencia	59,3%	40,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	48,0%	43,6%	46,1%
		% del total	27,3%	18,7%	46,1%
	Medio urbano	Recuento	193	158	351
		% de Lugar de residencia	55,0%	45,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	52,0%	56,4%	53,9%
		% del total	29,6%	24,3%	53,9%
Total	Recuento		371	280	651
	% de Lugar de residencia		57,0%	43,0%	100,0%
	% de Paciente pre/post exposición		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		57,0%	43,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,247(b)	1	,264		
Corrección por continuidad(a)	1,076	1	,300		
Razón de verosimilitudes	1,249	1	,264		
Estadístico exacto de Fisher				,268	,150
Asociación lineal por lineal	1,245	1	,264		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 129,03.

## Descripción de la autonomía del paciente

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Situación de dependencia	Dependiente	Recuento	28	74	102
		% de Situación de dependencia	27,5%	72,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	7,5%	26,4%	15,7%
		% del total	4,3%	11,4%	15,7%
	Autónomo	Recuento	47	67	114
		% de Situación de dependencia	41,2%	58,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	12,7%	23,9%	17,5%
		% del total	7,2%	10,3%	17,5%
	No descrito	Recuento	296	139	435
		% de Situación de dependencia	68,0%	32,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	79,8%	49,6%	66,8%
		% del total	45,5%	21,4%	66,8%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Situación de dependencia	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	69,557(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	70,241	2	,000
Asociación lineal por lineal	67,336	1	,000
N de casos válidos	651		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 43,87.

## Situación familiar del paciente

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Situación familiar	Casado	Recuento	10	24	34
		% de Situación familiar	29,4%	70,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	2,7%	8,6%	5,2%
		% del total	1,5%	3,7%	5,2%
	Dependiente	Recuento	14	42	56
		% de Situación familiar	25,0%	75,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	3,8%	15,0%	8,6%
		% del total	2,2%	6,5%	8,6%
	Independiente	Recuento	9	24	33
		% de Situación familiar	27,3%	72,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	2,4%	8,6%	5,1%
		% del total	1,4%	3,7%	5,1%
	Institucionalizado/a	Recuento	44	20	64
		% de Situación familiar	68,8%	31,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	11,9%	7,1%	9,8%
		% del total	6,8%	3,1%	9,8%
	Vive solo/a con apoyo	Recuento	10	4	14
		% de Situación familiar	71,4%	28,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	2,7%	1,4%	2,2%
		% del total	1,5%	,6%	2,2%
Soltero/a	Recuento	5	2	7	
	% de Situación familiar	71,4%	28,6%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	1,3%	,7%	1,1%	
	% del total	,8%	,3%	1,1%	
Vuido/a	Recuento	10	27	37	
	% de Situación familiar	27,0%	73,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	2,7%	9,6%	5,7%	
	% del total	1,5%	4,1%	5,7%	
No descrito	Recuento	269	137	406	
	% de Situación familiar	66,3%	33,7%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	72,5%	48,9%	62,4%	
	% del total	41,3%	21,0%	62,4%	
Total	Recuento	371	280	651	
	% de Situación familiar	57,0%	43,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	78,990(a)	7	,000
Razón de verosimilitudes	79,930	7	,000
Asociación lineal por lineal	36,684	1	,000
N de casos válidos	651		

a. 2 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,01.

## ¿Cómo vive el paciente?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Cómo vive el paciente?	Domicilio propio con su familia	Recuento	312	220	532
		% de ¿Cómo vive el paciente?	58,6%	41,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	84,1%	78,6%	81,7%
		% del total	47,9%	33,8%	81,7%
	Residencia	Recuento	44	47	91
		% de ¿Cómo vive el paciente?	48,4%	51,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	11,9%	16,8%	14,0%
		% del total	6,8%	7,2%	14,0%
	Solo en su domicilio	Recuento	6	3	9
		% de ¿Cómo vive el paciente?	66,7%	33,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	1,6%	1,1%	1,4%
		% del total	,9%	,5%	1,4%
	Solo con apoyo	Recuento	9	10	19
		% de ¿Cómo vive el paciente?	47,4%	52,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	2,4%	3,6%	2,9%
		% del total	1,4%	1,5%	2,9%
Total	Recuento	371	280	651	
	% de ¿Cómo vive el paciente?	57,0%	43,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,427(a)	3	,219
Razón de verosimilitudes	4,399	3	,221
Asociación lineal por lineal	2,145	1	,143
N de casos válidos	651		

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,87.

## Datos relacionados con el ingreso

### Estancia media y edad al ingreso (total)

		Estadístico	Error típ.		
Estancia media en días (total)	Media	11,8602	,37620		
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Limite inferior	11,1215		
		Limite superior	12,5989		
	Media recortada al 5%	10,7695			
	Mediana	9,0000			
	Varianza	92,133			
	Desv. típ.	9,59858			
	Mínimo	-4,00			
	Máximo	77,00			
	Rango	81,00			
	Amplitud intercuartil	8,00			
	Asimetría	2,451	,096		
	Curtosis	8,894	,191		
	Edad al ingreso (total)	Media	79,9497	,38155	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Limite inferior	79,2004	
			Limite superior	80,6989	
		Media recortada al 5%	80,6325		
		Mediana	81,6947		
		Varianza	94,772		
Desv. típ.		9,73509			
Mínimo		,16			
Máximo		98,89			
Rango		98,72			
Amplitud intercuartil		11,26			
Asimetría		-1,797	,096		
Curtosis		8,217	,191		

### Estancia media y edad al ingreso (poblaciones pre y postintervención)

	Paciente pre/post exposición		Estadístico	Error típ.	
Estancia media en días	Antes de la intervención	Media	11,7871	,46741	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Limite inferior	10,8679	
			Limite superior	12,7062	
		Media recortada al 5%	10,8534		
		Mediana	9,0000		
		Varianza	81,055		
		Desv. típ.	9,00303		
		Mínimo	,00		

		Máximo	67,00		
		Rango	67,00		
		Amplitud intercuartil	8,00		
		Asimetría	2,131	,127	
		Curtosis	6,763	,253	
	Después de la intervención	Media	11,9571	,61858	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	10,7395	
			Límite superior	13,1748	
		Media recortada al 5%	10,6786		
		Mediana	9,0000		
		Varianza	107,138		
		Desv. típ.	10,35075		
		Mínimo	-4,00		
		Máximo	77,00		
		Rango	81,00		
		Amplitud intercuartil	7,00		
		Asimetría	2,702	,146	
		Curtosis	10,218	,290	
		Edad al ingreso	Antes de la intervención	Media	78,9746
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			77,9954	
	Límite superior			79,9539	
Media recortada al 5%	79,5816				
Mediana	80,7611				
Varianza	92,014				
Desv. típ.	9,59241				
Mínimo	30,56				
Máximo	98,60				
Rango	68,04				
Amplitud intercuartil	11,51				
Asimetría	-1,190			,127	
Curtosis	2,653			,253	
Después de la intervención	Media			81,2416	,58502
	Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	80,0899	
			Límite superior	82,3932	
	Media recortada al 5%		82,0288		
	Mediana		82,8392		
	Varianza		95,830		
	Desv. típ.		9,78927		
	Mínimo		,16		
	Máximo		98,89		
	Rango		98,72		
	Amplitud intercuartil		10,05		
Asimetría	-2,663		,146		
Curtosis	16,535	,290			

## Significación estadística de la estancia media

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Estancia medias	Se han asumido varianzas iguales	,701	,403	-,224	649	,823	-,17008	,76041	-1,66325	1,32308
	No se han asumido varianzas iguales			-,219	552,693	,826	-,17008	,77531	-1,69300	1,35284

## Significación estadística de la edad

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Edad al ingreso (años)	Se han asumido varianzas iguales	,865	,353	2,959	649	,003	2,26691	,76611	,76256	3,77125
	No se han asumido varianzas iguales			2,951	594,475	,003	2,26691	,76829	,75802	3,77580

### Edad media por sexos en la población preintervención

Sexo				Estadístico	Error tip.
Edad al ingreso (años)	Hombres	Media		76,7832	,76924
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	75,2649	
			Límite superior	78,3014	
		Media recortada al 5%		77,4131	
		Mediana		78,3956	
		Varianza		103,554	
		Desv. típ.		10,17614	
		Mínimo		30,56	
		Máximo		96,96	
		Rango		66,40	
		Amplitud intercuartil		10,89	
		Asimetría		-1,266	,184
		Curtosis		2,800	,365
		Mujeres	Media		80,9313
	Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	79,7192	
			Límite superior	82,1434	
	Media recortada al 5%		81,3771		
	Mediana		82,6940		
	Varianza		74,031		
	Desv. típ.		8,60414		
	Mínimo		47,28		
	Máximo		98,60		
	Rango		51,32		
	Amplitud intercuartil		11,50		
	Asimetría		-,999	,174	
	Curtosis		1,818	,346	

### Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Edad al ingreso (años)	Se han asumido varianzas iguales	1,515	,219	4,253	369	,000	4,14810	,97536	2,23015	6,06606
	No se han asumido varianzas iguales			4,213	342,505	,000	4,14810	,98461	2,21147	6,08474

### Edad media por sexos en la población postintervención

Sexo				Estadístico	Error tip.
Edad al ingreso (años)	Hombres	Media		80,3104	,92532
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Limite inferior	78,4809	
			Limite superior	82,1399	
		Media recortada al 5%		81,4070	
		Mediana		81,7769	
		Varianza		119,870	
		Desv. típ.		10,94854	
		Mínimo		,16	
		Máximo		94,05	
		Rango		93,89	
		Amplitud intercuartil		10,05	
		Asimetría		-3,328	,205
		Curtosis		20,047	,407
		Mujeres	Media		82,1727
	Intervalo de confianza para la media al 95%		Limite inferior	80,7673	
			Limite superior	83,5781	
	Media recortada al 5%		82,6603		
	Mediana		83,7467		
	Varianza		70,732		
	Desv. típ.		8,41024		
	Mínimo		54,32		
	Máximo		98,89		
	Rango		44,57		
	Amplitud intercuartil		9,95		
	Asimetría		-,916	,205	
	Curtosis		1,090	,407	

### Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	Superior	Inferior
Edad al ingreso (años)	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,543	,462	1,596	278	,112	1,86229	1,16681	-,43462	4,15919
				1,596	260,675	,112	1,86229	1,16681	-,43529	4,15986

## Exitus

		Paciente pre/post exposición		Total
		Antes de la intervención	Después de la intervención	
Exitus	Vivo	325	241	566
	Fallecido	46	39	85
Total		371	280	651

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,329(b)	1	,566		
Corrección por continuidad(a)	,208	1	,648		
Razón de verosimilitudes	,328	1	,567		
Estadístico exacto de Fisher				,639	,323
Asociación lineal por lineal	,328	1	,567		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 36,56.

## Día de la semana del ingreso

		Paciente pre/post exposición		Total	
		Antes de la intervención	Después de la intervención		
Día de la semana del ingreso	Domingo	Recuento	36	35	71
		% de Día de la semana del ingreso	50,7%	49,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	9,7%	12,5%	10,9%
		% del total	5,5%	5,4%	10,9%
	Lunes	Recuento	51	48	99
		% de Día de la semana del ingreso	51,5%	48,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	13,7%	17,1%	15,2%
		% del total	7,8%	7,4%	15,2%
	Martes	Recuento	62	36	98
		% de Día de la semana del ingreso	63,3%	36,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	16,7%	12,9%	15,1%
		% del total	9,5%	5,5%	15,1%
	Miércoles	Recuento	66	40	106
		% de Día de la semana del ingreso	62,3%	37,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	17,8%	14,3%	16,3%
		% del total	10,1%	6,1%	16,3%
	Jueves	Recuento	55	40	95
		% de Día de la semana del ingreso	57,9%	42,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	14,8%	14,3%	14,6%
		% del total	8,4%	6,1%	14,6%
	Viernes	Recuento	55	45	100
		% de Día de la semana del ingreso	55,0%	45,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	14,8%	16,1%	15,4%
		% del total	8,4%	6,9%	15,4%
Sábado	Recuento	46	36	82	
	% de Día de la semana del ingreso	56,1%	43,9%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	12,4%	12,9%	12,6%	
	% del total	7,1%	5,5%	12,6%	
Total		Recuento	371	280	651
		% de Día de la semana del ingreso	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,352(a)	6	,499
Razón de verosimilitudes	5,370	6	,497
Asociación lineal por lineal	,281	1	,596
N de casos válidos	651		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 30,54.

## Día de la semana al alta

		Paciente pre/post exposición			
		Antes de la intervención	Después de la intervención	Total	
Día de la semana al alta	Domingo	Recuento	3	1	4
		% de Día de la semana del ingreso	75,0%	25,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,8%	,4%	,6%
		% del total	,5%	,2%	,6%
	Lunes	Recuento	52	44	96
		% de Día de la semana del ingreso	54,2%	45,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	14,0%	15,7%	14,7%
		% del total	8,0%	6,8%	14,7%
	Martes	Recuento	83	39	122
		% de Día de la semana del ingreso	68,0%	32,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	22,4%	13,9%	18,7%
		% del total	12,7%	6,0%	18,7%
	Miércoles	Recuento	68	52	120
		% de Día de la semana del ingreso	56,7%	43,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	18,3%	18,6%	18,4%
		% del total	10,4%	8,0%	18,4%
	Jueves	Recuento	53	47	100
		% de Día de la semana del ingreso	53,0%	47,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	14,3%	16,8%	15,4%
		% del total	8,1%	7,2%	15,4%
	Viernes	Recuento	80	79	159
		% de Día de la semana del ingreso	50,3%	49,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	21,6%	28,2%	24,4%
		% del total	12,3%	12,1%	24,4%
Sábado	Recuento	32	18	50	
	% de Día de la semana del ingreso	64,0%	36,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	8,6%	6,4%	7,7%	
	% del total	4,9%	2,8%	7,7%	
Total		Recuento	371	280	651
		% de Día de la semana del ingreso	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,459(a)	6	,075
Razón de verosimilitudes	11,663	6	,070
Asociación lineal por lineal	1,544	1	,214
N de casos válidos	651		

a. 2 casillas (14,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,72.

### Unidad de M. Interna donde ha sido atendido

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Unidad de M. Interna donde ha sido atendido	MIA	Recuento	87	80	167
		% de Unidad de M. Interna donde ha sido atendido	52,1%	47,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	23,5%	28,6%	25,7%
		% del total	13,4%	12,3%	25,7%
	MIB	Recuento	93	64	157
		% de Unidad de M. Interna donde ha sido atendido	59,2%	40,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	25,1%	22,9%	24,1%
		% del total	14,3%	9,8%	24,1%
	MIC	Recuento	83	71	154
		% de Unidad de M. Interna donde ha sido atendido	53,9%	46,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	22,4%	25,4%	23,7%
		% del total	12,7%	10,9%	23,7%
	MIR	Recuento	108	65	173
		% de Unidad de M. Interna donde ha sido atendido	62,4%	37,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	29,1%	23,2%	26,6%
		% del total	16,6%	10,0%	26,6%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Unidad de M. Interna donde ha sido atendido	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,643(a)	3	,200
Razón de verosimilitudes	4,656	3	,199
Asociación lineal por lineal	2,388	1	,122
N de casos válidos	651		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 66,24.

## Factores de riesgo cardiovascular

### HTA

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Tiene antecedentes de HTA?	No	Recuento	108	77	185
		% de ¿Tiene antecedentes de HTA?	58,4%	41,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	29,1%	27,5%	28,4%
		% del total	16,6%	11,8%	28,4%
	Sí	Recuento	263	203	466
		% de ¿Tiene antecedentes de HTA?	56,4%	43,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	70,9%	72,5%	71,6%
		% del total	40,4%	31,2%	71,6%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Tiene antecedentes de HTA?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,203(b)	1	,652		
Corrección por continuidad(a)	,132	1	,716		
Razón de verosimilitudes	,204	1	,652		
Estadístico exacto de Fisher				,662	,359
Asociación lineal por lineal	,203	1	,652		
N de casos válidos	651				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 79,57.

## Diabetes melitus

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Tiene antecedentes de diabetes?	No	Recuento	244	143	387
		% de ¿Tiene antecedentes de diabetes?	63,0%	37,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	65,8%	51,1%	59,4%
		% del total	37,5%	22,0%	59,4%
	Si	Recuento	127	137	264
		% de ¿Tiene antecedentes de diabetes?	48,1%	51,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	34,2%	48,9%	40,6%
		% del total	19,5%	21,0%	40,6%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Tiene antecedentes de diabetes?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,297(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	13,694	1	,000		
Razón de verosimilitudes	14,284	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	14,275	1	,000		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 113,55.

## Dislipemia

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Tiene antecedentes de dislipemia?	No	Recuento	304	214	518
		% de ¿Tiene antecedentes de dislipemia?	58,7%	41,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	81,9%	76,4%	79,6%
		% del total	46,7%	32,9%	79,6%
	Sí	Recuento	67	66	133
		% de ¿Tiene antecedentes de dislipemia?	50,4%	49,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	18,1%	23,6%	20,4%
		% del total	10,3%	10,1%	20,4%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Tiene antecedentes de dislipemia?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,982(b)	1	,084		
Corrección por continuidad(a)	2,653	1	,103		
Razón de verosimilitudes	2,962	1	,085		
Estadístico exacto de Fisher				,095	,052
Asociación lineal por lineal	2,978	1	,084		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 57,20.

## Tabaquismo

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Hábito tabáquico del paciente	Exfumador/a	Recuento	57	35	92
		% de Hábito tabáquico del paciente	62,0%	38,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	15,4%	12,5%	14,1%
		% del total	8,8%	5,4%	14,1%
	Fumador/a activo	Recuento	30	18	48
		% de Hábito tabáquico del paciente	62,5%	37,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	8,1%	6,4%	7,4%
		% del total	4,6%	2,8%	7,4%
	No fumador/a	Recuento	44	40	84
		% de Hábito tabáquico del paciente	52,4%	47,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	11,9%	14,3%	12,9%
		% del total	6,8%	6,1%	12,9%
	No descrito	Recuento	240	187	427
		% de Hábito tabáquico del paciente	56,2%	43,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	64,7%	66,8%	65,6%
		% del total	36,9%	28,7%	65,6%
Total	Recuento	371	280	651	
	% de Hábito tabáquico del paciente	57,0%	43,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,355(a)	3	,502
Razón de verosimilitudes	2,368	3	,500
Asociación lineal por lineal	,555	1	,456
N de casos válidos	651		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 20,65.

## Enolismo

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
Hábito enólico del paciente	Exbebedor/a	Recuento	12	4	16
		% de Hábito enólico del paciente	75,0%	25,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	3,2%	1,4%	2,5%
		% del total	1,8%	,6%	2,5%
	Bebedor/a activo/a	Recuento	14	9	23
		% de Hábito enólico del paciente	60,9%	39,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	3,8%	3,2%	3,5%
		% del total	2,2%	1,4%	3,5%
	No bebedor/a	Recuento	71	46	117
		% de Hábito enólico del paciente	60,7%	39,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	19,1%	16,4%	18,0%
		% del total	10,9%	7,1%	18,0%
	No descrito	Recuento	274	221	495
		% de Hábito enólico del paciente	55,4%	44,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	73,9%	78,9%	76,0%
		% del total	42,1%	33,9%	76,0%
Total	Recuento	371	280	651	
	% de Hábito enólico del paciente	57,0%	43,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,451(a)	3	,327
Razón de verosimilitudes	3,588	3	,309
Asociación lineal por lineal	2,560	1	,110
N de casos válidos	651		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,88.

## Insuficiencia renal crónica

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Tiene antecedentes de insuficiencia renal crónica?	No	Recuento	296	222	518
		% de ¿Tiene antecedentes de insuficiencia renal crónica?	57,1%	42,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	79,8%	79,3%	79,6%
		% del total	45,5%	34,1%	79,6%
	Sí	Recuento	75	58	133
		% de ¿Tiene antecedentes de insuficiencia renal crónica?	56,4%	43,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	20,2%	20,7%	20,4%
		% del total	11,5%	8,9%	20,4%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Tiene antecedentes de insuficiencia renal crónica?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,024(b)	1	,876		
Corrección por continuidad(a)	,003	1	,954		
Razón de verosimilitudes	,024	1	,876		
Estadístico exacto de Fisher				,922	,476
Asociación lineal por lineal	,024	1	,876		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 57,20.

Patología respiratoria (EPOC, asma, patología vascular, etc.)

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Tiene antecedentes de patología respiratoria (EPOC, asma...)??	No	Recuento	242	156	398
		% de ¿Tiene antecedentes de patología respiratoria (EPOC, asma...)??	60,8%	39,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	65,2%	55,7%	61,1%
		% del total	37,2%	24,0%	61,1%
	Sí	Recuento	129	124	253
		% de ¿Tiene antecedentes de patología respiratoria (EPOC, asma...)??	51,0%	49,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	34,8%	44,3%	38,9%
		% del total	19,8%	19,0%	38,9%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Tiene antecedentes de patología respiratoria (EPOC, asma...)??	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,080(b)	1	,014		
Corrección por continuidad(a)	5,686	1	,017		
Razón de verosimilitudes	6,067	1	,014		
Estadístico exacto de Fisher				,015	,009
Asociación lineal por lineal	6,071	1	,014		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 108,82.

## Patología cerebral vascular

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Tiene antecedentes de patología cerebral vascular?	No	Recuento	318	218	536
		% de ¿Tiene antecedentes de patología cerebral vascular?	59,3%	40,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	85,7%	77,9%	82,3%
		% del total	48,8%	33,5%	82,3%
	Sí	Recuento	53	62	115
		% de ¿Tiene antecedentes de patología cerebral vascular?	46,1%	53,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	14,3%	22,1%	17,7%
		% del total	8,1%	9,5%	17,7%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Tiene antecedentes de patología cerebral vascular?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,773(b)	1	,009		
Corrección por continuidad(a)	6,244	1	,012		
Razón de verosimilitudes	6,709	1	,010		
Estadístico exacto de Fisher				,013	,006
Asociación lineal por lineal	6,763	1	,009		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 49,46.

## Anemia

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Tiene antecedentes de anemia?	No	Recuento	322	231	553
		% de ¿Tiene antecedentes de anemia?	58,2%	41,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	86,8%	82,5%	84,9%
		% del total	49,5%	35,5%	84,9%
	Sí	Recuento	49	49	98
		% de ¿Tiene antecedentes de anemia?	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	13,2%	17,5%	15,1%
		% del total	7,5%	7,5%	15,1%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Tiene antecedentes de anemia?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,299(b)	1	,129		
Corrección por continuidad(a)	1,976	1	,160		
Razón de verosimilitudes	2,281	1	,131		
Estadístico exacto de Fisher				,150	,080
Asociación lineal por lineal	2,296	1	,130		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 42,15.

## Artritis

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Tiene antecedentes de artritis?	No	Recuento	356	269	625
		% de ¿Tiene antecedentes de artritis?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	96,0%	96,1%	96,0%
		% del total	54,7%	41,3%	96,0%
	Sí	Recuento	15	11	26
		% de ¿Tiene antecedentes de artritis?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	4,0%	3,9%	4,0%
		% del total	2,3%	1,7%	4,0%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Tiene antecedentes de artritis?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,005(b)	1	,941		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,005	1	,941		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,554
Asociación lineal por lineal	,005	1	,941		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,18.

## Arritmias y/o trastornos de la conducción cardíaca

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Tiene antecedentes de arritmias y/o trastornos de la conducción cardíaca?	No	Recuento	190	133	323
		% de ¿Tiene antecedentes de arritmias y/o trastornos de la conducción cardíaca?	58,8%	41,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	51,2%	47,5%	49,6%
		% del total	29,2%	20,4%	49,6%
	Sí	Recuento	181	147	328
		% de ¿Tiene antecedentes de arritmias y/o trastornos de la conducción cardíaca?	55,2%	44,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	48,8%	52,5%	50,4%
		% del total	27,8%	22,6%	50,4%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Tiene antecedentes de arritmias y/o trastornos de la conducción cardíaca?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,880(b)	1	,348		
Corrección por continuidad(a)	,738	1	,390		
Razón de verosimilitudes	,880	1	,348		
Estadístico exacto de Fisher				,384	,195
Asociación lineal por lineal	,879	1	,349		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 138,92.

## Cardiopatía isquémica

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Tiene antecedentes de cardiopatía isquémica?	No	Recuento	282	215	497
		% de ¿Tiene antecedentes de cardiopatía isquémica?	56,7%	43,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	76,0%	76,8%	76,3%
		% del total	43,3%	33,0%	76,3%
	Sí	Recuento	89	65	154
		% de ¿Tiene antecedentes de cardiopatía isquémica?	57,8%	42,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	24,0%	23,2%	23,7%
		% del total	13,7%	10,0%	23,7%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Tiene antecedentes de cardiopatía isquémica?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,053(b)	1	,818		
Corrección por continuidad(a)	,019	1	,891		
Razón de verosimilitudes	,053	1	,818		
Estadístico exacto de Fisher				,852	,446
Asociación lineal por lineal	,053	1	,818		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 66,24.

## Valvulopatía

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Tiene antecedentes de valvulopatía?	No	Recuento	278	198	476
		% de ¿Tiene antecedentes de valvulopatía?	58,4%	41,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	74,9%	70,7%	73,1%
		% del total	42,7%	30,4%	73,1%
	Sí	Recuento	93	82	175
		% de ¿Tiene antecedentes de valvulopatía?	53,1%	46,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	25,1%	29,3%	26,9%
		% del total	14,3%	12,6%	26,9%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Tiene antecedentes de valvulopatía?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,445(b)	1	,229		
Corrección por continuidad(a)	1,238	1	,266		
Razón de verosimilitudes	1,439	1	,230		
Estadístico exacto de Fisher				,246	,133
Asociación lineal por lineal	1,442	1	,230		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 75,27.

## Miocardopatía

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Tiene antecedentes de miocardopatía?	No	Recuento	331	221	552
		% de ¿Tiene antecedentes de miocardopatía?	60,0%	40,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	89,2%	78,9%	84,8%
		% del total	50,8%	33,9%	84,8%
	Sí	Recuento	40	59	99
		% de ¿Tiene antecedentes de miocardopatía?	40,4%	59,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	10,8%	21,1%	15,2%
		% del total	6,1%	9,1%	15,2%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Tiene antecedentes de miocardopatía?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,102(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	12,317	1	,000		
Razón de verosimilitudes	12,975	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	13,082	1	,000		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 42,58.

## Antecedentes familiares de cardiopatía

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Tiene antecedentes familiares de cardiopatía?	No	Recuento	9	5	14
		% de ¿Tiene antecedentes familiares de cardiopatía?	64,3%	35,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	2,4%	1,8%	2,2%
		% del total	1,4%	,8%	2,2%
	Sí	Recuento	1	0	1
		% de ¿Tiene antecedentes familiares de cardiopatía?	100,0%	,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,3%	,0%	,2%
		% del total	,2%	,0%	,2%
	No descritos	Recuento	361	275	636
		% de ¿Tiene antecedentes familiares de cardiopatía?	56,8%	43,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	97,3%	98,2%	97,7%
		% del total	55,5%	42,2%	97,7%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Tiene antecedentes familiares de cardiopatía?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,072(a)	2	,585
Razón de verosimilitudes	1,448	2	,485
Asociación lineal por lineal	,556	1	,456
N de casos válidos	651		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,43.

## Datos de filiación de la ICC

### Indicación de la etiología de la ICC

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se indica la etiología de la ICC?	Deducible	Recuento	315	251	566
		% de ¿Se indica la etiología de la ICC?	55,7%	44,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	84,9%	89,6%	86,9%
		% del total	48,4%	38,6%	86,9%
	Detallada	Recuento	11	14	25
		% de ¿Se indica la etiología de la ICC?	44,0%	56,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	3,0%	5,0%	3,8%
		% del total	1,7%	2,2%	3,8%
	No detallada	Recuento	45	15	60
		% de ¿Se indica la etiología de la ICC?	75,0%	25,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	12,1%	5,4%	9,2%
		% del total	6,9%	2,3%	9,2%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Se indica la etiología de la ICC?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,073(a)	2	,006
Razón de verosimilitudes	10,548	2	,005
Asociación lineal por lineal	5,904	1	,015
N de casos válidos	651		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,75.

## Etiología de la ICC

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Cuál es la etiología de la ICC?	HTA	Recuento	132	82	214
		% de ¿Cuál es la etiología de la ICC?	61,7%	38,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	35,6%	29,3%	32,9%
		% del total	20,3%	12,6%	32,9%
	Isquémica	Recuento	44	30	74
		% de ¿Cuál es la etiología de la ICC?	59,5%	40,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	11,9%	10,7%	11,4%
		% del total	6,8%	4,6%	11,4%
	Miocardiopatía dilatada	Recuento	15	10	25
		% de ¿Cuál es la etiología de la ICC?	60,0%	40,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	4,0%	3,6%	3,8%
		% del total	2,3%	1,5%	3,8%
	Mixta (HTA+diabetes)	Recuento	91	83	174
		% de ¿Cuál es la etiología de la ICC?	52,3%	47,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	24,5%	29,6%	26,7%
		% del total	14,0%	12,7%	26,7%
Otras	Recuento	89	75	164	
	% de ¿Cuál es la etiología de la ICC?	54,3%	45,7%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	24,0%	26,8%	25,2%	
	% del total	13,7%	11,5%	25,2%	
Total	Recuento	371	280	651	
	% de ¿Cuál es la etiología de la ICC?	57,0%	43,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,257(a)	4	,372
Razón de verosimilitudes	4,265	4	,371
Asociación lineal por lineal	3,520	1	,061
N de casos válidos	651		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,75.

### Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	I	Recuento	15	1	16
		% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	93,8%	6,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	4,0%	,4%	2,5%
		% del total	2,3%	,2%	2,5%
	II	Recuento	37	33	70
		% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	52,9%	47,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	10,0%	11,8%	10,8%
		% del total	5,7%	5,1%	10,8%
	III	Recuento	40	36	76
		% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	52,6%	47,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	10,8%	12,9%	11,7%
		% del total	6,1%	5,5%	11,7%
	IV	Recuento	8	7	15
		% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	53,3%	46,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	2,2%	2,5%	2,3%
		% del total	1,2%	1,1%	2,3%
No recogida	Recuento	271	203	474	
	% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	57,2%	42,8%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	73,0%	72,5%	72,8%	
	% del total	41,6%	31,2%	72,8%	
Total	Recuento	371	280	651	
	% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	57,0%	43,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,986(a)	4	,041
Razón de verosimilitudes	12,232	4	,016
Asociación lineal por lineal	,013	1	,909
N de casos válidos	651		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,45.

### Clase estructural del paciente al ingreso (ACC/AHA)

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Clase estructural del paciente al ingreso (ACC/AHA)	C	Recuento	9	16	25
		% de Clase estructural del paciente al ingreso (ACC/AHA)	36,0%	64,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	2,4%	5,7%	3,8%
		% del total	1,4%	2,5%	3,8%
	D	Recuento	4	6	10
		% de Clase estructural del paciente al ingreso (ACC/AHA)	40,0%	60,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	1,1%	2,1%	1,5%
		% del total	,6%	,9%	1,5%
	No recogida	Recuento	358	258	616
		% de Clase estructural del paciente al ingreso (ACC/AHA)	58,1%	41,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	96,5%	92,1%	94,6%
		% del total	55,0%	39,6%	94,6%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Clase estructural del paciente al ingreso (ACC/AHA)	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,990(a)	2	,050
Razón de verosimilitudes	5,933	2	,051
Asociación lineal por lineal	5,981	1	,014
N de casos válidos	651		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,30.

¿Tiene realizado ecocardiograma previo?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	No	Recuento	66	111	177
		% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	37,3%	62,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	17,8%	39,6%	27,2%
		% del total	10,1%	17,1%	27,2%
	Sí	Recuento	58	53	111
		% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	52,3%	47,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	15,6%	18,9%	17,1%
		% del total	8,9%	8,1%	17,1%
	No se detalla	Recuento	247	116	363
		% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	68,0%	32,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	66,6%	41,4%	55,8%
		% del total	37,9%	17,8%	55,8%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,142(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	47,390	2	,000
Asociación lineal por lineal	43,049	1	,000
N de casos válidos	651		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 47,74.

### ¿Está detallada la clasificación de la ICC?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Está detallada la clasificación de la ICC?	Diastólica	Recuento	24	19	43
		% de ¿Está detallada la clasificación de la ICC?	55,8%	44,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	6,5%	6,8%	6,6%
		% del total	3,7%	2,9%	6,6%
	Sistólica	Recuento	29	31	60
		% de ¿Está detallada la clasificación de la ICC?	48,3%	51,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	7,8%	11,1%	9,2%
		% del total	4,5%	4,8%	9,2%
	No descrito	Recuento	318	230	548
		% de ¿Está detallada la clasificación de la ICC?	58,0%	42,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	85,7%	82,1%	84,2%
		% del total	48,8%	35,3%	84,2%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Está detallada la clasificación de la ICC?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,100(a)	2	,350
Razón de verosimilitudes	2,080	2	,353
Asociación lineal por lineal	1,386	1	,239
N de casos válidos	651		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,49.

## Causas más frecuentes de descompensación de la ICC

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Causas más frecuentes de descompensación de la ICC	Anemia	Recuento	18	46	64
		% de Causas más frecuentes de descompensación de la ICC	28,1%	71,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	4,9%	16,4%	9,8%
		% del total	2,8%	7,1%	9,8%
	Arritmias	Recuento	43	24	67
		% de Causas más frecuentes de descompensación de la ICC	64,2%	35,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	11,6%	8,6%	10,3%
		% del total	6,6%	3,7%	10,3%
	Cardiovascular	Recuento	28	22	50
		% de Causas más frecuentes de descompensación de la ICC	56,0%	44,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	7,5%	7,9%	7,7%
		% del total	4,3%	3,4%	7,7%
	Fármacos	Recuento	6	3	9
		% de Causas más frecuentes de descompensación de la ICC	66,7%	33,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	1,6%	1,1%	1,4%
		% del total	,9%	,5%	1,4%
	Infección no respiratoria	Recuento	16	21	37
		% de Causas más frecuentes de descompensación de la ICC	43,2%	56,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	4,3%	7,5%	5,7%
		% del total	2,5%	3,2%	5,7%
	Infección respiratoria	Recuento	137	92	229
		% de Causas más frecuentes de descompensación de la ICC	59,8%	40,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	36,9%	32,9%	35,2%
		% del total	21,0%	14,1%	35,2%
Otras	Recuento	47	19	66	
	% de Causas más frecuentes de descompensación de la ICC	71,2%	28,8%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	12,7%	6,8%	10,1%	
	% del total	7,2%	2,9%	10,1%	
No descrito	Recuento	76	53	129	
	% de Causas más frecuentes de descompensación de la	58,9%	41,1%	100,0%	

	ICC			
	% de Paciente pre/post exposición	20,5%	18,9%	19,8%
	% del total	11,7%	8,1%	19,8%
Total	Recuento	371	280	651
	% de Causas más frecuentes de descompensación de la ICC	57,0%	43,0%	100,0%
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,776(a)	7	,000
Razón de verosimilitudes	33,081	7	,000
Asociación lineal por lineal	8,618	1	,003
N de casos válidos	651		

a 1 casillas (6,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,87.

¿Se detalla el factor desencadenante?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se detalla el factor desencadenante?	No	Recuento	76	64	140
		% de ¿Se detalla el factor desencadenante?	54,3%	45,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	20,5%	22,9%	21,5%
		% del total	11,7%	9,8%	21,5%
	Sí	Recuento	295	216	511
		% de ¿Se detalla el factor desencadenante?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	79,5%	77,1%	78,5%
		% del total	45,3%	33,2%	78,5%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Se detalla el factor desencadenante?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,532(b)	1	,466		
Corrección por continuidad(a)	,401	1	,527		
Razón de verosimilitudes	,530	1	,467		
Estadístico exacto de Fisher				,500	,263
Asociación lineal por lineal	,531	1	,466		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 60,22.

## Descripción del número de episodio de la descompensación cardiaca

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Número de descompensaciones cardíacas	Primer episodio	Recuento	72	88	160
		% de Número de descompensaciones cardíacas	45,0%	55,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	19,4%	31,4%	24,6%
		% del total	11,1%	13,5%	24,6%
	Reagudización	Recuento	184	155	339
		% de Número de descompensaciones cardíacas	54,3%	45,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	49,6%	55,4%	52,1%
		% del total	28,3%	23,8%	52,1%
	No detallado	Recuento	115	37	152
		% de Número de descompensaciones cardíacas	75,7%	24,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	31,0%	13,2%	23,3%
		% del total	17,7%	5,7%	23,3%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Número de descompensaciones cardíacas	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,012(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	33,324	2	,000
Asociación lineal por lineal	30,422	1	,000
N de casos válidos	651		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 65,38.

## Descripción del ingreso actual de descompensación cardiaca

### Descripción del peso del paciente

			Paciente pre/post exposición		Total	
			Antes de la intervención	Después de la intervención		
Descripción del peso	No descrito	Recuento	366	275	641	
		% de Descripción del peso	57,1%	42,9%	100,0%	
		% de Paciente pre/post exposición	98,7%	98,2%	98,5%	
		% del total	56,2%	42,2%	98,5%	
	Descrito	Recuento	5	5	10	
		% de Descripción del peso	50,0%	50,0%	100,0%	
		% de Paciente pre/post exposición	1,3%	1,8%	1,5%	
		% del total	,8%	,8%	1,5%	
	Total		Recuento	371	280	651
			% de Descripción del peso	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,202(b)	1	,653		
Corrección por continuidad(a)	,016	1	,898		
Razón de verosimilitudes	,200	1	,654		
Estadístico exacto de Fisher				,752	,444
Asociación lineal por lineal	,202	1	,653		
N de casos válidos	651				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,30.

## Descripción de la talla del paciente

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
Descripción de la talla	No descrito	Recuento	367	279	646
		% de Descripción de la talla	56,8%	43,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	98,9%	99,6%	99,2%
		% del total	56,4%	42,9%	99,2%
	Descrito	Recuento	4	1	5
		% de Descripción de la talla	80,0%	20,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	1,1%	,4%	,8%
		% del total	,6%	,2%	,8%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Descripción de la talla	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,088(b)	1	,297		
Corrección por continuidad(a)	,348	1	,555		
Razón de verosimilitudes	1,190	1	,275		
Estadístico exacto de Fisher				,397	,286
Asociación lineal por lineal	1,087	1	,297		
N de casos válidos	651				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,15.

## Descripción del IMC del paciente

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Descripción del IMC	No descrito	Recuento	367	279	646
		% de Descripción del IMC	56,8%	43,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	98,9%	99,6%	99,2%
		% del total	56,4%	42,9%	99,2%
	Descrito	Recuento	4	1	5
		% de Descripción del IMC	80,0%	20,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	1,1%	,4%	,8%
		% del total	,6%	,2%	,8%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Descripción del IMC	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,088(b)	1	,297		
Corrección por continuidad(a)	,348	1	,555		
Razón de verosimilitudes	1,190	1	,275		
Estadístico exacto de Fisher				,397	,286
Asociación lineal por lineal	1,087	1	,297		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,15.

## Descripción de la TA sistólica del paciente

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Descripción de la TAS	No descrito	Recuento	241	162	403
		% de Descripción de la TAS	59,8%	40,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	65,0%	57,9%	61,9%
		% del total	37,0%	24,9%	61,9%
	Descrito	Recuento	130	118	248
		% de Descripción de la TAS	52,4%	47,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	35,0%	42,1%	38,1%
		% del total	20,0%	18,1%	38,1%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Descripción de la TAS	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,413(b)	1	,065		
Corrección por continuidad(a)	3,119	1	,077		
Razón de verosimilitudes	3,406	1	,065		
Estadístico exacto de Fisher				,073	,039
Asociación lineal por lineal	3,408	1	,065		
N de casos válidos	651				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 106,67.

## Descripción de la TA diastólica del paciente

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Descripción de la TAD	No descrito	Recuento	242	163	405
		% de Descripción de la TAD	59,8%	40,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	65,2%	58,2%	62,2%
		% del total	37,2%	25,0%	62,2%
	Descrito	Recuento	129	117	246
		% de Descripción de la TAD	52,4%	47,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	34,8%	41,8%	37,8%
		% del total	19,8%	18,0%	37,8%
Total	Recuento	371	280	651	
	% de Descripción de la TAD	57,0%	43,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,340(b)	1	,068		
Corrección por continuidad(a)	3,048	1	,081		
Razón de verosimilitudes	3,333	1	,068		
Estadístico exacto de Fisher				,073	,041
Asociación lineal por lineal	3,335	1	,068		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 105,81.

## Descripción de la frecuencia cardiaca del paciente

			Paciente pre/post exposición		Total	
			Antes de la intervención	Después de la intervención		
Descripción de la FC	No descrito	Recuento	62	54	116	
		% de Descripción de la FC	53,4%	46,6%	100,0%	
		% de Paciente pre/post exposición	16,7%	19,3%	17,8%	
		% del total	9,5%	8,3%	17,8%	
	Descrito	Recuento	309	226	535	
		% de Descripción de la FC	57,8%	42,2%	100,0%	
		% de Paciente pre/post exposición	83,3%	80,7%	82,2%	
		% del total	47,5%	34,7%	82,2%	
		Total		371	280	651
		% de Descripción de la FC		57,0%	43,0%	100,0%
% de Paciente pre/post exposición		100,0%	100,0%	100,0%		
% del total		57,0%	43,0%	100,0%		

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,722(b)	1	,395		
Corrección por continuidad(a)	,557	1	,455		
Razón de verosimilitudes	,719	1	,397		
Estadístico exacto de Fisher				,409	,227
Asociación lineal por lineal	,721	1	,396		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 49,89.

Descriptivos globales de las medidas antropométricas (valores de ambas poblaciones)		Estadístico	Error típ.	
Peso (en kg)	Media	91,56	6,215	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	77,50	
		Límite superior	105,62	
	Media recortada al 5%	91,51		
	Mediana	92,50		
	Varianza	386,258		
	Desv. típ.	19,653		
	Mínimo	60		
	Máximo	124		
	Rango	64		
	Amplitud intercuartil	31		
	Asimetría	-,110	,687	
	Curtosis	-,556	1,334	
	Talla (en cm)	Media	161,60	3,829
Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	150,97	
		Límite superior	172,23	
Media recortada al 5%		161,83		
Mediana		166,00		
Varianza		73,300		
Desv. típ.		8,562		
Mínimo		150		
Máximo		169		
Rango		19		
Amplitud intercuartil		16		
Asimetría		-,728	,913	
Curtosis		-2,171	2,000	
IMC (kg/m <sup>2</sup> )		Media	30,20	3,371
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	20,84	
		Límite superior	39,56	
	Media recortada al 5%	30,20		
	Mediana	31,63		
	Varianza	56,818		
	Desv. típ.	7,538		
	Mínimo	21		
	Máximo	39		
	Rango	18		
	Amplitud intercuartil	15		
	Asimetría	-,138	,913	
	Curtosis	-2,193	2,000	
	TA sistólica	Media	132,86	2,015
Intervalo de confianza para la		Límite inferior	128,89	

	media al 95%	Límite superior	136,83	
	Media recortada al 5%		131,55	
	Mediana		130,00	
	Varianza		1006,629	
	Desv. típ.		31,727	
	Mínimo		57	
	Máximo		270	
	Rango		213	
	Amplitud intercuartil		40	
	Asimetría		,802	,155
	Curtosis		1,573	,308
TA diastólica	Media		72,12	1,115
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	69,92	
		Límite superior	74,31	
	Media recortada al 5%		71,40	
	Mediana		70,00	
	Varianza		305,941	
	Desv. típ.		17,491	
	Mínimo		40	
	Máximo		140	
	Rango		100	
	Amplitud intercuartil		20	
	Asimetría		,729	,155
	Curtosis		,964	,309
Frecuencia cardíaca	Media		86,15	,891
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	84,40	
		Límite superior	87,90	
	Media recortada al 5%		85,31	
	Mediana		84,00	
	Varianza		424,823	
	Desv. típ.		20,611	
	Mínimo		8	
	Máximo		162	
	Rango		154	
	Amplitud intercuartil		24	
	Asimetría		,685	,106
	Curtosis		1,419	,211

Descriptivos globales de los parámetros antropométricos					
Paciente pre/post exposición				Estadístico	Error típ.
Peso (en kg)	Antes de la intervención	Media		83,20	11,200
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	52,10	

			Límite superior	114,30		
		Media recortada al 5%		82,22		
		Mediana		76,00		
		Varianza		627,200		
		Desv. típ.		25,044		
		Mínimo		60		
		Máximo		124		
		Rango		64		
		Amplitud intercuartil		42		
		Asimetría		1,370	,913	
		Curtosis		1,906	2,000	
	Después de la intervención	Media		99,92	3,665	
		Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	89,74	
				Límite superior	110,10	
		Media recortada al 5%		100,18		
		Mediana		103,00		
		Varianza		67,157		
		Desv. típ.		8,195		
		Mínimo		87		
		Máximo		108		
		Rango		21		
		Amplitud intercuartil		14		
		Asimetría		-1,120	,913	
		Curtosis		,835	2,000	
Talla (en cm)		Antes de la intervención	Media		160,50	4,735
	Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	145,43		
			Límite superior	175,57		
	Media recortada al 5%		160,61			
	Mediana		161,50			
	Varianza		89,667			
	Desv. típ.		9,469			
	Mínimo		150			
	Máximo		169			
	Rango		19			
	Amplitud intercuartil		18			
	Asimetría		-,226	1,014		
	Curtosis		-4,605	2,619		
	IMC (kg/m <sup>2</sup> )		Antes de la intervención	Media		28,95
Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior		16,09		
		Límite superior		41,82		
Media recortada al 5%		28,82				
Mediana		27,72				
Varianza		65,348				
Desv. típ.		8,084				
Mínimo		21				

		Máximo		39			
		Rango		18			
		Amplitud intercuartil		15			
		Asimetría		,600	1,014		
		Curtosis		-1,866	2,619		
TA sistólica	Antes de la intervención	Media		134,33	2,896		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	128,60			
			Límite superior	140,06			
		Media recortada al 5%		132,82			
		Mediana		130,00			
		Varianza		1090,161			
		Desv. típ.		33,018			
		Mínimo		57			
		Máximo		270			
		Rango		213			
				Amplitud intercuartil		40	
				Asimetría		,887	,212
				Curtosis		2,242	,422
Después de la intervención	Media			131,25	2,789		
	Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	125,72			
			Límite superior	136,77			
	Media recortada al 5%			130,15			
	Mediana			128,00			
	Varianza			918,101			
	Desv. típ.			30,300			
	Mínimo			70			
	Máximo			231			
	Rango			161			
Amplitud intercuartil		35					
Asimetría		,664	,223				
Curtosis		,499	,442				
TA diastólica	Antes de la intervención	Media		74,35	1,625		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	71,13			
			Límite superior	77,56			
		Media recortada al 5%		73,43			
		Mediana		70,00			
		Varianza		340,760			
		Desv. típ.		18,460			
		Mínimo		40			
		Máximo		140			
		Rango		100			
		Amplitud intercuartil		27			
		Asimetría		,869	,213		
		Curtosis		1,268	,423		
	Después de la intervención	Media		69,66	1,486		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	66,71			
			Límite superior	72,60			
		Media recortada al 5%		69,23			
		Mediana		70,00			

		Varianza	258,520			
		Desv. típ.	16,079			
		Mínimo	40			
		Máximo	115			
		Rango	75			
		Amplitud intercuartil	22			
		Asimetría	,398	,224		
		Curtosis	-,186	,444		
Frecuencia cardíaca	Antes de la intervención	Media	86,06	1,153		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	83,79		
			Límite superior	88,32		
		Media recortada al 5%	85,21			
		Mediana	84,00			
		Varianza	410,435			
		Desv. típ.	20,259			
		Mínimo	8			
		Máximo	162			
		Rango	154			
				Amplitud intercuartil	23	
				Asimetría	,737	,139
Curtosis	2,208			,276		
Después de la intervención	Media		86,28	1,405		
	Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	83,51		
			Límite superior	89,04		
	Media recortada al 5%		85,43			
	Mediana		83,00			
	Varianza		446,379			
	Desv. típ.		21,128			
	Mínimo		34			
	Máximo		150			
	Rango		116			
	Amplitud intercuartil		30			
	Asimetría		,624	,162		
Curtosis	,540	,322				

## Descripción de la hemoglobina

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Descripción de la Hb	No descrito	Recuento	18	12	30
		% de Descripción de la Hb	60,0%	40,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	4,9%	4,3%	4,6%
		% del total	2,8%	1,8%	4,6%
	Descrito	Recuento	353	268	621
		% de Descripción de la Hb	56,8%	43,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	95,1%	95,7%	95,4%
		% del total	54,2%	41,2%	95,4%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Descripción de la Hb	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,116(b)	1	,733		
Corrección por continuidad(a)	,023	1	,879		
Razón de verosimilitudes	,117	1	,732		
Estadístico exacto de Fisher				,851	,443
Asociación lineal por lineal	,116	1	,733		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,90.

## Descripción del hematocrito

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
Descripción del Hto	No descrito	Recuento	26	29	55
		% de Descripción del Hto	47,3%	52,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	7,0%	10,4%	8,4%
		% del total	4,0%	4,5%	8,4%
	Descrito	Recuento	345	251	596
		% de Descripción del Hto	57,9%	42,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	93,0%	89,6%	91,6%
		% del total	53,0%	38,6%	91,6%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Descripción del Hto	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,314(b)	1	,128		
Corrección por continuidad(a)	1,901	1	,168		
Razón de verosimilitudes	2,289	1	,130		
Estadístico exacto de Fisher				,154	,084
Asociación lineal por lineal	2,310	1	,129		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 23,66.

## Descripción de la glucosa

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Descripción de la glucosa	No descrito	Recuento	65	33	98
		% de Descripción de la glucosa	66,3%	33,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	17,5%	11,8%	15,1%
		% del total	10,0%	5,1%	15,1%
	Descrito	Recuento	306	247	553
		% de Descripción de la glucosa	55,3%	44,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	82,5%	88,2%	84,9%
		% del total	47,0%	37,9%	84,9%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Descripción de la glucosa	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,103(b)	1	,043		
Corrección por continuidad(a)	3,667	1	,055		
Razón de verosimilitudes	4,188	1	,041		
Estadístico exacto de Fisher				,047	,027
Asociación lineal por lineal	4,097	1	,043		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 42,15.

## Descripción de la urea

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Descripción de la urea	No descrito	Recuento	48	43	91
		% de Descripción de la urea	52,7%	47,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	12,9%	15,4%	14,0%
		% del total	7,4%	6,6%	14,0%
	Descrito	Recuento	323	237	560
		% de Descripción de la urea	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	87,1%	84,6%	86,0%
		% del total	49,6%	36,4%	86,0%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Descripción de la urea	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,777(b)	1	,378		
Corrección por continuidad(a)	,588	1	,443		
Razón de verosimilitudes	,772	1	,380		
Estadístico exacto de Fisher				,424	,221
Asociación lineal por lineal	,775	1	,379		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 39,14.

## Descripción de la creatinina

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Descripción de la creatinina	No descrito	Recuento	49	20	69
		% de Descripción de la creatinina	71,0%	29,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	13,2%	7,1%	10,6%
		% del total	7,5%	3,1%	10,6%
	Descrito	Recuento	322	260	582
		% de Descripción de la creatinina	55,3%	44,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	86,8%	92,9%	89,4%
		% del total	49,5%	39,9%	89,4%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Descripción de la creatinina	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,194(b)	1	,013		
Corrección por continuidad(a)	5,570	1	,018		
Razón de verosimilitudes	6,430	1	,011		
Estadístico exacto de Fisher				,014	,008
Asociación lineal por lineal	6,184	1	,013		
N de casos válidos	651				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 29,68.

## Descripción del ácido úrico

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Descripción del ácido úrico	No descrito	Recuento	132	101	233
		% de Descripción del ácido úrico	56,7%	43,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	35,6%	36,1%	35,8%
		% del total	20,3%	15,5%	35,8%
	Descrito	Recuento	239	179	418
		% de Descripción del ácido úrico	57,2%	42,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	64,4%	63,9%	64,2%
		% del total	36,7%	27,5%	64,2%
Total	Recuento	371	280	651	
	% de Descripción del ácido úrico	57,0%	43,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,017(b)	1	,897		
Corrección por continuidad(a)	,002	1	,962		
Razón de verosimilitudes	,017	1	,897		
Estadístico exacto de Fisher				,934	,481
Asociación lineal por lineal	,017	1	,897		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 100,22.

## Descripción del sodio

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
Descripción del Na	No descrito	Recuento	103	78	181
		% de Descripción del Na	56,9%	43,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	27,8%	27,9%	27,8%
		% del total	15,8%	12,0%	27,8%
	Descrito	Recuento	268	202	470
		% de Descripción del Na	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	72,2%	72,1%	72,2%
		% del total	41,2%	31,0%	72,2%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Descripción del Na	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,001(b)	1	,979		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,001	1	,979		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,524
Asociación lineal por lineal	,001	1	,979		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 77,85.

## Descripción del potasio

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Descripción del K	No descrito	Recuento	106	98	204
		% de Descripción del K	52,0%	48,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	28,6%	35,0%	31,3%
		% del total	16,3%	15,1%	31,3%
	Descrito	Recuento	265	182	447
		% de Descripción del K	59,3%	40,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	71,4%	65,0%	68,7%
		% del total	40,7%	28,0%	68,7%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Descripción del K	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,065(b)	1	,080		
Corrección por continuidad(a)	2,773	1	,096		
Razón de verosimilitudes	3,053	1	,081		
Estadístico exacto de Fisher				,088	,048
Asociación lineal por lineal	3,060	1	,080		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 87,74.

## Descripción del colesterol total

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Descripción del colesterol total	No descrito	Recuento	160	144	304
		% de Descripción del colesterol total	52,6%	47,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	43,1%	51,4%	46,7%
		% del total	24,6%	22,1%	46,7%
	Descrito	Recuento	211	136	347
		% de Descripción del colesterol total	60,8%	39,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	56,9%	48,6%	53,3%
		% del total	32,4%	20,9%	53,3%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Descripción del colesterol total	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,418(b)	1	,036		
Corrección por continuidad(a)	4,091	1	,043		
Razón de verosimilitudes	4,419	1	,036		
Estadístico exacto de Fisher				,039	,022
Asociación lineal por lineal	4,412	1	,036		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 130,75.

## Descripción del colesterol HDL

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Descripción del HDL	No descrito	Recuento	224	136	360
		% de Descripción del HDL	62,2%	37,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	60,4%	48,6%	55,3%
		% del total	34,4%	20,9%	55,3%
	Descrito	Recuento	147	144	291
		% de Descripción del HDL	50,5%	49,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	39,6%	51,4%	44,7%
		% del total	22,6%	22,1%	44,7%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Descripción del HDL	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,997(b)	1	,003		
Corrección por continuidad(a)	8,526	1	,004		
Razón de verosimilitudes	8,999	1	,003		
Estadístico exacto de Fisher				,003	,002
Asociación lineal por lineal	8,984	1	,003		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 125,16.

## Descripción del colesterol LDL

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Descripción del LDL	No descrito	Recuento	233	149	382
		% de Descripción del LDL	61,0%	39,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	62,8%	53,2%	58,7%
		% del total	35,8%	22,9%	58,7%
	Descrito	Recuento	138	131	269
		% de Descripción del LDL	51,3%	48,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	37,2%	46,8%	41,3%
		% del total	21,2%	20,1%	41,3%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Descripción del LDL	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,051(b)	1	,014		
Corrección por continuidad(a)	5,662	1	,017		
Razón de verosimilitudes	6,043	1	,014		
Estadístico exacto de Fisher				,016	,009
Asociación lineal por lineal	6,042	1	,014		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 115,70.

Descriptivos globales de los parámetros bioquímicos (valores de ambas poblaciones)			Estadístico	Error típ.
Hemoglobina	Media		12,377	,1783
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	12,026	
		Límite superior	12,727	
	Media recortada al 5%		12,055	
	Mediana		12,000	
	Varianza		19,753	
	Desv. típ.		4,4444	
	Mínimo		4,5	
	Máximo		80,0	
	Rango		75,5	
	Amplitud intercuartil		3,3	
	Asimetría		7,696	,098
	Curtosis		97,182	,196
	Hematocrito	Media		35,994
Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	35,361	
		Límite superior	36,626	
Media recortada al 5%		36,066		
Mediana		36,400		
Varianza		61,840		
Desv. típ.		7,8638		
Mínimo		9,8		
Máximo		115,0		
Rango		105,2		
Amplitud intercuartil		10,1		
Asimetría		1,322	,100	
Curtosis		16,696	,200	
Urea		Media		45,05
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	40,47	
		Límite superior	49,63	
	Media recortada al 5%		38,43	
	Mediana		30,00	
	Varianza		3044,969	
	Desv. típ.		55,181	
	Mínimo		0	
	Máximo		356	
	Rango		356	
	Amplitud intercuartil		68	
	Asimetría		1,895	,103
	Curtosis		5,174	,206
	Creatinina	Media		1,693
Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	1,362	
		Límite superior		

	media al 95%	Límite superior	2,023	
	Media recortada al 5%		1,363	
	Mediana		1,200	
	Varianza		16,464	
	Desv. típ.		4,0576	
	Mínimo		,3	
	Máximo		77,0	
	Rango		76,7	
	Amplitud intercuartil		,8	
	Asimetría		16,190	,101
	Curtosis		277,502	,202
Acido úrico	Media		7,998	,3613
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	7,288	
		Límite superior	8,708	
	Media recortada al 5%		7,577	
	Mediana		7,700	
	Varianza		54,574	
	Desv. típ.		7,3874	
	Mínimo		,9	
	Máximo		149,0	
	Rango		148,1	
	Amplitud intercuartil		3,4	
	Asimetría		16,771	,119
	Curtosis		319,935	,238
Glucosa	Media		144,45	3,043
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	138,47	
		Límite superior	150,43	
	Media recortada al 5%		136,81	
	Mediana		124,00	
	Varianza		5121,161	
	Desv. típ.		71,562	
	Mínimo		23	
	Máximo		543	
	Rango		520	
	Amplitud intercuartil		69	
	Asimetría		1,889	,104
	Curtosis		4,646	,207
Na	Media		141,82	2,570
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	136,77	
		Límite superior	146,87	
	Media recortada al 5%		139,14	
	Mediana		140,00	

	Varianza		3104,755	
	Desv. típ.		55,720	
	Mínimo		117	
	Máximo		1336	
	Rango		1219	
	Amplitud intercuartil		5	
	Asimetría		21,092	,113
	Curtosis		452,640	,225
K	Media		4,291	,0348
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4,223	
		Límite superior	4,360	
	Media recortada al 5%		4,257	
	Mediana		4,000	
	Varianza		,542	
	Desv. típ.		,7363	
	Mínimo		2,4	
	Máximo		7,8	
	Rango		5,4	
	Amplitud intercuartil		,6	
	Asimetría		1,085	,115
	Curtosis		2,783	,230
Colesterol-T	Media		162,67	2,392
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	157,97	
		Límite superior	167,38	
	Media recortada al 5%		161,68	
	Mediana		155,00	
	Varianza		1986,123	
	Desv. típ.		44,566	
	Mínimo		8	
	Máximo		348	
	Rango		340	
	Amplitud intercuartil		53	
	Asimetría		,456	,131
	Curtosis		1,082	,261
HDL-colesterol	Media		42,58	1,109
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	40,40	
		Límite superior	44,76	
	Media recortada al 5%		41,05	
	Mediana		38,00	
	Varianza		357,624	
	Desv. típ.		18,911	
	Mínimo		6	
	Máximo		163	

	Rango		157	
	Amplitud intercuartil		20	
	Asimetría		2,164	,143
	Curtosis		9,308	,285
LDL-colesterol	Media		100,27	3,419
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	93,54	
		Límite superior	107,00	
	Media recortada al 5%		95,69	
	Mediana		95,00	
	Varianza		3144,877	
	Desv. típ.		56,079	
	Mínimo		21	
	Máximo		668	
	Rango		647	
	Amplitud intercuartil		43	
	Asimetría		6,398	,149
	Curtosis		59,109	,296

Descriptivos globales de los parámetros bioquímicos					
	Paciente pre/post exposición		Estadístico	Error típ.	
Hemoglobina	Antes de la intervención	Media	12,596	,1932	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	12,216	
			Límite superior	12,976	
		Media recortada al 5%	12,334		
		Mediana	12,300		
		Varianza	13,172		
		Desv. típ.	3,6293		
		Mínimo	5,5		
		Máximo	42,0		
		Rango	36,5		
		Amplitud intercuartil	3,2		
		Asimetría	4,586	,130	
		Curtosis	32,934	,259	
		Después de la intervención	Media	12,088	,3253
	Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	11,448	
			Límite superior	12,728	
	Media recortada al 5%		11,672		
	Mediana		11,700		
	Varianza		28,355		
	Desv. típ.	5,3250			
Mínimo	4,5				
Máximo	80,0				

		Rango	75,5		
		Amplitud intercuartil	3,4		
		Asimetría	8,605	,149	
		Curtosis	102,590	,297	
Hematocrito	Antes de la intervención	Media	36,977	,4354	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	36,120	
			Límite superior	37,833	
		Media recortada al 5%	36,953		
		Mediana	37,000		
		Varianza	65,407		
		Desv. típ.	8,0875		
		Mínimo	12,0		
		Máximo	115,0		
		Rango	103,0		
			Amplitud intercuartil	9,8	
			Asimetría	2,263	,131
		Curtosis	24,575	,262	
	Después de la intervención	Media	34,642	,4639	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	33,729	
			Límite superior	35,556	
		Media recortada al 5%	34,821		
		Mediana	35,000		
		Varianza	54,011		
		Desv. típ.	7,3492		
		Mínimo	9,8		
		Máximo	51,9		
		Rango	42,1		
			Amplitud intercuartil	10,2	
		Asimetría	-,403	,154	
	Curtosis	,305	,306		
Urea	Antes de la intervención	Media	77,51	2,938	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	71,73	
			Límite superior	83,29	
		Media recortada al 5%	71,39		
		Mediana	63,00		
		Varianza	2788,151		
		Desv. típ.	52,803		
		Mínimo	8		
		Máximo	356		
		Rango	348		
			Amplitud intercuartil	52	
			Asimetría	2,110	,136

		Curtosis		5,984	,271	
	Después de la intervención	Media		,81	,063	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,69		
			Límite superior	,93		
		Media recortada al 5%		,71		
		Mediana		,63		
		Varianza		,938		
		Desv. típ.		,968		
		Mínimo		0		
		Máximo		14		
		Rango		14		
		Amplitud intercuartil		0		
		Asimetría		10,515	,158	
		Curtosis		138,191	,315	
Creatinina		Antes de la intervención	Media		1,903	,3014
	Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	1,310		
			Límite superior	2,496		
	Media recortada al 5%			1,372		
	Mediana			1,200		
	Varianza			29,242		
	Desv. típ.			5,4076		
	Mínimo			,4		
	Máximo			77,0		
	Rango			76,6		
	Amplitud intercuartil			,9		
	Asimetría			12,294	,136	
	Curtosis			157,327	,271	
			Después de la intervención	Media		1,432
		Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	1,340	
				Límite superior	1,524	
		Media recortada al 5%			1,353	
		Mediana			1,290	
		Varianza			,568	
		Desv. típ.			,7537	
		Mínimo			,3	
		Máximo			6,7	
	Rango			6,4		
	Amplitud intercuartil		,8			
	Asimetría		2,454	,151		
	Curtosis		10,584	,301		
Ácido úrico	Antes de la intervención	Media		8,149	,6165	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	6,934		

			Límite superior	9,364	
		Media recortada al 5%		7,448	
		Mediana		7,700	
		Varianza		90,850	
		Desv. típ.		9,5315	
		Mínimo		2,2	
		Máximo		149,0	
		Rango		146,8	
		Amplitud intercuartil		3,9	
		Asimetría		13,680	,157
		Curtosis		202,473	,314
	Después de la intervención	Media		7,797	,1877
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	7,426	
			Límite superior	8,167	
		Media recortada al 5%		7,748	
		Mediana		7,800	
		Varianza		6,306	
		Desv. típ.		2,5111	
		Mínimo		,9	
		Máximo		17,7	
		Rango		16,8	
		Amplitud intercuartil		3,3	
		Asimetría		,399	,182
		Curtosis		1,237	,361
Glucosa	Antes de la intervención	Media		139,29	3,818
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	131,77	
			Límite superior	146,80	
		Media recortada al 5%		132,15	
		Mediana		120,00	
		Varianza		4461,688	
		Desv. típ.		66,796	
		Mínimo		23	
		Máximo		543	
		Rango		520	
		Amplitud intercuartil		64	
		Asimetría		1,996	,139
		Curtosis		5,811	,278
	Después de la intervención	Media		150,85	4,881
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	141,23	
			Límite superior	160,46	
		Media recortada al 5%		142,75	

		Mediana	131,00		
		Varianza	5885,391		
		Desv. típ.	76,716		
		Mínimo	40		
		Máximo	511		
		Rango	471		
		Amplitud intercuartil	76		
		Asimetría	1,759	,155	
		Curtosis	3,612	,309	
Na	Antes de la intervención	Media	144,09	4,496	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	135,24	
			Límite superior	152,94	
		Media recortada al 5%	139,36		
		Mediana	140,00		
		Varianza	5416,960		
		Desv. típ.	73,600		
		Mínimo	122		
		Máximo	1336		
		Rango	1214		
		Amplitud intercuartil	5		
		Asimetría	16,036	,149	
		Curtosis	260,440	,297	
	Después de la intervención	Media	138,80	,403	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	138,01	
			Límite superior	139,60	
		Media recortada al 5%	138,86		
		Mediana	140,00		
		Varianza	32,744		
		Desv. típ.	5,722		
Mínimo		117			
Máximo	175				
Rango	58				
Amplitud intercuartil	5				
Asimetría	,552	,171			
Curtosis	9,047	,341			
K	Antes de la intervención	Media	4,239	,0463	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4,148	
			Límite superior	4,331	
		Media recortada al 5%	4,192		
		Mediana	4,000		
		Varianza	,567		
		Desv. típ.	,7530		

		Mínimo		2,4	
		Máximo		7,8	
		Rango		5,4	
		Amplitud intercuartil		,5	
		Asimetría		1,338	,150
		Curtosis		3,733	,298
	Después de la intervención	Media		4,366	,0524
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4,263	
			Límite superior	4,470	
		Media recortada al 5%		4,350	
		Mediana		4,105	
		Varianza		,499	
		Desv. típ.		,7066	
		Mínimo		2,6	
		Máximo		7,4	
		Rango		4,9	
		Amplitud intercuartil		,7	
		Asimetría		,719	,180
		Curtosis		1,551	,358
Colesterol-T	Antes de la intervención	Media		164,20	3,109
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	158,08	
			Límite superior	170,33	
		Media recortada al 5%		163,08	
		Mediana		155,00	
		Varianza		2039,068	
		Desv. típ.		45,156	
		Mínimo		8	
		Máximo		294	
		Rango		286	
		Amplitud intercuartil		52	
		Asimetría		,404	,167
		Curtosis		,745	,333
		Después de la intervención	Media		160,29
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	152,88	
			Límite superior	167,70	
		Media recortada al 5%		159,30	
		Mediana		156,00	
		Varianza		1909,113	
		Desv. típ.		43,693	
		Mínimo		63	
		Máximo		348	
		Rango		285	

		Amplitud intercuartil	57		
		Asimetría	,544	,208	
		Curtosis	1,801	,413	
HDL-colesterol	Antes de la intervención	Media	41,97	1,808	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	38,40	
			Límite superior	45,55	
		Media recortada al 5%	39,45		
		Mediana	37,00		
		Varianza	480,273		
		Desv. típ.	21,915		
		Mínimo	6		
		Máximo	163		
		Rango	157		
		Amplitud intercuartil	19		
		Asimetría	2,644	,200	
		Curtosis	10,264	,397	
		Después de la intervención	Media	43,20	1,275
	Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	40,68	
			Límite superior	45,72	
	Media recortada al 5%		42,69		
	Mediana		41,00		
	Varianza		234,134		
	Desv. típ.		15,301		
Mínimo	6				
Máximo	96				
Rango	90				
Amplitud intercuartil	20				
		Asimetría	,540	,202	
		Curtosis	,446	,401	
LDL-colesterol	Antes de la intervención	Media	107,32	6,069	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	95,32	
			Límite superior	119,32	
		Media recortada al 5%	99,79		
		Mediana	97,00		
		Varianza	5083,489		
		Desv. típ.	71,299		
		Mínimo	27		
		Máximo	668		
		Rango	641		
		Amplitud intercuartil	46		
		Asimetría	5,828	,206	
		Curtosis	41,858	,410	

	Después de la intervención	Media		92,85	2,787
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	87,33	
			Límite superior	98,36	
		Media recortada al 5%		91,54	
		Mediana		93,00	
		Varianza		1017,783	
		Desv. típ.		31,903	
		Mínimo		21	
		Máximo		231	
		Rango		210	
		Amplitud intercuartil		40	
		Asimetría		,764	,212
		Curtosis		1,868	,420

### ¿Está descrito el ECG?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Está descrito el ECG?	No	Recuento	34	31	65
		% de ¿Está descrito el ECG?	52,3%	47,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	9,2%	11,1%	10,0%
		% del total	5,2%	4,8%	10,0%
	Sí	Recuento	337	249	586
		% de ¿Está descrito el ECG?	57,5%	42,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	90,8%	88,9%	90,0%
		% del total	51,8%	38,2%	90,0%
Total	Recuento	371	280	651	
	% de ¿Está descrito el ECG?	57,0%	43,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,646(b)	1	,422		
Corrección por continuidad(a)	,451	1	,502		
Razón de verosimilitudes	,641	1	,423		
Estadístico exacto de Fisher				,431	,250
Asociación lineal por lineal	,645	1	,422		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 27,96.

## ECG: alteraciones del ritmo más frecuentes

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Alteraciones del ritmo más frecuentes	FA	Recuento	164	133	297
		% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	55,2%	44,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	48,7%	53,4%	50,7%
		% del total	28,0%	22,7%	50,7%
	Ritmo sinusal	Recuento	146	98	244
		% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	59,8%	40,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	43,3%	39,4%	41,6%
		% del total	24,9%	16,7%	41,6%
	Otros	Recuento	27	18	45
		% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	60,0%	40,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	8,0%	7,2%	7,7%
		% del total	4,6%	3,1%	7,7%
Total		Recuento	337	249	586
		% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	57,5%	42,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,5%	42,5%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,292(a)	2	,524
Razón de verosimilitudes	1,293	2	,524
Asociación lineal por lineal	1,097	1	,295
N de casos válidos	586		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,12.

### ECG: presencia de bloqueos de la conducción miocárdica

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Existe algún bloqueo de la conducción?	No	Recuento	211	151	362
		% de ¿Existe algún bloqueo de la conducción?	58,3%	41,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	62,6%	60,6%	61,8%
		% del total	36,0%	25,8%	61,8%
	Sí	Recuento	108	79	187
		% de ¿Existe algún bloqueo de la conducción?	57,8%	42,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	32,0%	31,7%	31,9%
		% del total	18,4%	13,5%	31,9%
	Portador de marcapasos	Recuento	18	19	37
		% de ¿Existe algún bloqueo de la conducción?	48,6%	51,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	5,3%	7,6%	6,3%
		% del total	3,1%	3,2%	6,3%
Total		Recuento	337	249	586
		% de ¿Existe algún bloqueo de la conducción?	57,5%	42,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,5%	42,5%	100,0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,283(a)	2	,526
Razón de verosimilitudes	1,268	2	,530
Asociación lineal por lineal	,694	1	,405
N de casos válidos	586		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,72.

## ECG: alteraciones estructurales más frecuentes

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Alteraciones estructurales más frecuentes	HVI	Recuento	27	11	38
		% de Alteraciones estructurales más frecuentes	71,1%	28,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	8,0%	4,4%	6,5%
		% del total	4,6%	1,9%	6,5%
	Isquemia	Recuento	28	20	48
		% de Alteraciones estructurales más frecuentes	58,3%	41,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	8,3%	8,0%	8,2%
		% del total	4,8%	3,4%	8,2%
	Mixtas	Recuento	5	5	10
		% de Alteraciones estructurales más frecuentes	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	1,5%	2,0%	1,7%
		% del total	,9%	,9%	1,7%
	Otras	Recuento	41	27	68
		% de Alteraciones estructurales más frecuentes	60,3%	39,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	12,2%	10,8%	11,6%
		% del total	7,0%	4,6%	11,6%
	No descrita y/o no presente	Recuento	236	186	422
		% de Alteraciones estructurales más frecuentes	55,9%	44,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	70,0%	74,7%	72,0%
		% del total	40,3%	31,7%	72,0%
Total	Recuento	337	249	586	
	% de Alteraciones estructurales más frecuentes	57,5%	42,5%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,5%	42,5%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,746(a)	4	,441
Razón de verosimilitudes	3,867	4	,424
Asociación lineal por lineal	2,240	1	,135
N de casos válidos	586		

a 1 casillas (10,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,25.

¿Se describe la radiografía de tórax?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se describe la radiografía de torax?	No	Recuento	25	25	50
		% de ¿Se describe la radiografía de torax?	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	6,7%	8,9%	7,7%
		% del total	3,8%	3,8%	7,7%
	Sí	Recuento	324	224	548
		% de ¿Se describe la radiografía de torax?	59,1%	40,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	87,3%	80,0%	84,2%
		% del total	49,8%	34,4%	84,2%
	"Compatible con ICC"	Recuento	12	14	26
		% de ¿Se describe la radiografía de torax?	46,2%	53,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	3,2%	5,0%	4,0%
		% del total	1,8%	2,2%	4,0%
	"Sin alteraciones"	Recuento	10	17	27
		% de ¿Se describe la radiografía de torax?	37,0%	63,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	2,7%	6,1%	4,1%
		% del total	1,5%	2,6%	4,1%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Se describe la radiografía de torax?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,646(a)	3	,054
Razón de verosimilitudes	7,578	3	,056
Asociación lineal por lineal	2,274	1	,132
N de casos válidos	651		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,18.

## RX de tórax: presencia de cardiomegalia

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se describe la existencia de cardiomegalia?	0	Recuento	121	99	220
		% de ¿Se describe la existencia de cardiomegalia?	55,0%	45,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	32,6%	35,4%	33,8%
		% del total	18,6%	15,2%	33,8%
	Sí	Recuento	250	181	431
		% de ¿Se describe la existencia de cardiomegalia?	58,0%	42,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	67,4%	64,6%	66,2%
		% del total	38,4%	27,8%	66,2%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Se describe la existencia de cardiomegalia?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,536(b)	1	,464		
Corrección por continuidad(a)	,421	1	,516		
Razón de verosimilitudes	,536	1	,464		
Estadístico exacto de Fisher				,503	,258
Asociación lineal por lineal	,536	1	,464		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 94,62.

## RX de tórax: presencia de afectación vascular pulmonar

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Existe afectación vascular pulmonar?	No	Recuento	152	161	313
		% de ¿Existe afectación vascular pulmonar?	48,6%	51,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	43,9%	67,9%	53,7%
		% del total	26,1%	27,6%	53,7%
	Sí	Recuento	194	76	270
		% de ¿Existe afectación vascular pulmonar?	71,9%	28,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	56,1%	32,1%	46,3%
		% del total	33,3%	13,0%	46,3%
Total		Recuento	346	237	583
		% de ¿Existe afectación vascular pulmonar?	59,3%	40,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	59,3%	40,7%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,589(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	31,631	1	,000		
Razón de verosimilitudes	33,111	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	32,533	1	,000		
N de casos válidos	583				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 109,76.

## RX de tórax: presencia de afectación vascular pulmonar

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Afectación vascular pulmonar		Recuento	176	203	379
		% de Rx_vasos	46,4%	53,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	47,4%	72,5%	58,2%
		% del total	27,0%	31,2%	58,2%
	Edema alveolar	Recuento	139	4	143
		% de Rx_vasos	97,2%	2,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	37,5%	1,4%	22,0%
		% del total	21,4%	,6%	22,0%
	Mixtas	Recuento	18	0	18
		% de Rx_vasos	100,0%	,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	4,9%	,0%	2,8%
		% del total	2,8%	,0%	2,8%
	Redistribución vascular	Recuento	22	37	59
		% de Rx_vasos	37,3%	62,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	5,9%	13,2%	9,1%
		% del total	3,4%	5,7%	9,1%
Signos de HTP	Recuento	16	36	52	
	% de Rx_vasos	30,8%	69,2%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	4,3%	12,9%	8,0%	
	% del total	2,5%	5,5%	8,0%	
Total	Recuento	371	280	651	
	% de Rx_vasos	57,0%	43,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	149,069(a)	4	,000
Razón de verosimilitudes	187,607	4	,000
N de casos válidos	651		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,74.

## RX de tórax: presencia de afectación pleural

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Existe afectación pleural?	No	Recuento	249	148	397
		% de ¿Existe afectación pleural?	62,7%	37,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	72,0%	62,4%	68,1%
		% del total	42,7%	25,4%	68,1%
	Sí	Recuento	97	89	186
		% de ¿Existe afectación pleural?	52,2%	47,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	28,0%	37,6%	31,9%
		% del total	16,6%	15,3%	31,9%
Total		Recuento	346	237	583
		% de ¿Existe afectación pleural?	59,3%	40,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	59,3%	40,7%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,865(b)	1	,015		
Corrección por continuidad(a)	5,435	1	,020		
Razón de verosimilitudes	5,825	1	,016		
Estadístico exacto de Fisher				,019	,010
Asociación lineal por lineal	5,855	1	,016		
N de casos válidos	583				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 75,61.

## RX de tórax: lesiones pleurales más frecuentes

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Lesiones pleurales más frecuentes	Calcificación	Recuento	3	8	11
		% de Lesiones pleurales más frecuentes	27,3%	72,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	2,9%	9,1%	5,8%
		% del total	1,6%	4,2%	5,8%
	DP bilateral	Recuento	38	32	70
		% de Lesiones pleurales más frecuentes	54,3%	45,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	37,3%	36,4%	36,8%
		% del total	20,0%	16,8%	36,8%
	DP derecho	Recuento	37	28	65
		% de Lesiones pleurales más frecuentes	56,9%	43,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	36,3%	31,8%	34,2%
		% del total	19,5%	14,7%	34,2%
	DP izquierdo	Recuento	22	20	42
		% de Lesiones pleurales más frecuentes	52,4%	47,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	21,6%	22,7%	22,1%
		% del total	11,6%	10,5%	22,1%
Paquipleuritis	Recuento	2	0	2	
	% de Lesiones pleurales más frecuentes	100,0%	,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	2,0%	,0%	1,1%	
	% del total	1,1%	,0%	1,1%	
Total		Recuento	102	88	190
		% de Lesiones pleurales más frecuentes	53,7%	46,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	53,7%	46,3%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,125(a)	4	,275
Razón de verosimilitudes	5,959	4	,202
Asociación lineal por lineal	1,173	1	,279
N de casos válidos	190		

a. 2 casillas (20,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,93.

### RX de tórax: presencia de afectación parenquimatosa pulmonar

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Existe afectación del parénquima pulmonar?	No	Recuento	279	139	418
		% de ¿Existe afectación del parénquima pulmonar?	66,7%	33,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	80,6%	58,6%	71,7%
		% del total	47,9%	23,8%	71,7%
	Sí	Recuento	67	98	165
		% de ¿Existe afectación del parénquima pulmonar?	40,6%	59,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	19,4%	41,4%	28,3%
		% del total	11,5%	16,8%	28,3%
Total	Recuento	346	237	583	
	% de ¿Existe afectación del parénquima pulmonar?	59,3%	40,7%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	59,3%	40,7%	100,0%	

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,506(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	32,432	1	,000		
Razón de verosimilitudes	33,168	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	33,449	1	,000		
N de casos válidos	583				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 67,08.

## RX de tórax: lesiones parenquimatosas más frecuentes

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Rx_lesiones parenquimatosas más frecuentes		Recuento	301	180	481
		% de Rx_parenquima	62,6%	37,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	81,1%	64,3%	73,9%
		% del total	46,2%	27,6%	73,9%
Atelectasias		Recuento	7	0	7
		% de Rx_parenquima	100,0%	,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	1,9%	,0%	1,1%
		% del total	1,1%	,0%	1,1%
Bronquiectasias		Recuento	13	0	13
		% de Rx_parenquima	100,0%	,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	3,5%	,0%	2,0%
		% del total	2,0%	,0%	2,0%
Edema intersticial		Recuento	0	63	63
		% de Rx_parenquima	,0%	100,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,0%	22,5%	9,7%
		% del total	,0%	9,7%	9,7%
Enfisema		Recuento	2	1	3
		% de Rx_parenquima	66,7%	33,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,5%	,4%	,5%
		% del total	,3%	,2%	,5%
Fibrosis		Recuento	3	3	6
		% de Rx_parenquima	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,8%	1,1%	,9%
		% del total	,5%	,5%	,9%
Masas		Recuento	0	1	1
		% de Rx_parenquima	,0%	100,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,0%	,4%	,2%
		% del total	,0%	,2%	,2%
Mixtas		Recuento	3	0	3
		% de Rx_parenquima	100,0%	,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,8%	,0%	,5%
		% del total	,5%	,0%	,5%
Neumonía		Recuento	42	32	74
		% de Rx_parenquima	56,8%	43,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	11,3%	11,4%	11,4%
		% del total	6,5%	4,9%	11,4%
Total		Recuento	371	280	651
		% de Rx_parenquima	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	108,523(a)	8	,000
Razón de verosimilitudes	140,309	8	,000
N de casos válidos	651		

a. 10 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,43.

¿Se ha realizado ecocardiograma durante el ingreso?

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Se ha realizado ecocardiograma durante el ingreso actual?	No	Recuento	283	219	502
		% de ¿Se ha realizado ecocardiograma durante el ingreso actual?	56,4%	43,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	76,3%	78,2%	77,1%
		% del total	43,5%	33,6%	77,1%
	Sí	Recuento	88	61	149
		% de ¿Se ha realizado ecocardiograma durante el ingreso actual?	59,1%	40,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	23,7%	21,8%	22,9%
		% del total	13,5%	9,4%	22,9%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Se ha realizado ecocardiograma durante el ingreso actual?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,338(b)	1	,561		
Corrección por continuidad(a)	,237	1	,626		
Razón de verosimilitudes	,339	1	,560		
Estadístico exacto de Fisher				,573	,314
Asociación lineal por lineal	,338	1	,561		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 64,09.

De los paciente que no tienen ecocardiograma previo, ¿a cuántos se les realiza durante el ingreso?

Paciente pre/post exposición				¿Se ha realizado ecocardiograma durante el ingreso actual?		Total	
				No	Sí		
Antes de la intervención	¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	No	Recuento	44	22	66	
			% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	66,7%	33,3%	100,0%	
			% de ¿Se ha realizado ecocardiograma durante el ingreso actual?	15,5%	25,0%	17,8%	
			% del total	11,9%	5,9%	17,8%	
		Sí	Recuento	50	8	58	
			% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	86,2%	13,8%	100,0%	
			% de ¿Se ha realizado ecocardiograma durante el ingreso actual?	17,7%	9,1%	15,6%	
			% del total	13,5%	2,2%	15,6%	
		No se detalla	Recuento	189	58	247	
			% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	76,5%	23,5%	100,0%	
			% de ¿Se ha realizado ecocardiograma durante el ingreso actual?	66,8%	65,9%	66,6%	
			% del total	50,9%	15,6%	66,6%	
	Total			Recuento	283	88	371
				% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	76,3%	23,7%	100,0%
				% de ¿Se ha realizado ecocardiograma durante el ingreso actual?	100,0%	100,0%	100,0%
				% del total	76,3%	23,7%	100,0%
Después de la intervención	¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	No	Recuento	83	28	111	
			% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	74,8%	25,2%	100,0%	
			% de ¿Se ha realizado ecocardiograma durante el ingreso actual?	37,9%	45,9%	39,6%	
			% del total	29,6%	10,0%	39,6%	
		Sí	Recuento	45	8	53	
			% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	84,9%	15,1%	100,0%	
			% de ¿Se ha realizado ecocardiograma durante el ingreso actual?	20,5%	13,1%	18,9%	
			% del total	16,1%	2,9%	18,9%	
		No se detalla	Recuento	91	25	116	
			% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	78,4%	21,6%	100,0%	
			% de ¿Se ha realizado ecocardiograma durante el ingreso actual?	41,6%	41,0%	41,4%	
			% del total	32,5%	8,9%	41,4%	
	Total			Recuento	219	61	280
				% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	78,2%	21,8%	100,0%
				% de ¿Se ha realizado ecocardiograma durante el ingreso actual?	100,0%	100,0%	100,0%
				% del total	78,2%	21,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

Paciente pre/post exposición		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Antes de la intervención	Chi-cuadrado de Pearson	6,538(a)	2	,038
	Razón de verosimilitudes	6,684	2	,035
	Asociación lineal por lineal	,111	1	,739
	N de casos válidos	371		
Después de la intervención	Chi-cuadrado de Pearson	2,167(b)	2	,338
	Razón de verosimilitudes	2,264	2	,322
	Asociación lineal por lineal	,041	1	,840
	N de casos válidos	280		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,76.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,55.

De los paciente que no tienen ecocardiograma previo, ¿a cuántos se les programa para realizar de forma ambulatoria?

Paciente pre/post exposición				¿Se solicita ecocardiograma para la revisión?		Total	
				No	Sí		
Antes de la intervención	¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	No	Recuento	50	4	54	
			% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	92,6%	7,4%	100,0%	
			% de ¿Se solicita ecocardiograma para la revisión?	16,2%	30,8%	16,8%	
			% del total	15,5%	1,2%	16,8%	
		Sí	Recuento	54	1	55	
			% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	98,2%	1,8%	100,0%	
			% de ¿Se solicita ecocardiograma para la revisión?	17,5%	7,7%	17,1%	
			% del total	16,8%	,3%	17,1%	
		No se detalla	Recuento	205	8	213	
			% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	96,2%	3,8%	100,0%	
			% de ¿Se solicita ecocardiograma para la revisión?	66,3%	61,5%	66,1%	
			% del total	63,7%	2,5%	66,1%	
	Total			Recuento	309	13	322
				% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	96,0%	4,0%	100,0%
				% de ¿Se solicita ecocardiograma para la revisión?	100,0%	100,0%	100,0%
				% del total	96,0%	4,0%	100,0%
Después de la intervención	¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	No	Recuento	87	11	98	
			% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	88,8%	11,2%	100,0%	
			% de ¿Se solicita ecocardiograma para la revisión?	39,0%	78,6%	41,4%	
			% del total	36,7%	4,6%	41,4%	
		Sí	Recuento	45	2	47	
			% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	95,7%	4,3%	100,0%	
			% de ¿Se solicita ecocardiograma para la revisión?	20,2%	14,3%	19,8%	
			% del total	19,0%	,8%	19,8%	
		No se detalla	Recuento	91	1	92	
			% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	98,9%	1,1%	100,0%	
			% de ¿Se solicita ecocardiograma para la revisión?	40,8%	7,1%	38,8%	
			% del total	38,4%	,4%	38,8%	
	Total			Recuento	223	14	237
				% de ¿Tiene realizado ecocardiograma previo?	94,1%	5,9%	100,0%
				% de ¿Se solicita ecocardiograma para la revisión?	100,0%	100,0%	100,0%
				% del total	94,1%	5,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

Paciente pre/post exposición		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Antes de la intervención	Chi-cuadrado de Pearson	2,326(a)	2	,313
	Razón de verosimilitudes	2,198	2	,333
	Asociación lineal por lineal	,215	1	,643
	N de casos válidos	322		
Después de la intervención	Chi-cuadrado de Pearson	9,062(b)	2	,011
	Razón de verosimilitudes	9,962	2	,007
	Asociación lineal por lineal	6,948	1	,008
	N de casos válidos	237		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,18.

b 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,78.

¿Se describe la FEVI en los ecocardiogramas realizados durante el ingreso?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se describe la FEVI en los ecocardiogramas realizados durante el ingreso?	FE conservada	Recuento	39	38	77
		% de ¿Se describe la FEVI en los ecocardiogramas realizados durante el ingreso?	50,6%	49,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	44,3%	67,9%	53,5%
		% del total	27,1%	26,4%	53,5%
	FE deprimida	Recuento	33	18	51
		% de ¿Se describe la FEVI en los ecocardiogramas realizados durante el ingreso?	64,7%	35,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	37,5%	32,1%	35,4%
		% del total	22,9%	12,5%	35,4%
	No detallada	Recuento	16	0	16
		% de ¿Se describe la FEVI en los ecocardiogramas realizados durante el ingreso?	100,0%	,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	18,2%	,0%	11,1%
		% del total	11,1%	,0%	11,1%
Total		Recuento	88	56	144
		% de ¿Se describe la FEVI en los ecocardiogramas realizados durante el ingreso?	61,1%	38,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	61,1%	38,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,005(a)	2	,001
Razón de verosimilitudes	19,501	2	,000
Asociación lineal por lineal	13,056	1	,000
N de casos válidos	144		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,22.

### ¿Ha habido complicaciones durante el ingreso?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Ha habido complicaciones durante el ingreso?	No	Recuento	189	116	305
		% de ¿Ha habido complicaciones durante el ingreso?	62,0%	38,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	50,9%	41,4%	46,9%
		% del total	29,0%	17,8%	46,9%
	Sí	Recuento	182	164	346
		% de ¿Ha habido complicaciones durante el ingreso?	52,6%	47,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	49,1%	58,6%	53,1%
		% del total	28,0%	25,2%	53,1%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Ha habido complicaciones durante el ingreso?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,801(b)	1	,016		
Corrección por continuidad(a)	5,426	1	,020		
Razón de verosimilitudes	5,818	1	,016		
Estadístico exacto de Fisher				,017	,010
Asociación lineal por lineal	5,793	1	,016		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 131,18.

## Complicaciones más frecuentes

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Complicaciones más frecuentes	Cardiovascular	Recuento	45	39	84
		% de Complicaciones más frecuentes	53,6%	46,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	24,7%	23,8%	24,3%
		% del total	13,0%	11,3%	24,3%
	Digestivas	Recuento	15	10	25
		% de Complicaciones más frecuentes	60,0%	40,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	8,2%	6,1%	7,2%
		% del total	4,3%	2,9%	7,2%
	Efectos adversos a fármacos	Recuento	28	31	59
		% de Complicaciones más frecuentes	47,5%	52,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	15,4%	18,9%	17,1%
		% del total	8,1%	9,0%	17,1%
	Infección	Recuento	11	26	37
		% de Complicaciones más frecuentes	29,7%	70,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	6,0%	15,9%	10,7%
		% del total	3,2%	7,5%	10,7%
	Respiratorias	Recuento	11	11	22
		% de Complicaciones más frecuentes	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	6,0%	6,7%	6,4%
		% del total	3,2%	3,2%	6,4%
	Refractariedad al tratamiento	Recuento	27	16	43
		% de Complicaciones más frecuentes	62,8%	37,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	14,8%	9,8%	12,4%
		% del total	7,8%	4,6%	12,4%
	Otras	Recuento	45	31	76
		% de Complicaciones más frecuentes	59,2%	40,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	24,7%	18,9%	22,0%
		% del total	13,0%	9,0%	22,0%
Total	Recuento	182	164	346	
	% de Complicaciones más frecuentes	52,6%	47,4%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	52,6%	47,4%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,152(a)	6	,059
Razón de verosimilitudes	12,350	6	,055
Asociación lineal por lineal	,907	1	,341
N de casos válidos	346		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,43.

¿Se detalla algún evento relacionado con la administración de fármacos?

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Se detalla algún evento relacionado con la administración de fármacos?	No	Recuento	307	246	553
		% de ¿Se detalla algún evento relacionado con la administración de fármacos?	55,5%	44,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	82,7%	87,9%	84,9%
		% del total	47,2%	37,8%	84,9%
	Sí	Recuento	64	34	98
		% de ¿Se detalla algún evento relacionado con la administración de fármacos?	65,3%	34,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	17,3%	12,1%	15,1%
		% del total	9,8%	5,2%	15,1%
Total		Recuento	371	280	651
		% de ¿Se detalla algún evento relacionado con la administración de fármacos?	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,256(b)	1	,071		
Corrección por continuidad(a)	2,868	1	,090		
Razón de verosimilitudes	3,313	1	,069		
Estadístico exacto de Fisher				,077	,044
Asociación lineal por lineal	3,251	1	,071		
N de casos válidos	651				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 42,15.

## Tratamiento de la ICC

### Recomendaciones sobre la alimentación

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se detallan consejos sobre alimentación?	No	Recuento	98	42	140
		% de ¿Se detallan consejos sobre alimentación?	70,0%	30,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	30,3%	17,5%	24,9%
		% del total	17,4%	7,5%	24,9%
	Sí	Recuento	225	198	423
		% de ¿Se detallan consejos sobre alimentación?	53,2%	46,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	69,7%	82,5%	75,1%
		% del total	40,0%	35,2%	75,1%
Total		Recuento	323	240	563
		% de ¿Se detallan consejos sobre alimentación?	57,4%	42,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,4%	42,6%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,151(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	11,474	1	,001		
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	12,483	1	,000	,001	,000
Asociación lineal por lineal	12,130	1	,000		
N de casos válidos	563				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 59,68.

## Recomendaciones sobre el abandono del hábito tabáquico en los pacientes fumadores activos

			¿Se detallan consejos sobre tabaquismo?		Total
			No	Sí	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	10	15	25
		% de Paciente pre/post exposición	40,0%	60,0%	100,0%
		% de ¿Se detallan consejos sobre tabaquismo?	71,4%	60,0%	64,1%
		% del total	25,6%	38,5%	64,1%
	Después de la intervención	Recuento	4	10	14
		% de Paciente pre/post exposición	28,6%	71,4%	100,0%
		% de ¿Se detallan consejos sobre tabaquismo?	28,6%	40,0%	35,9%
		% del total	10,3%	25,6%	35,9%
Total		Recuento	14	25	39
		% de Paciente pre/post exposición	35,9%	64,1%	100,0%
		% de ¿Se detallan consejos sobre tabaquismo?	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	35,9%	64,1%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,509(b)	1	,475		
Corrección por continuidad(a)	,134	1	,715		
Razón de verosimilitudes	,518	1	,472		
Estadístico exacto de Fisher				,729	,361
Asociación lineal por lineal	,496	1	,481		
N de casos válidos	39				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,03.

## Recomendaciones sobre la actividad física

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Se detallan consejos sobre actividad física?	No	Recuento	155	109	264
		% de ¿Se detallan consejos sobre actividad física?	58,7%	41,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	48,0%	45,4%	46,9%
		% del total	27,5%	19,4%	46,9%
	Sí	Recuento	168	131	299
		% de ¿Se detallan consejos sobre actividad física?	56,2%	43,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	52,0%	54,6%	53,1%
		% del total	29,8%	23,3%	53,1%
Total	Recuento	323	240	563	
	% de ¿Se detallan consejos sobre actividad física?	57,4%	42,6%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,4%	42,6%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,365(b)	1	,545		
Corrección por continuidad(a)	,270	1	,604		
Razón de verosimilitudes	,366	1	,545		
Estadístico exacto de Fisher				,551	,302
Asociación lineal por lineal	,365	1	,546		
N de casos válidos	563				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 112,54.

## Recomendaciones sobre el control del peso

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se indica realizar control del peso?	No	Recuento	318	231	549
		% de ¿Se indica realizar control del peso?	57,9%	42,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	98,5%	96,3%	97,5%
		% del total	56,5%	41,0%	97,5%
	Sí	Recuento	5	9	14
		% de ¿Se indica realizar control del peso?	35,7%	64,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	1,5%	3,8%	2,5%
		% del total	,9%	1,6%	2,5%
Total		Recuento	323	240	563
		% de ¿Se indica realizar control del peso?	57,4%	42,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,4%	42,6%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,753(b)	1	,097		
Corrección por continuidad(a)	1,920	1	,166		
Razón de verosimilitudes	2,723	1	,099		
Estadístico exacto de Fisher				,108	,084
Asociación lineal por lineal	2,748	1	,097		
N de casos válidos	563				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,97.

## Indicación de IECA

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Se ha prescrito IECA?	No	Recuento	164	136	300
		% de ¿Se ha prescrito IECA?	54,7%	45,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	50,8%	57,4%	53,6%
		% del total	29,3%	24,3%	53,6%
	Sí	Recuento	159	101	260
		% de ¿Se ha prescrito IECA?	61,2%	38,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	49,2%	42,6%	46,4%
		% del total	28,4%	18,0%	46,4%
Total		Recuento	323	237	560
		% de ¿Se ha prescrito IECA?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,7%	42,3%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,401(b)	1	,121		
Corrección por continuidad(a)	2,143	1	,143		
Razón de verosimilitudes	2,406	1	,121		
Estadístico exacto de Fisher				,124	,072
Asociación lineal por lineal	2,397	1	,122		
N de casos válidos	560				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 110,04.

¿Ya tomaba IECA o son de nueva prescripción?

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Ya tomaba IECA o son de nueva prescripción?	Previo al ingreso	Recuento	70	59	129
		% de ¿Ya tomaba IECA o son de nueva prescripción?	54,3%	45,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	44,0%	59,6%	50,0%
		% del total	27,1%	22,9%	50,0%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	55	35	90
		% de ¿Ya tomaba IECA o son de nueva prescripción?	61,1%	38,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	34,6%	35,4%	34,9%
		% del total	21,3%	13,6%	34,9%
	No se sabe	Recuento	34	5	39
		% de ¿Ya tomaba IECA o son de nueva prescripción?	87,2%	12,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	21,4%	5,1%	15,1%
		% del total	13,2%	1,9%	15,1%
Total		Recuento	159	99	258
		% de ¿Ya tomaba IECA o son de nueva prescripción?	61,6%	38,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	61,6%	38,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,736(a)	2	,001
Razón de verosimilitudes	15,533	2	,000
Asociación lineal por lineal	11,683	1	,001
N de casos válidos	258		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,97.

## ¿Por qué no están prescritos IECA?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Por qué no están prescritos IECA?	Existe contraindicación	Recuento	1	9	10
		% de ¿Por qué no están prescritos IECA?	10,0%	90,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,6%	6,6%	3,3%
		% del total	,3%	3,0%	3,3%
	Se ha retirado	Recuento	18	8	26
		% de ¿Por qué no están prescritos IECA?	69,2%	30,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	11,0%	5,8%	8,6%
		% del total	6,0%	2,7%	8,6%
	No se sabe	Recuento	145	120	265
		% de ¿Por qué no están prescritos IECA?	54,7%	45,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	88,4%	87,6%	88,0%
		% del total	48,2%	39,9%	88,0%
Total		Recuento	164	137	301
		% de ¿Por qué no están prescritos IECA?	54,5%	45,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	54,5%	45,5%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,265(a)	2	,006
Razón de verosimilitudes	11,245	2	,004
Asociación lineal por lineal	1,747	1	,186
N de casos válidos	301		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,55.

¿Se especifica la posología de IECA?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se especifica la posología de IECA?	No	Recuento	18	10	28
		% de ¿Se especifica la posología de IECA?	64,3%	35,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	11,5%	10,3%	11,0%
		% del total	7,1%	3,9%	11,0%
	Sí	Recuento	139	87	226
		% de ¿Se especifica la posología de IECA?	61,5%	38,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	88,5%	89,7%	89,0%
		% del total	54,7%	34,3%	89,0%
Total		Recuento	157	97	254
		% de ¿Se especifica la posología de IECA?	61,8%	38,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	61,8%	38,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,082(b)	1	,775		
Corrección por continuidad(a)	,006	1	,937		
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	,082	1	,774	,839	,473
Asociación lineal por lineal	,081	1	,776		
N de casos válidos	254				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,69.

## IECA prescrito

Nombre IECA		Recuento	Paciente pre/post exposición		Total	
			Antes de la intervención	Después de la intervención		
		Recuento	210	181	391	
		% de NomIECA	53,7%	46,3%	100,0%	
		% de Paciente pre/post exposición	56,6%	64,6%	60,1%	
		% del total	32,3%	27,8%	60,1%	
	Benazepril		Recuento	1	0	1
			% de NomIECA	100,0%	,0%	100,0%
			% de Paciente pre/post exposición	,3%	,0%	,2%
			% del total	,2%	,0%	,2%
	Captopril		Recuento	3	1	4
			% de NomIECA	75,0%	25,0%	100,0%
			% de Paciente pre/post exposición	,8%	,4%	,6%
			% del total	,5%	,2%	,6%
	Enalapril		Recuento	151	85	236
			% de NomIECA	64,0%	36,0%	100,0%
			% de Paciente pre/post exposición	40,7%	30,4%	36,3%
			% del total	23,2%	13,1%	36,3%
	Perindopril		Recuento	4	2	6
			% de NomIECA	66,7%	33,3%	100,0%
			% de Paciente pre/post exposición	1,1%	,7%	,9%
			% del total	,6%	,3%	,9%
	Prinivil		Recuento	0	3	3
			% de NomIECA	,0%	100,0%	100,0%
			% de Paciente pre/post exposición	,0%	1,1%	,5%
			% del total	,0%	,5%	,5%
	Quinapril		Recuento	1	0	1
			% de NomIECA	100,0%	,0%	100,0%
			% de Paciente pre/post exposición	,3%	,0%	,2%
			% del total	,2%	,0%	,2%
Ramipril		Recuento	1	8	9	
		% de NomIECA	11,1%	88,9%	100,0%	
		% de Paciente pre/post exposición	,3%	2,9%	1,4%	
		% del total	,2%	1,2%	1,4%	
Total		Recuento	371	280	651	
		% de NomIECA	57,0%	43,0%	100,0%	
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,398(a)	7	,005
Razón de verosimilitudes	22,952	7	,002
N de casos válidos	651		

a. 11 casillas (68,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,43.

## Indicación de diuréticos

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se han prescrito diuréticos?	No	Recuento	42	18	60
		% de ¿Se han prescrito diuréticos?	70,0%	30,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	13,0%	7,6%	10,7%
		% del total	7,5%	3,2%	10,7%
	Sí	Recuento	281	219	500
		% de ¿Se han prescrito diuréticos?	56,2%	43,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	87,0%	92,4%	89,3%
		% del total	50,2%	39,1%	89,3%
Total		Recuento	323	237	560
		% de ¿Se han prescrito diuréticos?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,7%	42,3%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,179(b)	1	,041		
Corrección por continuidad(a)	3,633	1	,057		
Razón de verosimilitudes	4,322	1	,038		
Estadístico exacto de Fisher				,052	,027
Asociación lineal por lineal	4,172	1	,041		
N de casos válidos	560				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 25,39.

¿Ya tomaba diuréticos o son de nueva prescripción?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Ya tomaba diuréticos o son de nueva prescripción?	Previo al ingreso	Recuento	157	150	307
		% de ¿Ya tomaba diuréticos o son de nueva prescripción?	51,1%	48,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	55,9%	68,5%	61,4%
		% del total	31,4%	30,0%	61,4%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	73	58	131
		% de ¿Ya tomaba diuréticos o son de nueva prescripción?	55,7%	44,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	26,0%	26,5%	26,2%
		% del total	14,6%	11,6%	26,2%
	No se sabe	Recuento	51	11	62
		% de ¿Ya tomaba diuréticos o son de nueva prescripción?	82,3%	17,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	18,1%	5,0%	12,4%
		% del total	10,2%	2,2%	12,4%
Total		Recuento	281	219	500
		% de ¿Ya tomaba diuréticos o son de nueva prescripción?	56,2%	43,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	56,2%	43,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,308(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	22,159	2	,000
Asociación lineal por lineal	16,355	1	,000
N de casos válidos	500		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 27,16.

## ¿Por qué no están prescritos diuréticos?

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Por qué no están prescritos diuréticos?	Existe contraindicación	Recuento	0	2	2
		% de ¿Por qué no están prescritos diuréticos?	,0%	100,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,0%	13,3%	3,6%
		% del total	,0%	3,6%	3,6%
	Se ha retirado	Recuento	7	4	11
		% de ¿Por qué no están prescritos diuréticos?	63,6%	36,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	17,1%	26,7%	19,6%
		% del total	12,5%	7,1%	19,6%
	No se sabe	Recuento	34	9	43
		% de ¿Por qué no están prescritos diuréticos?	79,1%	20,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	82,9%	60,0%	76,8%
		% del total	60,7%	16,1%	76,8%
Total		Recuento	41	15	56
		% de ¿Por qué no están prescritos diuréticos?	73,2%	26,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	73,2%	26,8%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,733(a)	2	,035
Razón de verosimilitudes	6,544	2	,038
Asociación lineal por lineal	5,301	1	,021
N de casos válidos	56		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,54.

### ¿Se especifica la posología de los diuréticos?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se especifica la posología de los diuréticos?	No	Recuento	32	14	46
		% de ¿Se especifica la posología de los diuréticos?	69,6%	30,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	11,5%	6,4%	9,2%
		% del total	6,4%	2,8%	9,2%
	Sí	Recuento	247	205	452
		% de ¿Se especifica la posología de los diuréticos?	54,6%	45,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	88,5%	93,6%	90,8%
		% del total	49,6%	41,2%	90,8%
Total		Recuento	279	219	498
		% de ¿Se especifica la posología de los diuréticos?	56,0%	44,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	56,0%	44,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,772(b)	1	,052		
Corrección por continuidad(a)	3,191	1	,074		
Razón de verosimilitudes	3,897	1	,048		
Estadístico exacto de Fisher				,061	,036
Asociación lineal por lineal	3,764	1	,052		
N de casos válidos	498				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 20,23.

## Diurético prescrito

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Nombre del diurético		Recuento	89	61	150
		% de NomDIURT	59,3%	40,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	24,0%	21,8%	23,0%
		% del total	13,7%	9,4%	23,0%
	Amiloride	Recuento	5	0	5
		% de NomDIURT	100,0%	,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	1,3%	,0%	,8%
		% del total	,8%	,0%	,8%
	Furosemida	Recuento	198	173	371
		% de NomDIURT	53,4%	46,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	53,4%	61,8%	57,0%
		% del total	30,4%	26,6%	57,0%
	HCT	Recuento	3	9	12
		% de NomDIURT	25,0%	75,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,8%	3,2%	1,8%
		% del total	,5%	1,4%	1,8%
Torasemida	Recuento	76	37	113	
	% de NomDIURT	67,3%	32,7%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	20,5%	13,2%	17,4%	
	% del total	11,7%	5,7%	17,4%	
Total	Recuento	371	280	651	
	% de NomDIURT	57,0%	43,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,963(a)	4	,003
Razón de verosimilitudes	17,993	4	,001
N de casos válidos	651		

a. 2 casillas (20,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,15.

## Indicación de betabloqueantes

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Se han prescrito betabloqueantes?	No	Recuento	229	147	376
		% de ¿Se han prescrito betabloqueantes?	60,9%	39,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	70,9%	62,0%	67,1%
		% del total	40,9%	26,3%	67,1%
	Sí	Recuento	94	90	184
		% de ¿Se han prescrito betabloqueantes?	51,1%	48,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	29,1%	38,0%	32,9%
		% del total	16,8%	16,1%	32,9%
Total		Recuento	323	237	560
		% de ¿Se han prescrito betabloqueantes?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,7%	42,3%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,878(b)	1	,027		
Corrección por continuidad(a)	4,484	1	,034		
Razón de verosimilitudes	4,855	1	,028		
Estadístico exacto de Fisher				,029	,017
Asociación lineal por lineal	4,869	1	,027		
N de casos válidos	560				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 77,87.

### ¿Ya tomaba betabloqueantes o son de nueva prescripción?

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Ya tomaba betabloqueantes o son de nueva prescripción?	Previo	Recuento	46	55	101
		% de ¿Ya tomaba betabloqueantes o son de nueva prescripción?	45,5%	54,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	48,9%	62,5%	55,5%
		% del total	25,3%	30,2%	55,5%
	Nuevo	Recuento	34	28	62
		% de ¿Ya tomaba betabloqueantes o son de nueva prescripción?	54,8%	45,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	36,2%	31,8%	34,1%
		% del total	18,7%	15,4%	34,1%
	Desconocido	Recuento	14	5	19
		% de ¿Ya tomaba betabloqueantes o son de nueva prescripción?	73,7%	26,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	14,9%	5,7%	10,4%
		% del total	7,7%	2,7%	10,4%
Total		Recuento	94	88	182
		% de ¿Ya tomaba betabloqueantes o son de nueva prescripción?	51,6%	48,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	51,6%	48,4%	100,0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,454(a)	2	,065
Razón de verosimilitudes	5,626	2	,060
Asociación lineal por lineal	5,138	1	,023
N de casos válidos	182		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,19.

## ¿Por qué no están prescritos betabloqueantes?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Por qué no están prescritos betabloqueantes?	Contraindicado	Recuento	9	19	28
		% de ¿Por qué no están prescritos betabloqueantes?	32,1%	67,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	3,9%	14,4%	7,8%
		% del total	2,5%	5,3%	7,8%
	Retirado	Recuento	8	10	18
		% de ¿Por qué no están prescritos betabloqueantes?	44,4%	55,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	3,5%	7,6%	5,0%
		% del total	2,2%	2,8%	5,0%
	Desconocido	Recuento	212	103	315
		% de ¿Por qué no están prescritos betabloqueantes?	67,3%	32,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	92,6%	78,0%	87,3%
		% del total	58,7%	28,5%	87,3%
Total	Recuento	229	132	361	
	% de ¿Por qué no están prescritos betabloqueantes?	63,4%	36,6%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	63,4%	36,6%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,649(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	15,996	2	,000
Asociación lineal por lineal	16,420	1	,000
N de casos válidos	361		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,58.

¿Se especifica la posología de los betabloqueantes?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se especifica la posología de los betabloqueantes?	No	Recuento	11	5	16
		% de ¿Se especifica la posología de los betabloqueantes?	68,8%	31,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	11,8%	5,7%	8,9%
		% del total	6,1%	2,8%	8,9%
	Sí	Recuento	82	82	164
		% de ¿Se especifica la posología de los betabloqueantes?	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	88,2%	94,3%	91,1%
		% del total	45,6%	45,6%	91,1%
Total		Recuento	93	87	180
		% de ¿Se especifica la posología de los betabloqueantes?	51,7%	48,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	51,7%	48,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,052(b)	1	,152		
Corrección por continuidad(a)	1,370	1	,242		
Razón de verosimilitudes	2,106	1	,147		
Estadístico exacto de Fisher				,193	,120
Asociación lineal por lineal	2,041	1	,153		
N de casos válidos	180				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,73.

## Betabloqueante prescrito

		Paciente pre/post exposición			
		Antes de la intervención	Después de la intervención	Total	
Nombre del betabloqueante	Recuento	278	192	470	
	% de GenericoBBLOQ	59,1%	40,9%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	74,9%	68,6%	72,2%	
	% del total	42,7%	29,5%	72,2%	
	Atenolol	Recuento	1	1	2
		% de GenericoBBLOQ	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,3%	,4%	,3%
		% del total	,2%	,2%	,3%
	Bisoprolol	Recuento	68	65	133
		% de GenericoBBLOQ	51,1%	48,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	18,3%	23,2%	20,4%
		% del total	10,4%	10,0%	20,4%
	Carvedilol	Recuento	22	13	35
		% de GenericoBBLOQ	62,9%	37,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	5,9%	4,6%	5,4%
		% del total	3,4%	2,0%	5,4%
Nebivolol	Recuento	2	9	11	
	% de GenericoBBLOQ	18,2%	81,8%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	,5%	3,2%	1,7%	
	% del total	,3%	1,4%	1,7%	
Total	Recuento	371	280	651	
	% de GenericoBBLOQ	57,0%	43,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,049(a)	4	,040
Razón de verosimilitudes	10,289	4	,036
N de casos válidos	651		

a. 3 casillas (30,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,86.

## Indicación de ARAII

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se han prescrito ARAII?	No	Recuento	242	171	413
		% de ¿Se han prescrito ARAII?	58,6%	41,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	74,9%	72,2%	73,8%
		% del total	43,2%	30,5%	73,8%
	Sí	Recuento	81	66	147
		% de ¿Se han prescrito ARAII?	55,1%	44,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	25,1%	27,8%	26,3%
		% del total	14,5%	11,8%	26,3%
Total		Recuento	323	237	560
		% de ¿Se han prescrito ARAII?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,7%	42,3%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,542(b)	1	,462		
Corrección por continuidad(a)	,408	1	,523		
Razón de verosimilitudes	,540	1	,462		
Estadístico exacto de Fisher				,497	,261
Asociación lineal por lineal	,541	1	,462		
N de casos válidos	560				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 62,21.

¿Ya tomaba ARAII o son de nueva prescripción?

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Ya tomaba ARAII o son de nueva prescripción?	Previo al ingreso	Recuento	53	59	112
		% de ¿Ya tomaba ARAII o son de nueva prescripción?	47,3%	52,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	65,4%	89,4%	76,2%
		% del total	36,1%	40,1%	76,2%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	17	4	21
		% de ¿Ya tomaba ARAII o son de nueva prescripción?	81,0%	19,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	21,0%	6,1%	14,3%
		% del total	11,6%	2,7%	14,3%
	No se sabe	Recuento	11	3	14
		% de ¿Ya tomaba ARAII o son de nueva prescripción?	78,6%	21,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	13,6%	4,5%	9,5%
		% del total	7,5%	2,0%	9,5%
Total		Recuento	81	66	147
		% de ¿Ya tomaba ARAII o son de nueva prescripción?	55,1%	44,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	55,1%	44,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,530(a)	2	,003
Razón de verosimilitudes	12,310	2	,002
Asociación lineal por lineal	9,529	1	,002
N de casos válidos	147		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,29.

## ¿Por qué no están prescritos ARAII?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Por qué no están prescritos ARAII?	Existe contraindicación	Recuento	0	2	2
		% de ¿Por qué no están prescritos ARAII?	,0%	100,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,0%	3,0%	,6%
		% del total	,0%	,6%	,6%
	Se ha retirado	Recuento	6	10	16
		% de ¿Por qué no están prescritos ARAII?	37,5%	62,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	2,5%	14,9%	5,2%
		% del total	1,9%	3,2%	5,2%
	No se sabe	Recuento	236	55	291
		% de ¿Por qué no están prescritos ARAII?	81,1%	18,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	97,5%	82,1%	94,2%
		% del total	76,4%	17,8%	94,2%
Total		Recuento	242	67	309
		% de ¿Por qué no están prescritos ARAII?	78,3%	21,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	78,3%	21,7%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,248(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	19,821	2	,000
Asociación lineal por lineal	24,141	1	,000
N de casos válidos	309		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,43.

### ¿Se especifica la posología de ARAII?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se especifica la posología de ARAII?	No	Recuento	13	8	21
		% de ¿Se especifica la posología de ARAII?	61,9%	38,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	16,3%	12,1%	14,4%
		% del total	8,9%	5,5%	14,4%
	Sí	Recuento	67	58	125
		% de ¿Se especifica la posología de ARAII?	53,6%	46,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	83,8%	87,9%	85,6%
		% del total	45,9%	39,7%	85,6%
Total		Recuento	80	66	146
		% de ¿Se especifica la posología de ARAII?	54,8%	45,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	54,8%	45,2%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,501(b)	1	,479		
Corrección por continuidad(a)	,221	1	,638		
Razón de verosimilitudes	,506	1	,477		
Estadístico exacto de Fisher				,636	,321
Asociación lineal por lineal	,497	1	,481		
N de casos válidos	146				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,49.

## ARAII prescrito

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Nombre ARAII		Recuento	291	214	505
		% de GenericoARAII	57,6%	42,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	78,4%	76,4%	77,6%
		% del total	44,7%	32,9%	77,6%
	Candesartán	Recuento	15	16	31
		% de GenericoARAII	48,4%	51,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	4,0%	5,7%	4,8%
		% del total	2,3%	2,5%	4,8%
	Irbesartán	Recuento	10	7	17
		% de GenericoARAII	58,8%	41,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	2,7%	2,5%	2,6%
		% del total	1,5%	1,1%	2,6%
	Losartán	Recuento	39	21	60
		% de GenericoARAII	65,0%	35,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	10,5%	7,5%	9,2%
		% del total	6,0%	3,2%	9,2%
	Olmesartán	Recuento	1	2	3
		% de GenericoARAII	33,3%	66,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,3%	,7%	,5%
		% del total	,2%	,3%	,5%
	Telmisartán	Recuento	6	5	11
		% de GenericoARAII	54,5%	45,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	1,6%	1,8%	1,7%
		% del total	,9%	,8%	1,7%
	Valsartán	Recuento	9	15	24
		% de GenericoARAII	37,5%	62,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	2,4%	5,4%	3,7%
		% del total	1,4%	2,3%	3,7%
Total	Recuento	371	280	651	
	% de GenericoARAII	57,0%	43,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,044(a)	6	,317
Razón de verosimilitudes	7,020	6	,319
N de casos válidos	651		

a 3 casillas (21,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,29.

En los casos en los que no se han prescrito IECA, ¿se prescriben ARAII?

Paciente pre/post exposición			¿Se han prescrito ARAII?		Total	
			No	Sí		
Antes de la intervención	¿Se ha prescrito IECA?	No	Recuento	90	74	164
			% de ¿Se ha prescrito IECA?	54,9%	45,1%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito ARAII?	37,2%	91,4%	50,8%
			% del total	27,9%	22,9%	50,8%
		Sí	Recuento	152	7	159
			% de ¿Se ha prescrito IECA?	95,6%	4,4%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito ARAII?	62,8%	8,6%	49,2%
			% del total	47,1%	2,2%	49,2%
	Total		Recuento	242	81	323
			% de ¿Se ha prescrito IECA?	74,9%	25,1%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito ARAII?	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	74,9%	25,1%	100,0%
Después de la intervención	¿Se ha prescrito IECA?	No	Recuento	73	63	136
			% de ¿Se ha prescrito IECA?	53,7%	46,3%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito ARAII?	42,7%	95,5%	57,4%
			% del total	30,8%	26,6%	57,4%
		Sí	Recuento	98	3	101
			% de ¿Se ha prescrito IECA?	97,0%	3,0%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito ARAII?	57,3%	4,5%	42,6%
			% del total	41,4%	1,3%	42,6%
	Total		Recuento	171	66	237
			% de ¿Se ha prescrito IECA?	72,2%	27,8%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito ARAII?	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	72,2%	27,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

Paciente pre/post exposición		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Antes de la intervención	Chi-cuadrado de Pearson	71,244 (b)	1	,000		
	Corrección por continuidad(a)	69,093	1	,000		
	Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	80,619	1	,000	,000	,000
	Asociación lineal por lineal	71,023	1	,000		
	N de casos válidos	323				
Después de la intervención	Chi-cuadrado de Pearson	54,214 (c)	1	,000		
	Corrección por continuidad(a)	52,078	1	,000		
	Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	65,568	1	,000	,000	,000
	Asociación lineal por lineal	53,985	1	,000		
	N de casos válidos	237				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 39,87.

c 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 28,13.

## Indicación de antagonistas de la aldosterona

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se han prescrito antagonistas de la aldosterona?	No	Recuento	241	180	421
		% de ¿Se han prescrito antagonistas de la aldosterona?	57,2%	42,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	74,6%	75,9%	75,2%
		% del total	43,0%	32,1%	75,2%
	Sí	Recuento	82	57	139
		% de ¿Se han prescrito antagonistas de la aldosterona?	59,0%	41,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	25,4%	24,1%	24,8%
		% del total	14,6%	10,2%	24,8%
Total		Recuento	323	237	560
		% de ¿Se han prescrito antagonistas de la aldosterona?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,7%	42,3%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,131(b)	1	,718		
Corrección por continuidad(a)	,069	1	,793		
Razón de verosimilitudes	,131	1	,717		
Estadístico exacto de Fisher				,767	,397
Asociación lineal por lineal	,131	1	,718		
N de casos válidos	560				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 58,83.

¿Ya tomaba antagonistas de la aldosterona o son de nueva prescripción?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Ya tomaba antagonistas de la aldosterona o son de nueva prescripción?	Previo al ingreso	Recuento	27	31	58
		% de ¿Ya tomaba antagonistas de la aldosterona o son de nueva prescripción?	46,6%	53,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	32,9%	54,4%	41,7%
		% del total	19,4%	22,3%	41,7%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	40	25	65
		% de ¿Ya tomaba antagonistas de la aldosterona o son de nueva prescripción?	61,5%	38,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	48,8%	43,9%	46,8%
		% del total	28,8%	18,0%	46,8%
	No se sabe	Recuento	15	1	16
		% de ¿Ya tomaba antagonistas de la aldosterona o son de nueva prescripción?	93,8%	6,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	18,3%	1,8%	11,5%
		% del total	10,8%	,7%	11,5%
Total		Recuento	82	57	139
		% de ¿Ya tomaba antagonistas de la aldosterona o son de nueva prescripción?	59,0%	41,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	59,0%	41,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,875(a)	2	,003
Razón de verosimilitudes	13,947	2	,001
Asociación lineal por lineal	10,928	1	,001
N de casos válidos	139		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,56.

### ¿Por qué no están prescritos antagonistas de la aldosterona?

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Por qué no están prescritos antagonistas de la aldosterona?	Se ha retirado	Recuento	7	7	14
		% de ¿Por qué no están prescritos antagonistas de la aldosterona?	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	2,9%	63,6%	5,6%
		% del total	2,8%	2,8%	5,6%
	No se sabe	Recuento	234	4	238
		% de ¿Por qué no están prescritos antagonistas de la aldosterona?	98,3%	1,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	97,1%	36,4%	94,4%
		% del total	92,9%	1,6%	94,4%
Total		Recuento	241	11	252
		% de ¿Por qué no están prescritos antagonistas de la aldosterona?	95,6%	4,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	95,6%	4,4%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	73,950(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	62,828	1	,000		
Razón de verosimilitudes	30,378	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	73,656	1	,000		
N de casos válidos	252				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,61.

¿Se especifica la posología de los antagonistas de la aldosterona?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se especifica la posología de los antagonistas de la aldosterona?	No	Recuento	8	6	14
		% de ¿Se especifica la posología de los antagonistas de la aldosterona?	57,1%	42,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	9,8%	10,7%	10,1%
		% del total	5,8%	4,3%	10,1%
	Sí	Recuento	74	50	124
		% de ¿Se especifica la posología de los antagonistas de la aldosterona?	59,7%	40,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	90,2%	89,3%	89,9%
		% del total	53,6%	36,2%	89,9%
Total		Recuento	82	56	138
		% de ¿Se especifica la posología de los antagonistas de la aldosterona?	59,4%	40,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	59,4%	40,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,034(b)	1	,855		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,033	1	,855		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,535
Asociación lineal por lineal	,033	1	,855		
N de casos válidos	138				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,68.

## Antagonista de la aldosterona prescrito

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Nombre antagonista aldosterona		Recuento	289	223	512
		% de NomALD	56,4%	43,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	77,9%	79,6%	78,6%
		% del total	44,4%	34,3%	78,6%
	Eplerrenona	Recuento	3	8	11
		% de NomALD	27,3%	72,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,8%	2,9%	1,7%
		% del total	,5%	1,2%	1,7%
	Espironolactona	Recuento	79	49	128
		% de NomALD	61,7%	38,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	21,3%	17,5%	19,7%
		% del total	12,1%	7,5%	19,7%
Total		Recuento	371	280	651
		% de NomALD	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,193(a)	2	,075
Razón de verosimilitudes	5,225	2	,073
N de casos válidos	651		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,73.

## Indicación de digitálicos

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Se han prescrito digitálicos?	No	Recuento	205	165	370
		% de ¿Se han prescrito digitálicos?	55,4%	44,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	63,5%	69,6%	66,1%
		% del total	36,6%	29,5%	66,1%
	Sí	Recuento	118	72	190
		% de ¿Se han prescrito digitálicos?	62,1%	37,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	36,5%	30,4%	33,9%
		% del total	21,1%	12,9%	33,9%
Total		Recuento	323	237	560
		% de ¿Se han prescrito digitálicos?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,7%	42,3%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,308(b)	1	,129		
Corrección por continuidad(a)	2,042	1	,153		
Razón de verosimilitudes	2,322	1	,128		
Estadístico exacto de Fisher				,148	,076
Asociación lineal por lineal	2,304	1	,129		
N de casos válidos	560				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 80,41.

¿Ya tomaba digitálicos o son de nueva prescripción?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Ya tomaba digitálicos o son de nueva prescripción?	Previo al ingreso	Recuento	44	46	90
		% de ¿Ya tomaba digitálicos o son de nueva prescripción?	48,9%	51,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	37,3%	63,9%	47,4%
		% del total	23,2%	24,2%	47,4%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	53	25	78
		% de ¿Ya tomaba digitálicos o son de nueva prescripción?	67,9%	32,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	44,9%	34,7%	41,1%
		% del total	27,9%	13,2%	41,1%
	No se sabe	Recuento	21	1	22
		% de ¿Ya tomaba digitálicos o son de nueva prescripción?	95,5%	4,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	17,8%	1,4%	11,6%
		% del total	11,1%	,5%	11,6%
Total		Recuento	118	72	190
		% de ¿Ya tomaba digitálicos o son de nueva prescripción?	62,1%	37,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	62,1%	37,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,208(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	21,438	2	,000
Asociación lineal por lineal	17,833	1	,000
N de casos válidos	190		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,34.

### ¿Por qué no están prescritos digitales?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Por qué no están prescritos digitales?	Se ha retirado	Recuento	7	8	15
		% de ¿Por qué no están prescritos digitales?	46,7%	53,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	3,4%	61,5%	6,9%
		% del total	3,2%	3,7%	6,9%
	No se sabe	Recuento	198	5	203
		% de ¿Por qué no están prescritos digitales?	97,5%	2,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	96,6%	38,5%	93,1%
		% del total	90,8%	2,3%	93,1%
Total		Recuento	205	13	218
		% de ¿Por qué no están prescritos digitales?	94,0%	6,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	94,0%	6,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	64,458(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	55,705	1	,000		
Razón de verosimilitudes	30,876	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	64,162	1	,000		
N de casos válidos	218				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,89.

### ¿Se especifica la posología de los digitálicos?

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Se especifica la posología de los digitálicos?	No	Recuento	15	5	20
		% de ¿Se especifica la posología de los digitálicos?	75,0%	25,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	12,7%	6,8%	10,5%
		% del total	7,9%	2,6%	10,5%
	Sí	Recuento	103	68	171
		% de ¿Se especifica la posología de los digitálicos?	60,2%	39,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	87,3%	93,2%	89,5%
		% del total	53,9%	35,6%	89,5%
Total		Recuento	118	73	191
		% de ¿Se especifica la posología de los digitálicos?	61,8%	38,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	61,8%	38,2%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,653(b)	1	,198		
Corrección por continuidad(a)	1,087	1	,297		
Razón de verosimilitudes	1,745	1	,187		
Estadístico exacto de Fisher				,232	,148
Asociación lineal por lineal	1,645	1	,200		
N de casos válidos	191				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,64.

## Digitálico prescrito

		Paciente pre/post exposición			
		Antes de la intervención	Después de la intervención	Total	
Nombre digitalico		Recuento	253	208	461
		% de NomDGX	54,9%	45,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	68,2%	74,3%	70,8%
		% del total	38,9%	32,0%	70,8%
	Digoxina	Recuento	77	51	128
		% de NomDGX	60,2%	39,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	20,8%	18,2%	19,7%
		% del total	11,8%	7,8%	19,7%
	Lanirapid	Recuento	41	21	62
		% de NomDGX	66,1%	33,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	11,1%	7,5%	9,5%
		% del total	6,3%	3,2%	9,5%
Total		Recuento	371	280	651
		% de NomDGX	57,0%	43,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,0%	43,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,473(a)	2	,176
Razón de verosimilitudes	3,524	2	,172
N de casos válidos	651		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 26,67.

## Prescripción de digitálicos según el ritmo cardiaco

Paciente pre/post exposición				¿Se han prescrito digitálicos?		Total
				No	Sí	
Antes de la intervención	Alteraciones del ritmo más frecuentes	FA	Recuento	51	94	145
			% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	35,2%	64,8%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito digitálicos?	27,1%	83,9%	48,3%
			% del total	17,0%	31,3%	48,3%
		Ritmo sinusal	Recuento	124	10	134
			% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	92,5%	7,5%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito digitálicos?	66,0%	8,9%	44,7%
			% del total	41,3%	3,3%	44,7%
		Otros	Recuento	13	8	21
			% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	61,9%	38,1%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito digitálicos?	6,9%	7,1%	7,0%
			% del total	4,3%	2,7%	7,0%
	Total	Recuento	188	112	300	
		% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	62,7%	37,3%	100,0%	
		% de ¿Se han prescrito digitálicos?	100,0%	100,0%	100,0%	
		% del total	62,7%	37,3%	100,0%	
Después de la intervención	Alteraciones del ritmo más frecuentes	FA	Recuento	60	60	120
			% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	50,0%	50,0%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito digitálicos?	39,7%	89,6%	55,0%
			% del total	27,5%	27,5%	55,0%
		Ritmo sinusal	Recuento	78	4	82
			% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	95,1%	4,9%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito digitálicos?	51,7%	6,0%	37,6%
			% del total	35,8%	1,8%	37,6%
		Otros	Recuento	13	3	16
			% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	81,3%	18,8%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito digitálicos?	8,6%	4,5%	7,3%
			% del total	6,0%	1,4%	7,3%
	Total	Recuento	151	67	218	
		% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	69,3%	30,7%	100,0%	
		% de ¿Se han prescrito digitálicos?	100,0%	100,0%	100,0%	
		% del total	69,3%	30,7%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

Paciente pre/post exposición		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Antes de la intervención	Chi-cuadrado de Pearson	97,961(a)	2	,000
	Razón de verosimilitudes	109,307	2	,000
	Asociación lineal por lineal	58,533	1	,000
	N de casos válidos	300		
Después de la intervención	Chi-cuadrado de Pearson	47,754(b)	2	,000
	Razón de verosimilitudes	55,230	2	,000
	Asociación lineal por lineal	33,930	1	,000
	N de casos válidos	218		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,84.

b 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,92.

## Indicación de anticoagulantes y/o antiagregantes orales

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Se han prescrito anticoagulantes y/o antiagregantes orales?	No	Recuento	85	47	132
		% de ¿Se han prescrito anticoagulantes y/o antiagregantes orales?	64,4%	35,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	26,3%	19,8%	23,6%
		% del total	15,2%	8,4%	23,6%
	Sí	Recuento	238	190	428
		% de ¿Se han prescrito anticoagulantes y/o antiagregantes orales?	55,6%	44,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	73,7%	80,2%	76,4%
		% del total	42,5%	33,9%	76,4%
Total		Recuento	323	237	560
		% de ¿Se han prescrito anticoagulantes y/o antiagregantes orales?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,7%	42,3%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,191(b)	1	,074		
Corrección por continuidad(a)	2,841	1	,092		
Razón de verosimilitudes	3,231	1	,072		
Estadístico exacto de Fisher				,087	,045
Asociación lineal por lineal	3,185	1	,074		
N de casos válidos	560				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 55,86.

¿Ya tomaba antiagregantes/anticoagulantes o son de nueva prescripción?

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Ya tomaba antiagregantes/anticoagulantes?	Previo al ingreso	Recuento	152	162	314
		% de ¿Ya tomaba antiagregantes/anticoagulantes?	48,4%	51,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	63,9%	85,3%	73,4%
		% del total	35,5%	37,9%	73,4%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	50	25	75
		% de ¿Ya tomaba antiagregantes/anticoagulantes?	66,7%	33,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	21,0%	13,2%	17,5%
		% del total	11,7%	5,8%	17,5%
	No se sabe	Recuento	36	3	39
		% de ¿Ya tomaba antiagregantes/anticoagulantes?	92,3%	7,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	15,1%	1,6%	9,1%
		% del total	8,4%	,7%	9,1%
Total		Recuento	238	190	428
		% de ¿Ya tomaba antiagregantes/anticoagulantes?	55,6%	44,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	55,6%	44,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,589(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	36,332	2	,000
Asociación lineal por lineal	31,247	1	,000
N de casos válidos	428		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17,31.

¿Por qué no están prescritos antiagregantes/anticoagulantes?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Por qué no están prescritos antiagregantes/anticoagulantes orales?	Contraindicado	Recuento	0	1	1
		% de ¿Por qué no están prescritos antiagregantes/anticoagulantes orales?	,0%	100,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,0%	9,1%	1,0%
		% del total	,0%	1,0%	1,0%
	Se ha retirado	Recuento	12	5	17
		% de ¿Por qué no están prescritos antiagregantes/anticoagulantes orales?	70,6%	29,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	14,1%	45,5%	17,7%
		% del total	12,5%	5,2%	17,7%
	No se sabe	Recuento	73	5	78
		% de ¿Por qué no están prescritos antiagregantes/anticoagulantes orales?	93,6%	6,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	85,9%	45,5%	81,3%
		% del total	76,0%	5,2%	81,3%
Total		Recuento	85	11	96
		% de ¿Por qué no están prescritos antiagregantes/anticoagulantes orales?	88,5%	11,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	88,5%	11,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,087(a)	2	,001
Razón de verosimilitudes	10,608	2	,005
Asociación lineal por lineal	13,161	1	,000
N de casos válidos	96		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Prescripción de anticoagulantes y/o antiagregantes orales según el ritmo cardiaco

Paciente pre/post exposición				¿Se han prescrito anticoagulantes y/o antiagregantes orales?		Total
				No	Sí	
Antes de la intervención	Alteraciones del ritmo más frecuentes	FA	Recuento	21	124	145
			% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	14,5%	85,5%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito anticoagulantes y/o antiagregantes orales?	25,9%	56,6%	48,3%
			% del total	7,0%	41,3%	48,3%
		Ritmo sinusal	Recuento	53	81	134
			% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	39,6%	60,4%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito anticoagulantes y/o antiagregantes orales?	65,4%	37,0%	44,7%
			% del total	17,7%	27,0%	44,7%
		Otros	Recuento	7	14	21
			% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	33,3%	66,7%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito anticoagulantes y/o antiagregantes orales?	8,6%	6,4%	7,0%
			% del total	2,3%	4,7%	7,0%
	Total	Recuento	81	219	300	
		% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	27,0%	73,0%	100,0%	
		% de ¿Se han prescrito anticoagulantes y/o antiagregantes orales?	100,0%	100,0%	100,0%	
		% del total	27,0%	73,0%	100,0%	
Después de la intervención	Alteraciones del ritmo más frecuentes	FA	Recuento	16	104	120
			% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	13,3%	86,7%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito anticoagulantes y/o antiagregantes orales?	34,8%	60,5%	55,0%
			% del total	7,3%	47,7%	55,0%
		Ritmo sinusal	Recuento	25	57	82
			% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	30,5%	69,5%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito anticoagulantes y/o antiagregantes orales?	54,3%	33,1%	37,6%
			% del total	11,5%	26,1%	37,6%
		Otros	Recuento	5	11	16
			% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	31,3%	68,8%	100,0%
			% de ¿Se han prescrito anticoagulantes y/o antiagregantes orales?	10,9%	6,4%	7,3%
			% del total	2,3%	5,0%	7,3%
	Total	Recuento	46	172	218	
		% de Alteraciones del ritmo más frecuentes	21,1%	78,9%	100,0%	
		% de ¿Se han prescrito anticoagulantes y/o antiagregantes orales?	100,0%	100,0%	100,0%	
		% del total	21,1%	78,9%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

Paciente pre/post exposición		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Antes de la intervención	Chi-cuadrado de Pearson	22,666(a)	2	,000
	Razón de verosimilitudes	23,399	2	,000
	Asociación lineal por lineal	16,722	1	,000
	N de casos válidos	300		
Después de la intervención	Chi-cuadrado de Pearson	9,679(b)	2	,008
	Razón de verosimilitudes	9,700	2	,008
	Asociación lineal por lineal	8,291	1	,004
	N de casos válidos	218		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,67.

b 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,38.

## Justificación de ausencia de prescripción en los casos de FA

			¿Por qué no están prescritos antiagregantes/anticoagulantes orales?			Total
			Contraindicado	Se ha retirado	No se sabe	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	0	5	16	21
		% de Paciente pre/post exposición	,0%	23,8%	76,2%	100,0%
		% de ¿Por qué no están prescritos antiagregantes/anticoagulantes orales?	,0%	55,6%	76,2%	67,7%
		% del total	,0%	16,1%	51,6%	67,7%
	Después de la intervención	Recuento	1	4	5	10
		% de Paciente pre/post exposición	10,0%	40,0%	50,0%	100,0%
		% de ¿Por qué no están prescritos antiagregantes/anticoagulantes orales?	100,0%	44,4%	23,8%	32,3%
		% del total	3,2%	12,9%	16,1%	32,3%
Total		Recuento	1	9	21	31
		% de Paciente pre/post exposición	3,2%	29,0%	67,7%	100,0%
		% de ¿Por qué no están prescritos antiagregantes/anticoagulantes orales?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	3,2%	29,0%	67,7%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,398(a)	2	,183
Razón de verosimilitudes	3,568	2	,168
Asociación lineal por lineal	2,926	1	,087
N de casos válidos	31		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,32.

## Indicación de nitritos orales o transdermicos

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se han prescrito nitritos orales o transdérmicos?	No	Recuento	261	193	454
		% de ¿Se han prescrito nitritos orales o transdérmicos?	57,5%	42,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	80,8%	81,4%	81,1%
		% del total	46,6%	34,5%	81,1%
	Sí	Recuento	62	44	106
		% de ¿Se han prescrito nitritos orales o transdérmicos?	58,5%	41,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	19,2%	18,6%	18,9%
		% del total	11,1%	7,9%	18,9%
Total	Recuento	323	237	560	
	% de ¿Se han prescrito nitritos orales o transdérmicos?	57,7%	42,3%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,7%	42,3%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,035(b)	1	,851		
Corrección por continuidad(a)	,006	1	,937		
Razón de verosimilitudes	,035	1	,851		
Estadístico exacto de Fisher				,913	,470
Asociación lineal por lineal	,035	1	,851		
N de casos válidos	560				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 44,86.

¿Ya tomaba nitritos orales o transdermicos o son de nueva prescripción?

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Ya tomaba nitritos?	Previo al ingreso	Recuento	33	32	65
		% de ¿Ya tomaba nitritos?	50,8%	49,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	53,2%	74,4%	61,9%
		% del total	31,4%	30,5%	61,9%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	16	10	26
		% de ¿Ya tomaba nitritos?	61,5%	38,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	25,8%	23,3%	24,8%
		% del total	15,2%	9,5%	24,8%
	No se sabe	Recuento	13	1	14
		% de ¿Ya tomaba nitritos?	92,9%	7,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	21,0%	2,3%	13,3%
		% del total	12,4%	1,0%	13,3%
Total		Recuento	62	43	105
		% de ¿Ya tomaba nitritos?	59,0%	41,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	59,0%	41,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,527(a)	2	,014
Razón de verosimilitudes	10,159	2	,006
Asociación lineal por lineal	7,727	1	,005
N de casos válidos	105		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,73.

## Indicación de amiodarona

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se ha prescrito amiodarona?	No	Recuento	302	222	524
		% de ¿Se ha prescrito amiodarona?	57,6%	42,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	93,5%	94,1%	93,7%
		% del total	54,0%	39,7%	93,7%
	Sí	Recuento	21	14	35
		% de ¿Se ha prescrito amiodarona?	60,0%	40,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	6,5%	5,9%	6,3%
		% del total	3,8%	2,5%	6,3%
Total		Recuento	323	236	559
		% de ¿Se ha prescrito amiodarona?	57,8%	42,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,8%	42,2%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,075(b)	1	,784		
Corrección por continuidad(a)	,010	1	,922		
Razón de verosimilitudes	,076	1	,783		
Estadístico exacto de Fisher				,861	,464
Asociación lineal por lineal	,075	1	,784		
N de casos válidos	559				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,78.

### ¿Ya tomaba amidarona?

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Ya tomaba amidarona?	Previo al ingreso	Recuento	10	5	15
		% de ¿Ya tomaba amidarona?	66,7%	33,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	47,6%	35,7%	42,9%
		% del total	28,6%	14,3%	42,9%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	8	9	17
		% de ¿Ya tomaba amidarona?	47,1%	52,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	38,1%	64,3%	48,6%
		% del total	22,9%	25,7%	48,6%
	No se sabe	Recuento	3	0	3
		% de ¿Ya tomaba amidarona?	100,0%	,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	14,3%	,0%	8,6%
		% del total	8,6%	,0%	8,6%
Total		Recuento	21	14	35
		% de ¿Ya tomaba amidarona?	60,0%	40,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	60,0%	40,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,464(a)	2	,177
Razón de verosimilitudes	4,507	2	,105
Asociación lineal por lineal	,012	1	,914
N de casos válidos	35		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,20.

## Indicación de antidiabéticos orales y/o insulina

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se han prescrito antidiabéticos orales?	No	Recuento	209	129	338
		% de ¿Se han prescrito antidiabéticos orales?	61,8%	38,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	64,7%	54,4%	60,4%
		% del total	37,3%	23,0%	60,4%
	Sí	Recuento	114	108	222
		% de ¿Se han prescrito antidiabéticos orales?	51,4%	48,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	35,3%	45,6%	39,6%
		% del total	20,4%	19,3%	39,6%
Total		Recuento	323	237	560
		% de ¿Se han prescrito antidiabéticos orales?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,7%	42,3%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,032(b)	1	,014		
Corrección por continuidad(a)	5,610	1	,018		
Razón de verosimilitudes	6,018	1	,014		
Estadístico exacto de Fisher				,015	,009
Asociación lineal por lineal	6,021	1	,014		
N de casos válidos	560				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 93,95.

### ¿Ya tomaba antidiabéticos orales y/o insulina?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Ya tomaba antidiabéticos orales?	Previo al ingreso	Recuento	78	93	171
		% de ¿Ya tomaba antidiabéticos orales?	45,6%	54,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	71,6%	86,9%	79,2%
		% del total	36,1%	43,1%	79,2%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	17	8	25
		% de ¿Ya tomaba antidiabéticos orales?	68,0%	32,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	15,6%	7,5%	11,6%
		% del total	7,9%	3,7%	11,6%
	No se sabe	Recuento	14	6	20
		% de ¿Ya tomaba antidiabéticos orales?	70,0%	30,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	12,8%	5,6%	9,3%
		% del total	6,5%	2,8%	9,3%
Total		Recuento	109	107	216
		% de ¿Ya tomaba antidiabéticos orales?	50,5%	49,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	50,5%	49,5%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,738(a)	2	,021
Razón de verosimilitudes	7,904	2	,019
Asociación lineal por lineal	6,935	1	,008
N de casos válidos	216		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,91.

## Indicación de inhaladores

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Se han prescrito inhaladores?	No	Recuento	222	162	384
		% de ¿Se han prescrito inhaladores?	57,8%	42,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	68,7%	68,4%	68,6%
		% del total	39,6%	28,9%	68,6%
	Sí	Recuento	101	75	176
		% de ¿Se han prescrito inhaladores?	57,4%	42,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	31,3%	31,6%	31,4%
		% del total	18,0%	13,4%	31,4%
Total		Recuento	323	237	560
		% de ¿Se han prescrito inhaladores?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,7%	42,3%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,009(b)	1	,925		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	,998		
Razón de verosimilitudes	,009	1	,925		
Estadístico exacto de Fisher				,927	,498
Asociación lineal por lineal	,009	1	,925		
N de casos válidos	560				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 74,49.

### ¿Ya tenía prescrito inhaladores?

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Ya tenía prescritos inhaladores?	Previo al ingreso	Recuento	58	51	109
		% de ¿Ya tenía prescritos inhaladores?	53,2%	46,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	57,4%	68,0%	61,9%
		% del total	33,0%	29,0%	61,9%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	31	21	52
		% de ¿Ya tenía prescritos inhaladores?	59,6%	40,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	30,7%	28,0%	29,5%
		% del total	17,6%	11,9%	29,5%
	No se sabe	Recuento	12	3	15
		% de ¿Ya tenía prescritos inhaladores?	80,0%	20,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	11,9%	4,0%	8,5%
		% del total	6,8%	1,7%	8,5%
Total		Recuento	101	75	176
		% de ¿Ya tenía prescritos inhaladores?	57,4%	42,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,4%	42,6%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,019(a)	2	,134
Razón de verosimilitudes	4,312	2	,116
Asociación lineal por lineal	3,476	1	,062
N de casos válidos	176		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,39.

## Indicación de anticolinérgicos

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se han prescrito anticolinérgicos?	No está prescrito	Recuento	252	176	428
		% de ¿Se han prescrito anticolinérgicos?	58,9%	41,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	78,0%	74,3%	76,4%
		% del total	45,0%	31,4%	76,4%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	25	25	50
		% de ¿Se han prescrito anticolinérgicos?	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	7,7%	10,5%	8,9%
		% del total	4,5%	4,5%	8,9%
	Prescrito previo al ingreso	Recuento	35	34	69
		% de ¿Se han prescrito anticolinérgicos?	50,7%	49,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	10,8%	14,3%	12,3%
		% del total	6,3%	6,1%	12,3%
	Prescrito sin saber cuándo	Recuento	11	2	13
		% de ¿Se han prescrito anticolinérgicos?	84,6%	15,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	3,4%	,8%	2,3%
		% del total	2,0%	,4%	2,3%
Total		Recuento	323	237	560
		% de ¿Se han prescrito anticolinérgicos?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,7%	42,3%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,691(a)	3	,082
Razón de verosimilitudes	7,182	3	,066
Asociación lineal por lineal	,100	1	,752
N de casos válidos	560		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,50.

## Indicación de beta2adrenérgicos de acción corta

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se han prescrito beta2adrenérgicos de acción corta?	No está prescrito	Recuento	275	222	497
		% de ¿Se han prescrito beta2adrenérgicos de acción corta?	55,3%	44,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	85,1%	94,5%	89,1%
		% del total	49,3%	39,8%	89,1%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	14	3	17
		% de ¿Se han prescrito beta2adrenérgicos de acción corta?	82,4%	17,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	4,3%	1,3%	3,0%
		% del total	2,5%	,5%	3,0%
	Prescrito previo al ingreso	Recuento	27	10	37
		% de ¿Se han prescrito beta2adrenérgicos de acción corta?	73,0%	27,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	8,4%	4,3%	6,6%
		% del total	4,8%	1,8%	6,6%
	Prescrito sin saber cuándo	Recuento	7	0	7
		% de ¿Se han prescrito beta2adrenérgicos de acción corta?	100,0%	,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	2,2%	,0%	1,3%
		% del total	1,3%	,0%	1,3%
Total		Recuento	323	235	558
		% de ¿Se han prescrito beta2adrenérgicos de acción corta?	57,9%	42,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,9%	42,1%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,052(a)	3	,003
Razón de verosimilitudes	17,265	3	,001
Asociación lineal por lineal	11,638	1	,001
N de casos válidos	558		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,95.

## Indicación de beta2adrenérgicos de acción larga

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se han prescrito beta2adrenérgicos de acción larga?	No está prescrito	Recuento	274	185	459
		% de ¿Se han prescrito beta2adrenérgicos de acción larga?	59,7%	40,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	84,8%	78,1%	82,0%
		% del total	48,9%	33,0%	82,0%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	13	15	28
		% de ¿Se han prescrito beta2adrenérgicos de acción larga?	46,4%	53,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	4,0%	6,3%	5,0%
		% del total	2,3%	2,7%	5,0%
	Prescrito previo al ingreso	Recuento	30	37	67
		% de ¿Se han prescrito beta2adrenérgicos de acción larga?	44,8%	55,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	9,3%	15,6%	12,0%
		% del total	5,4%	6,6%	12,0%
	Prescrito sin saber cuándo	Recuento	6	0	6
		% de ¿Se han prescrito beta2adrenérgicos de acción larga?	100,0%	,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	1,9%	,0%	1,1%
		% del total	1,1%	,0%	1,1%
Total		Recuento	323	237	560
		% de ¿Se han prescrito beta2adrenérgicos de acción larga?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,7%	42,3%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,188(a)	3	,011
Razón de verosimilitudes	13,301	3	,004
Asociación lineal por lineal	2,301	1	,129
N de casos válidos	560		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,54.

## Indicación de metilxantinas

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Se han prescrito metilxantinas?	No está prescrito	Recuento	313	232	545
		% de ¿Se han prescrito metilxantinas?	57,4%	42,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	96,9%	98,3%	97,5%
		% del total	56,0%	41,5%	97,5%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	4	4	8
		% de ¿Se han prescrito metilxantinas?	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	1,2%	1,7%	1,4%
		% del total	,7%	,7%	1,4%
	Prescrito previo al ingreso	Recuento	3	0	3
		% de ¿Se han prescrito metilxantinas?	100,0%	,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,9%	,0%	,5%
		% del total	,5%	,0%	,5%
	Prescrito sin saber cuándo	Recuento	3	0	3
		% de ¿Se han prescrito metilxantinas?	100,0%	,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,9%	,0%	,5%
		% del total	,5%	,0%	,5%
Total		Recuento	323	236	559
		% de ¿Se han prescrito metilxantinas?	57,8%	42,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,8%	42,2%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,610(a)	3	,203
Razón de verosimilitudes	6,806	3	,078
Asociación lineal por lineal	2,897	1	,089
N de casos válidos	559		

a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,27.

## Indicación de hierro oral

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se ha prescrito hierro oral?	No	Recuento	285	180	465
		% de ¿Se ha prescrito hierro oral?	61,3%	38,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	88,2%	76,3%	83,2%
		% del total	51,0%	32,2%	83,2%
	Sí	Recuento	38	56	94
		% de ¿Se ha prescrito hierro oral?	40,4%	59,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	11,8%	23,7%	16,8%
		% del total	6,8%	10,0%	16,8%
Total		Recuento	323	236	559
		% de ¿Se ha prescrito hierro oral?	57,8%	42,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,8%	42,2%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,954(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	13,112	1	,000		
Razón de verosimilitudes	13,788	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	13,929	1	,000		
N de casos válidos	559				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 39,69.

### ¿Ya tomaba hierro oral?

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Ya tomaba hierro?	Previo al ingreso	Recuento	17	28	45
		% de ¿Ya tomaba hierro?	37,8%	62,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	44,7%	50,9%	48,4%
		% del total	18,3%	30,1%	48,4%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	10	25	35
		% de ¿Ya tomaba hierro?	28,6%	71,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	26,3%	45,5%	37,6%
		% del total	10,8%	26,9%	37,6%
	No se sabe	Recuento	11	2	13
		% de ¿Ya tomaba hierro?	84,6%	15,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	28,9%	3,6%	14,0%
		% del total	11,8%	2,2%	14,0%
Total		Recuento	38	55	93
		% de ¿Ya tomaba hierro?	40,9%	59,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	40,9%	59,1%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,664(a)	2	,002
Razón de verosimilitudes	13,092	2	,001
Asociación lineal por lineal	4,361	1	,037
N de casos válidos	93		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,31.

## Indicación de alopurinol

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se ha prescrito alopurinol?	No	Recuento	272	200	472
		% de ¿Se ha prescrito alopurinol?	57,6%	42,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	84,2%	84,4%	84,3%
		% del total	48,6%	35,7%	84,3%
	Sí	Recuento	51	37	88
		% de ¿Se ha prescrito alopurinol?	58,0%	42,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	15,8%	15,6%	15,7%
		% del total	9,1%	6,6%	15,7%
Total		Recuento	323	237	560
		% de ¿Se ha prescrito alopurinol?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,7%	42,3%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,003(b)	1	,954		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,003	1	,954		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,526
Asociación lineal por lineal	,003	1	,955		
N de casos válidos	560				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 37,24.

### ¿Ya tomaba alopurinol?

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Ya tomaba alopurinol?	Previo al ingreso	Recuento	29	27	56
		% de ¿Ya tomaba alopurinol?	51,8%	48,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	56,9%	73,0%	63,6%
		% del total	33,0%	30,7%	63,6%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	15	7	22
		% de ¿Ya tomaba alopurinol?	68,2%	31,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	29,4%	18,9%	25,0%
		% del total	17,0%	8,0%	25,0%
	No se sabe	Recuento	7	3	10
		% de ¿Ya tomaba alopurinol?	70,0%	30,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	13,7%	8,1%	11,4%
		% del total	8,0%	3,4%	11,4%
Total		Recuento	51	37	88
		% de ¿Ya tomaba alopurinol?	58,0%	42,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	58,0%	42,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,414(a)	2	,299
Razón de verosimilitudes	2,457	2	,293
Asociación lineal por lineal	2,099	1	,147
N de casos válidos	88		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,20.

## Indicación de estatinas

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se han prescrito estatinas?	No	Recuento	258	158	416
		% de ¿Se han prescrito estatinas?	62,0%	38,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	79,9%	66,7%	74,3%
		% del total	46,1%	28,2%	74,3%
	Sí	Recuento	65	79	144
		% de ¿Se han prescrito estatinas?	45,1%	54,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	20,1%	33,3%	25,7%
		% del total	11,6%	14,1%	25,7%
Total		Recuento	323	237	560
		% de ¿Se han prescrito estatinas?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,7%	42,3%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,487(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	11,805	1	,001		
Razón de verosimilitudes	12,379	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,001	,000
Asociación lineal por lineal	12,465	1	,000		
N de casos válidos	560				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 60,94.

## ¿Ya tomaba estatinas?

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Ya tomaba estatinas?	Previo al ingreso	Recuento	47	73	120
		% de ¿Ya tomaba estatinas?	39,2%	60,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	72,3%	92,4%	83,3%
		% del total	32,6%	50,7%	83,3%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	8	3	11
		% de ¿Ya tomaba estatinas?	72,7%	27,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	12,3%	3,8%	7,6%
		% del total	5,6%	2,1%	7,6%
	No se sabe	Recuento	10	3	13
		% de ¿Ya tomaba estatinas?	76,9%	23,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	15,4%	3,8%	9,0%
		% del total	6,9%	2,1%	9,0%
Total		Recuento	65	79	144
		% de ¿Ya tomaba estatinas?	45,1%	54,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	45,1%	54,9%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,413(a)	2	,005
Razón de verosimilitudes	10,650	2	,005
Asociación lineal por lineal	9,570	1	,002
N de casos válidos	144		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,97.

## Indicación de oxigenoterapia domiciliaria

			Paciente pre/post exposición		
			Antes de la intervención	Después de la intervención	Total
¿Se ha prescrito oxígeno domiciliario?	No	Recuento	275	192	467
		% de ¿Se ha prescrito oxígeno domiciliario?	58,9%	41,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	85,1%	81,0%	83,4%
		% del total	49,1%	34,3%	83,4%
	Sí	Recuento	48	45	93
		% de ¿Se ha prescrito oxígeno domiciliario?	51,6%	48,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	14,9%	19,0%	16,6%
		% del total	8,6%	8,0%	16,6%
Total		Recuento	323	237	560
		% de ¿Se ha prescrito oxígeno domiciliario?	57,7%	42,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,7%	42,3%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,681(b)	1	,195		
Corrección por continuidad(a)	1,396	1	,237		
Razón de verosimilitudes	1,668	1	,197		
Estadístico exacto de Fisher				,207	,119
Asociación lineal por lineal	1,678	1	,195		
N de casos válidos	560				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 39,36.

### ¿Ya tenía prescrita oxigenoterapia domiciliaria?

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Ya tenía oxígeno domiciliario'	Previo al ingreso	Recuento	26	23	49
		% de ¿Ya tenía oxígeno domiciliario'	53,1%	46,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	54,2%	51,1%	52,7%
		% del total	28,0%	24,7%	52,7%
	Prescrito en el ingreso	Recuento	19	21	40
		% de ¿Ya tenía oxígeno domiciliario'	47,5%	52,5%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	39,6%	46,7%	43,0%
		% del total	20,4%	22,6%	43,0%
	No se sabe	Recuento	3	1	4
		% de ¿Ya tenía oxígeno domiciliario'	75,0%	25,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	6,3%	2,2%	4,3%
		% del total	3,2%	1,1%	4,3%
Total		Recuento	48	45	93
		% de ¿Ya tenía oxígeno domiciliario'	51,6%	48,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	51,6%	48,4%	100,0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,188(a)	2	,552
Razón de verosimilitudes	1,234	2	,540
Asociación lineal por lineal	,006	1	,936
N de casos válidos	93		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,94.

## Seguimiento

### Médico responsable del seguimiento

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
Especialista responsable del seguimiento	Cardiólogo	Recuento	56	23	79
		% de Especialista responsable del seguimiento	70,9%	29,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	15,1%	8,2%	12,1%
		% del total	8,6%	3,5%	12,1%
	Internista	Recuento	65	67	132
		% de Especialista responsable del seguimiento	49,2%	50,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	17,5%	23,9%	20,3%
		% del total	10,0%	10,3%	20,3%
	MAP	Recuento	178	140	318
		% de Especialista responsable del seguimiento	56,0%	44,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	48,0%	50,0%	48,8%
		% del total	27,3%	21,5%	48,8%
	Otros	Recuento	23	9	32
		% de Especialista responsable del seguimiento	71,9%	28,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	6,2%	3,2%	4,9%
		% del total	3,5%	1,4%	4,9%
	Exitus	Recuento	46	39	85
		% de Especialista responsable del seguimiento	54,1%	45,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	12,4%	13,9%	13,1%
		% del total	7,1%	6,0%	13,1%
No especificado	Recuento	3	2	5	
	% de Especialista responsable del seguimiento	60,0%	40,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	,8%	,7%	,8%	
	% del total	,5%	,3%	,8%	
Total	Recuento	371	280	651	
	% de Especialista responsable del seguimiento	57,0%	43,0%	100,0%	
	% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,0%	43,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,787(a)	5	,025
Razón de verosimilitudes	13,152	5	,022
Asociación lineal por lineal	,618	1	,432
N de casos válidos	651		

a 2 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,15.

Periodicidad de la evaluación medica

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Está indicado el tiempo para la revisión?	Sí	Recuento	85	73	158
		% de ¿Está indicado el tiempo para la revisión?	53,8%	46,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	26,4%	30,5%	28,2%
		% del total	15,2%	13,0%	28,2%
	No	Recuento	237	166	403
		% de ¿Está indicado el tiempo para la revisión?	58,8%	41,2%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	73,6%	69,5%	71,8%
		% del total	42,2%	29,6%	71,8%
Total		Recuento	322	239	561
		% de ¿Está indicado el tiempo para la revisión?	57,4%	42,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,4%	42,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,166(b)	1	,280		
Corrección por continuidad(a)	,970	1	,325		
Razón de verosimilitudes	1,161	1	,281		
Estadístico exacto de Fisher				,297	,162
Asociación lineal por lineal	1,164	1	,281		
N de casos válidos	561				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 67,31.

### Pruebas complementarias solicitadas para la revisión: análisis sanguíneo

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se solicita analítica para la revisión?	No	Recuento	285	181	466
		% de ¿Se solicita analítica para la revisión?	61,2%	38,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	88,5%	75,7%	83,1%
		% del total	50,8%	32,3%	83,1%
	Sí	Recuento	37	58	95
		% de ¿Se solicita analítica para la revisión?	38,9%	61,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	11,5%	24,3%	16,9%
		% del total	6,6%	10,3%	16,9%
Total		Recuento	322	239	561
		% de ¿Se solicita analítica para la revisión?	57,4%	42,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,4%	42,6%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,921(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	15,026	1	,000		
Razón de verosimilitudes	15,763	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	15,893	1	,000		
N de casos válidos	561				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 40,47.

### Pruebas complementarias solicitadas para la revisión: RX tórax

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se solicita radiografía para la revisión?	No	Recuento	310	231	541
		% de ¿Se solicita radiografía para la revisión?	57,3%	42,7%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	96,3%	96,7%	96,4%
		% del total	55,3%	41,2%	96,4%
	Sí	Recuento	12	8	20
		% de ¿Se solicita radiografía para la revisión?	60,0%	40,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	3,7%	3,3%	3,6%
		% del total	2,1%	1,4%	3,6%
Total		Recuento	322	239	561
		% de ¿Se solicita radiografía para la revisión?	57,4%	42,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,4%	42,6%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,057(b)	1	,811		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	,992		
Razón de verosimilitudes	,058	1	,810		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,501
Asociación lineal por lineal	,057	1	,811		
N de casos válidos	561				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,52.

### Pruebas complementarias solicitadas para la revisión: ecocardiograma

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se solicita ecocardiograma para la revisión?	No	Recuento	309	225	534
		% de ¿Se solicita ecocardiograma para la revisión?	57,9%	42,1%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	96,0%	94,1%	95,2%
		% del total	55,1%	40,1%	95,2%
	Sí	Recuento	13	14	27
		% de ¿Se solicita ecocardiograma para la revisión?	48,1%	51,9%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	4,0%	5,9%	4,8%
		% del total	2,3%	2,5%	4,8%
Total		Recuento	322	239	561
		% de ¿Se solicita ecocardiograma para la revisión?	57,4%	42,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,4%	42,6%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,992(b)	1	,319		
Corrección por continuidad(a)	,635	1	,426		
Razón de verosimilitudes	,981	1	,322		
Estadístico exacto de Fisher				,327	,212
Asociación lineal por lineal	,991	1	,320		
N de casos válidos	561				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,50.

### Pruebas complementarias solicitadas para la revisión: estudio de la función renal

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se solicita estudio de función renal para la revisión?	No	Recuento	320	239	559
		% de ¿Se solicita estudio de función renal para la revisión?	57,2%	42,8%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	99,4%	100,0%	99,6%
		% del total	57,0%	42,6%	99,6%
	Sí	Recuento	2	0	2
		% de ¿Se solicita estudio de función renal para la revisión?	100,0%	,0%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	,6%	,0%	,4%
		% del total	,4%	,0%	,4%
Total		Recuento	322	239	561
		% de ¿Se solicita estudio de función renal para la revisión?	57,4%	42,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,4%	42,6%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,490(b)	1	,222		
Corrección por continuidad(a)	,254	1	,614		
Razón de verosimilitudes	2,226	1	,136		
Estadístico exacto de Fisher				,510	,329
Asociación lineal por lineal	1,487	1	,223		
N de casos válidos	561				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,85.

### Pruebas complementarias solicitadas para la revisión: otras exploraciones

			Paciente pre/post exposición		Total
			Antes de la intervención	Después de la intervención	
¿Se solicitan otras exploraciones para la revisión?	No	Recuento	297	227	524
		% de ¿Se solicitan otras exploraciones para la revisión?	56,7%	43,3%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	92,2%	95,0%	93,4%
		% del total	52,9%	40,5%	93,4%
	Sí	Recuento	25	12	37
		% de ¿Se solicitan otras exploraciones para la revisión?	67,6%	32,4%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	7,8%	5,0%	6,6%
		% del total	4,5%	2,1%	6,6%
Total		Recuento	322	239	561
		% de ¿Se solicitan otras exploraciones para la revisión?	57,4%	42,6%	100,0%
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,4%	42,6%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,676(b)	1	,196		
Corrección por continuidad(a)	1,260	1	,262		
Razón de verosimilitudes	1,721	1	,190		
Estadístico exacto de Fisher				,230	,130
Asociación lineal por lineal	1,673	1	,196		
N de casos válidos	561				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,76.

## Valoración del contenido de los informes de alta antes y después de la intervención: conjunto mínimo de datos

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Paciente pre/post exposición * Calidad del informe de alta	566	100,0%	0	,0%	566	100,0%

### Calidad del informe de alta (baja, media-baja, media-alta, alta)

			Calidad del informe de alta				Total
			Informe con baja calidad	Informe con calidad media-baja	Informe con calidad media-alta	Informe con buena calidad	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	1	129	190	5	325
		% de Paciente pre/post exposición	,3%	39,7%	58,5%	1,5%	100,0%
		% de Calidad del informe de alta	33,3%	66,2%	54,8%	23,8%	57,4%
		% del total	,2%	22,8%	33,6%	,9%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	2	66	157	16	241
		% de Paciente pre/post exposición	,8%	27,4%	65,1%	6,6%	100,0%
		% de Calidad del informe de alta	66,7%	33,8%	45,2%	76,2%	42,6%
		% del total	,4%	11,7%	27,7%	2,8%	42,6%
Total		Recuento	3	195	347	21	566
		% de Paciente pre/post exposición	,5%	34,5%	61,3%	3,7%	100,0%
		% de Calidad del informe de alta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	,5%	34,5%	61,3%	3,7%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,507(a)	3	,001
Razón de verosimilitudes	17,753	3	,000
Asociación lineal por lineal	12,259	1	,000
N de casos válidos	566		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,28.

### Calidad del informe de alta (baja, alta)

			Calidad del informe de alta		Total
			Informe con baja calidad	Informe con alta calidad	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	130	195	325
		% de Paciente pre/post exposición	40,0%	60,0%	100,0%
		% de Calidad del informe de alta	65,7%	53,0%	57,4%
		% del total	23,0%	34,5%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	68	173	241
		% de Paciente pre/post exposición	28,2%	71,8%	100,0%
		% de Calidad del informe de alta	34,3%	47,0%	42,6%
		% del total	12,0%	30,6%	42,6%
Total		Recuento	198	368	566
		% de Paciente pre/post exposición	35,0%	65,0%	100,0%
		% de Calidad del informe de alta	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	35,0%	65,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,449(b)	1	,004		
Corrección por continuidad(a)	7,939	1	,005		
Razón de verosimilitudes	8,548	1	,003		
Estadístico exacto de Fisher				,004	,002
Asociación lineal por lineal	8,434	1	,004		
N de casos válidos	566				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 84,31.

### Cálculo de la media de las dos muestras del CMD

Paciente pre/post exposición	Media	N	Desv. típ.	Mediana
Antes de la intervención	8,89	325	1,754	9,00
Después de la intervención	9,55	241	1,843	9,00
Total	9,17	566	1,821	9,00

### Comparación de las medias de las dos muestras del CMD

#### Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1 Paciente pre/post exposición	,43	566	,495	,021
CMD	9,17	566	1,821	,077

#### Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Paciente pre/post exposición y CMD	566	,179	,000

#### Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Superior	Inferior			
Par 1	Paciente pre/post exposición - CMD	-8,747	1,799	,076	-8,896	-8,599	-115,669	565	,000

#### Estadísticos de grupo

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Paciente pre/post exposición				
CMD Después de la intervención	241	9,55	1,843	,119
Antes de la intervención	325	8,89	1,754	,097

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
CMD	Se han asumido varianzas iguales	,448	,504	4,328	564	,000	,660	,152	,360	,959
	No se han asumido varianzas iguales			4,296	502,674	,000	,660	,154	,358	,961

## Contenido del CMD: descripción de los factores de riesgo cardiovascular

Descripción de los factores de riesgo cardiovascular		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No descritos	66	11,7	11,7	11,7
	Descritos	500	88,3	88,3	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			Descripción de los factores de riesgo cardiovasculares		Total
			No descritos	Descritos	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	45	280	325
		% de Paciente pre/post exposición	13,8%	86,2%	100,0%
		% de Descripción de los factores de riesgo cardiovasculares	68,2%	56,0%	57,4%
		% del total	8,0%	49,5%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	21	220	241
		% de Paciente pre/post exposición	8,7%	91,3%	100,0%
		% de Descripción de los factores de riesgo cardiovasculares	31,8%	44,0%	42,6%
		% del total	3,7%	38,9%	42,6%
Total	Recuento	66	500	566	
	% de Paciente pre/post exposición	11,7%	88,3%	100,0%	
	% de Descripción de los factores de riesgo cardiovasculares	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	11,7%	88,3%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,539(b)	1	,060		
Corrección por continuidad(a)	3,058	1	,080		
Razón de verosimilitudes	3,635	1	,057		
Estadístico exacto de Fisher				,064	,039
Asociación lineal por lineal	3,533	1	,060		
N de casos válidos	566				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 28,10.

## Contenido del CMD: descripción de la comorbilidad cardiorrespiratoria

Descripción de la comorbilidad cardiorrespiratoria		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No descrita	95	16,8	16,8	16,8
	Descrita	471	83,2	83,2	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			Descripción de la comorbilidad cardiorrespiratoria		Total
			No descrita	Descrita	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	68	257	325
		% de Paciente pre/post exposición	20,9%	79,1%	100,0%
		% de Descripción de la comorbilidad cardiorrespiratoria	71,6%	54,6%	57,4%
		% del total	12,0%	45,4%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	27	214	241
		% de Paciente pre/post exposición	11,2%	88,8%	100,0%
		% de Descripción de la comorbilidad cardiorrespiratoria	28,4%	45,4%	42,6%
		% del total	4,8%	37,8%	42,6%
Total	Recuento	95	471	566	
	% de Paciente pre/post exposición	16,8%	83,2%	100,0%	
	% de Descripción de la comorbilidad cardiorrespiratoria	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	16,8%	83,2%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,360(b)	1	,002		
Corrección por continuidad(a)	8,677	1	,003		
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	9,708	1	,002	,002	,001
Asociación lineal por lineal	9,344	1	,002		
N de casos válidos	566				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 40,45.

## Contenido del CMD: descripción de la autonomía del paciente

Descripción de la autonomía del paciente		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No descrito	380	67,1	67,1	67,1
	Descrito	186	32,9	32,9	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			Descripción de la autonomía del paciente		Total
			No descrito	Descrito	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	256	69	325
		% de Paciente pre/post exposición	78,8%	21,2%	100,0%
		% de Descripción de la autonomía del paciente	67,4%	37,1%	57,4%
		% del total	45,2%	12,2%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	124	117	241
		% de Paciente pre/post exposición	51,5%	48,5%	100,0%
		% de Descripción de la autonomía del paciente	32,6%	62,9%	42,6%
		% del total	21,9%	20,7%	42,6%
Total		Recuento	380	186	566
		% de Paciente pre/post exposición	67,1%	32,9%	100,0%
		% de Descripción de la autonomía del paciente	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	67,1%	32,9%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,804(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	45,574	1	,000		
Razón de verosimilitudes	46,838	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	46,721	1	,000		
N de casos válidos	566				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 79,20.

### Contenido del CMD: indicación de la clase funcional al ingreso

Indicación de la clase funcional al ingreso		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No descrito	401	70,8	70,8	70,8
	Descrito	165	29,2	29,2	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			Indicación de la clase funcional al ingreso		Total
			No descrito	Descrito	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	233	92	325
		% de Paciente pre/post exposición	71,7%	28,3%	100,0%
		% de Indicación de la clase funcional al ingreso	58,1%	55,8%	57,4%
		% del total	41,2%	16,3%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	168	73	241
		% de Paciente pre/post exposición	69,7%	30,3%	100,0%
		% de Indicación de la clase funcional al ingreso	41,9%	44,2%	42,6%
		% del total	29,7%	12,9%	42,6%
Total	Recuento	401	165	566	
	% de Paciente pre/post exposición	70,8%	29,2%	100,0%	
	% de Indicación de la clase funcional al ingreso	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	70,8%	29,2%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,263(b)	1	,608		
Corrección por continuidad(a)	,176	1	,675		
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	,263	1	,608	,640	,337
Asociación lineal por lineal	,263	1	,608		
N de casos válidos	566				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 70,26.

## Contenido del CMD: descripción del número de episodio

Descripción del número de episodio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No descrito	130	23,0	23,0	23,0
	Descrito	436	77,0	77,0	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			Descripción del número de episodio		Total
			No descrito	Descrito	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	97	228	325
		% de Paciente pre/post exposición	29,8%	70,2%	100,0%
		% de Numepis_descr	74,6%	52,3%	57,4%
		% del total	17,1%	40,3%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	33	208	241
		% de Paciente pre/post exposición	13,7%	86,3%	100,0%
		% de Numepis_descr	25,4%	47,7%	42,6%
		% del total	5,8%	36,7%	42,6%
Total	Recuento	130	436	566	
	% de Paciente pre/post exposición	23,0%	77,0%	100,0%	
	% de Numepis_descr	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	23,0%	77,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,408(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	19,505	1	,000		
Razón de verosimilitudes	21,328	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	20,372	1	,000		
N de casos válidos	566				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 55,35.

### Contenido del CMD: ¿se detalla el factor desencadenante?

¿Se detalla el factor desencadenante?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	120	21,2	21,2	21,2
	Sí	446	78,8	78,8	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			¿Se detalla el factor desencadenante?		Total
			No	Sí	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	66	259	325
		% de Paciente pre/post exposición	20,3%	79,7%	100,0%
		% de ¿Se detalla el factor desencadenante?	55,0%	58,1%	57,4%
		% del total	11,7%	45,8%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	54	187	241
		% de Paciente pre/post exposición	22,4%	77,6%	100,0%
		% de ¿Se detalla el factor desencadenante?	45,0%	41,9%	42,6%
		% del total	9,5%	33,0%	42,6%
Total	Recuento	120	446	566	
	% de Paciente pre/post exposición	21,2%	78,8%	100,0%	
	% de ¿Se detalla el factor desencadenante?	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	21,2%	78,8%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,365(b)	1	,546		
Corrección por continuidad(a)	,250	1	,617		
Razón de verosimilitudes	,364	1	,546		
Estadístico exacto de Fisher				,603	,308
Asociación lineal por lineal	,364	1	,546		
N de casos válidos	566				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 51,10.

## Contenido del CMD: descripción de la exploración física

Descripción de la exploración física		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No descrita	561	99,1	99,1	99,1
	Descrita	5	,9	,9	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			Descripción de la exploración física		Total
			No descrita	Descrita	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	322	3	325
		% de Paciente pre/post exposición	99,1%	,9%	100,0%
		% de Descripción de la exploración física	57,4%	60,0%	57,4%
		% del total	56,9%	,5%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	239	2	241
		% de Paciente pre/post exposición	99,2%	,8%	100,0%
		% de Descripción de la exploración física	42,6%	40,0%	42,6%
		% del total	42,2%	,4%	42,6%
Total	Recuento	561	5	566	
	% de Paciente pre/post exposición	99,1%	,9%	100,0%	
	% de Descripción de la exploración física	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	99,1%	,9%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,014(b)	1	,907		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	,014	1	,906	1,000	,638
Asociación lineal por lineal	,014	1	,907		
N de casos válidos	566				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,13.

## Contenido del CMD: descripción de datos analíticos

Descripción de datos analíticos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No descritos	250	44,2	44,2	44,2
	Descritos	316	55,8	55,8	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			Descripción de datos analíticos		Total
			No descritos	Descritos	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	139	186	325
		% de Paciente pre/post exposición	42,8%	57,2%	100,0%
		% de Descripción de datos analíticos	55,6%	58,9%	57,4%
		% del total	24,6%	32,9%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	111	130	241
		% de Paciente pre/post exposición	46,1%	53,9%	100,0%
		% de Descripción de datos analíticos	44,4%	41,1%	42,6%
		% del total	19,6%	23,0%	42,6%
Total	Recuento	250	316	566	
	% de Paciente pre/post exposición	44,2%	55,8%	100,0%	
	% de Descripción de datos analíticos	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	44,2%	55,8%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,607(b)	1	,436		
Corrección por continuidad(a)	,481	1	,488		
Razón de verosimilitudes	,607	1	,436		
Estadístico exacto de Fisher				,442	,244
Asociación lineal por lineal	,606	1	,436		
N de casos válidos	566				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 106,45.

## Contenido del CMD: descripción de la RX tórax

Descripción de la RX tórax		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No descrita	86	15,2	15,2	15,2
	Descrita	480	84,8	84,8	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			Descripción de la Rx torax		Total
			No descrita	Descrita	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	39	286	325
		% de Paciente pre/post exposición	12,0%	88,0%	100,0%
		% de Descripción de la Rx torax	45,3%	59,6%	57,4%
		% del total	6,9%	50,5%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	47	194	241
		% de Paciente pre/post exposición	19,5%	80,5%	100,0%
		% de Descripción de la Rx torax	54,7%	40,4%	42,6%
		% del total	8,3%	34,3%	42,6%
Total	Recuento	86	480	566	
	% de Paciente pre/post exposición	15,2%	84,8%	100,0%	
	% de Descripción de la Rx torax	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	15,2%	84,8%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,044(b)	1	,014		
Corrección por continuidad(a)	5,476	1	,019		
Razón de verosimilitudes	5,976	1	,015		
Estadístico exacto de Fisher				,018	,010
Asociación lineal por lineal	6,034	1	,014		
N de casos válidos	566				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 36,62.

### Contenido del CMD: ¿está descrito el ECG?

¿Está descrito el ECG?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	44	7,8	7,8	7,8
	Sí	522	92,2	92,2	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			¿Está descrito el ECG?		Total
			No	Sí	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	24	301	325
		% de Paciente pre/post exposición	7,4%	92,6%	100,0%
		% de ¿Está descrito el ECG?	54,5%	57,7%	57,4%
		% del total	4,2%	53,2%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	20	221	241
		% de Paciente pre/post exposición	8,3%	91,7%	100,0%
		% de ¿Está descrito el ECG?	45,5%	42,3%	42,6%
		% del total	3,5%	39,0%	42,6%
Total	Recuento	44	522	566	
	% de Paciente pre/post exposición	7,8%	92,2%	100,0%	
	% de ¿Está descrito el ECG?	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	7,8%	92,2%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,161(b)	1	,688		
Corrección por continuidad(a)	,059	1	,808		
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	,161	1	,689	,752	,402
Asociación lineal por lineal	,161	1	,688		
N de casos válidos	566				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,73.

Contenido del CMD: realización de ecocardiograma antes, durante o programado para después del ingreso

Realización de ecocardiograma antes, durante o programado para después del ingreso		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No realizado	310	54,8	54,8	54,8
	Realizado	256	45,2	45,2	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			Realización de ecocardiograma antes, durante o programado para después del ingreso		Total
			No realizado	Realizado	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	179	146	325
		% de Paciente pre/post exposición	55,1%	44,9%	100,0%
		% de Realización de ecocardiograma antes, durante o programado para después del ingreso	57,7%	57,0%	57,4%
		% del total	31,6%	25,8%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	131	110	241
		% de Paciente pre/post exposición	54,4%	45,6%	100,0%
		% de Realización de ecocardiograma antes, durante o programado para después del ingreso	42,3%	43,0%	42,6%
		% del total	23,1%	19,4%	42,6%
Total	Recuento	310	256	566	
	% de Paciente pre/post exposición	54,8%	45,2%	100,0%	
	% de Realización de ecocardiograma antes, durante o programado para después del ingreso	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	54,8%	45,2%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,029(b)	1	,865		
Corrección por continuidad(a)	,007	1	,932		
Razón de verosimilitudes	,029	1	,865		
Estadístico exacto de Fisher				,865	,466
Asociación lineal por lineal	,029	1	,865		
N de casos válidos	566				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 109,00.

## Contenido del CMD: descripción de la etiología

Descripción de la etiología		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No descrita	49	8,7	8,7	8,7
	Descrita	517	91,3	91,3	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			Descripción de la etiología		Total
			No descrita	Descrita	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	35	290	325
		% de Paciente pre/post exposición	10,8%	89,2%	100,0%
		% de Descripción de la etiología	71,4%	56,1%	57,4%
		% del total	6,2%	51,2%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	14	227	241
		% de Paciente pre/post exposición	5,8%	94,2%	100,0%
		% de Descripción de la etiología	28,6%	43,9%	42,6%
		% del total	2,5%	40,1%	42,6%
Total	Recuento	49	517	566	
	% de Paciente pre/post exposición	8,7%	91,3%	100,0%	
	% de Descripción de la etiología	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	8,7%	91,3%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,305(b)	1	,038		
Corrección por continuidad(a)	3,701	1	,054		
Razón de verosimilitudes	4,481	1	,034		
Estadístico exacto de Fisher				,049	,026
Asociación lineal por lineal	4,298	1	,038		
N de casos válidos	566				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 20,86.

## Contenido del CMD: descripción de la clasificación según FEVI

Descripción de la clasificación según FEVI		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	FEVI no descrita	352	62,2	62,2	62,2
	FEVI descrita	214	37,8	37,8	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			Descripción de la clasificación según FEVI		Total
			FEVI no descrita	FEVI descrita	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	206	119	325
		% de Paciente pre/post exposición	63,4%	36,6%	100,0%
		% de Descripción de la clasificación según FEVI	58,5%	55,6%	57,4%
		% del total	36,4%	21,0%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	146	95	241
		% de Paciente pre/post exposición	60,6%	39,4%	100,0%
		% de Descripción de la clasificación según FEVI	41,5%	44,4%	42,6%
		% del total	25,8%	16,8%	42,6%
Total	Recuento	352	214	566	
	% de Paciente pre/post exposición	62,2%	37,8%	100,0%	
	% de Descripción de la clasificación según FEVI	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	62,2%	37,8%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,463(b)	1	,496		
Corrección por continuidad(a)	,351	1	,554		
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	,462	1	,497	,540	,277
Asociación lineal por lineal	,462	1	,497		
N de casos válidos	566				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 91,12.

## Contenido del CMD: indicación de la monitorización del peso

Indicación de la monitorización del peso		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No descrito	552	97,5	97,5	97,5
	Descrito	14	2,5	2,5	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			Indicación de la monitorización del peso		Total
			No descrito	Descrito	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	320	5	325
		% de Paciente pre/post exposición	98,5%	1,5%	100,0%
		% de Indicación de la monitorización del peso	58,0%	35,7%	57,4%
		% del total	56,5%	,9%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	232	9	241
		% de Paciente pre/post exposición	96,3%	3,7%	100,0%
		% de Indicación de la monitorización del peso	42,0%	64,3%	42,6%
		% del total	41,0%	1,6%	42,6%
Total	Recuento	552	14	566	
	% de Paciente pre/post exposición	97,5%	2,5%	100,0%	
	% de Indicación de la monitorización del peso	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	97,5%	2,5%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,766(b)	1	,096		
Corrección por continuidad(a)	1,931	1	,165		
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	2,735	1	,098	,108	,083
Asociación lineal por lineal	2,761	1	,097		
N de casos válidos	566				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,96.

## Contenido del CMD: justificación de la no prescripción de IECA y BB

Justificación de la no prescripción de IECA y BB		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No justificado	473	83,6	83,6	83,6
	Justificado	93	16,4	16,4	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			Justificación de la no prescripción de IECA y BB		Total
			No justificado	Justificado	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	283	42	325
		% de Paciente pre/post exposición	87,1%	12,9%	100,0%
		% de Justificación de la no prescripción de IECA y BB	59,8%	45,2%	57,4%
		% del total	50,0%	7,4%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	190	51	241
		% de Paciente pre/post exposición	78,8%	21,2%	100,0%
		% de Justificación de la no prescripción de IECA y BB	40,2%	54,8%	42,6%
		% del total	33,6%	9,0%	42,6%
Total	Recuento	473	93	566	
	% de Paciente pre/post exposición	83,6%	16,4%	100,0%	
	% de Justificación de la no prescripción de IECA y BB	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	83,6%	16,4%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,841(b)	1	,009		
Corrección por continuidad(a)	6,254	1	,012		
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	6,765	1	,009	,011	,006
Asociación lineal por lineal	6,829	1	,009		
N de casos válidos	566				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 39,60.

Contenido del CMD: justificación de no prescripción de antiocoagulantes y/o antiagregantes orales (en los casos de FA)

Justificación de no ACO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No justificado	256	45,2	96,2	96,2
	Justificado	10	1,8	3,8	100,0
	Total	266	47,0	100,0	
Perdidos	Sistema	300	53,0		
Total		566	100,0		

			Justificación de no ACO		Total
			No justificado	Justificado	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	140	5	145
		% de Paciente pre/post exposición	96,6%	3,4%	100,0%
		% de Justificación de no ACO	54,7%	50,0%	54,5%
		% del total	52,6%	1,9%	54,5%
	Después de la intervención	Recuento	116	5	121
		% de Paciente pre/post exposición	95,9%	4,1%	100,0%
		% de Justificación de no ACO	45,3%	50,0%	45,5%
		% del total	43,6%	1,9%	45,5%
Total	Recuento	256	10	266	
	% de Paciente pre/post exposición	96,2%	3,8%	100,0%	
	% de Justificación de no ACO	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	96,2%	3,8%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,085(b)	1	,770		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,085	1	,771		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,509
Asociación lineal por lineal	,085	1	,771		
N de casos válidos	266				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2

b 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,55.

## Contenido del CMD: descripción del responsable del seguimiento

Descripción del responsable del seguimiento		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No descrito	5	,9	,9	,9
	Descrito	561	99,1	99,1	100,0
	Total	566	100,0	100,0	

			Descripción del responsable del seguimiento		Total
			No descrito	Descrito	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	3	322	325
		% de Paciente pre/post exposición	,9%	99,1%	100,0%
		% de Descripción del responsable del seguimiento	60,0%	57,4%	57,4%
		% del total	,5%	56,9%	57,4%
	Después de la intervención	Recuento	2	239	241
		% de Paciente pre/post exposición	,8%	99,2%	100,0%
		% de Descripción del responsable del seguimiento	40,0%	42,6%	42,6%
		% del total	,4%	42,2%	42,6%
Total	Recuento	5	561	566	
	% de Paciente pre/post exposición	,9%	99,1%	100,0%	
	% de Descripción del responsable del seguimiento	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	,9%	99,1%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,014(b)	1	,907		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,014	1	,906		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,638
Asociación lineal por lineal	,014	1	,907		
N de casos válidos	566				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,13.

## Adecuación del tratamiento a las guías según la clase funcional

Número de fármacos prescritos según la clase funcional

			Número de fcos indicados en ICC que recibe						Total
			Recibe 0 fcos indicados en ICC	Recibe 1 fco indicado en ICC	Recibe 2 fcos indicados en ICC	Recibe 3 fcos indicados en ICC	Recibe 4 fcos indicados en ICC	Recibe 5 fcos indicados en ICC	
Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	I	Recuento	0	1	7	8	0	0	16
		% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	,0%	6,3%	43,8%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
		% de Número de fcos indicados en ICC que recibe	,0%	1,4%	3,6%	4,1%	,0%	,0%	2,9%
		% del total	,0%	,2%	1,3%	1,4%	,0%	,0%	2,9%
	II	Recuento	1	8	13	30	12	2	66
		% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	1,5%	12,1%	19,7%	45,5%	18,2%	3,0%	100,0%
		% de Número de fcos indicados en ICC que recibe	10,0%	11,1%	6,8%	15,5%	15,0%	15,4%	11,8%
		% del total	,2%	1,4%	2,3%	5,4%	2,1%	,4%	11,8%
	III	Recuento	0	4	15	31	18	2	70
		% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	,0%	5,7%	21,4%	44,3%	25,7%	2,9%	100,0%
		% de Número de fcos indicados en ICC que recibe	,0%	5,6%	7,8%	16,1%	22,5%	15,4%	12,5%
		% del total	,0%	,7%	2,7%	5,5%	3,2%	,4%	12,5%
	IV	Recuento	0	0	4	5	2	0	11
		% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	,0%	,0%	36,4%	45,5%	18,2%	,0%	100,0%
		% de Número de fcos indicados en ICC que recibe	,0%	,0%	2,1%	2,6%	2,5%	,0%	2,0%
		% del total	,0%	,0%	,7%	,9%	,4%	,0%	2,0%
	No recogida	Recuento	9	59	153	119	48	9	397
		% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	2,3%	14,9%	38,5%	30,0%	12,1%	2,3%	100,0%
		% de Número de fcos indicados en ICC que recibe	90,0%	81,9%	79,7%	61,7%	60,0%	69,2%	70,9%
		% del total	1,6%	10,5%	27,3%	21,3%	8,6%	1,6%	70,9%
Total	Recuento	10	72	192	193	80	13	560	
	% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	1,8%	12,9%	34,3%	34,5%	14,3%	2,3%	100,0%	
	% de Número de fcos indicados en ICC que recibe	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	1,8%	12,9%	34,3%	34,5%	14,3%	2,3%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,081(a)	20	,009
Razón de verosimilitudes	44,371	20	,001
Asociación lineal por lineal	16,585	1	,000
N de casos válidos	560		

a. 14 casillas (46,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

Resumen del procesamiento de los casos

	Válidos		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA) * Número de fcos indicados en ICC que recibe	560	98,9%	6	1,1%	566	100,0%

Clase NYHA I con 3 fármacos prescritos: IECA/ARAI + BB + diuréticos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Paciente pre/post exposición * NYHA I tratado con 3 fcos	16	100,0%	0	,0%	16	100,0%

			NYHA I tratado con 3 fármacos		Total
			Tratamiento incorrecto	Tratamiento correcto	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	1	14	15
		% de Paciente pre/post exposición	6,7%	93,3%	100,0%
		% de NYHA I tratado con 3 fármacos	100,0%	93,3%	93,8%
	Después de la intervención	% del total	6,3%	87,5%	93,8%
		Recuento	0	1	1
		% de Paciente pre/post exposición	,0%	100,0%	100,0%
Total	% de NYHA I tratado con 3 fármacos	,0%	6,7%	6,3%	
	% del total	,0%	6,3%	6,3%	
	Recuento	1	15	16	
	% de Paciente pre/post exposición	6,3%	93,8%	100,0%	
		% de NYHA I tratado con 3 fármacos	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	6,3%	93,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,071(b)	1	,790		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,133	1	,715		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,938
Asociación lineal por lineal	,067	1	,796		
N de casos válidos	16				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 3 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

**Clase NYHA II con 3, 4 ó 5 fármacos prescritos: IECA/ARAI + BB + diuréticos ± antagonistas de la aldosterona ± digitálicos si hay FA**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Paciente pre/post exposición * NYHA II tratado con 3, 4 ó 5 fármacos	66	94,3%	4	5,7%	70	100,0%

			NYHA II tratado con 3, 4 ó 5 fármacos		Total
			Tratamiento incorrecto	Tratamiento correcto	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	12	23	35
		% de Paciente pre/post exposición	34,3%	65,7%	100,0%
		% de NYHA II tratado con 3, 4 ó 5 fármacos	54,5%	52,3%	53,0%
		% del total	18,2%	34,8%	53,0%
	Después de la intervención	Recuento	10	21	31
		% de Paciente pre/post exposición	32,3%	67,7%	100,0%
		% de NYHA II tratado con 3, 4 ó 5 fármacos	45,5%	47,7%	47,0%
		% del total	15,2%	31,8%	47,0%
Total		Recuento	22	44	66
		% de Paciente pre/post exposición	33,3%	66,7%	100,0%
		% de NYHA II tratado con 3, 4 ó 5 fármacos	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	33,3%	66,7%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,030(b)	1	,862		
Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,030	1	,862		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,535
Asociación lineal por lineal N de casos válidos	,030 66	1	,863		

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,33.

Clase NYHA III con 5 fármacos prescritos: IECA/ARAI + BB + diuréticos + antagonistas de la aldosterona + digitálicos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Paciente pre/post exposición * NYHA III tratado 5 fármacos	70	92,1%	6	7,9%	76	100,0%

			NYHA III tratado 5 fármacos	Total
			Tratamiento incorrecto	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	36	36
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%
		% de NYHA III tratado 5 fármacos	51,4%	51,4%
		% del total	51,4%	51,4%
	Después de la intervención	Recuento	34	34
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%
		% de NYHA III tratado 5 fármacos	48,6%	48,6%
		% del total	48,6%	48,6%
Total		Recuento	70	70
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%
		% de NYHA III tratado 5 fármacos	100,0%	100,0%
		% del total	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	.(a)
N de casos válidos	70

a No se calculará ningún estadístico porque NYHA III tratado 5 fármacos es una constante.

Clase NYHA IV con 5 fármacos prescritos: IECA/ARAI + BB + diuréticos + antagonistas de la aldosterona + digitálicos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Paciente pre/post exposición * NYHA IV tratado 5 fármacos	11	73,3%	4	26,7%	15	100,0%

			NYHA IV tratado 5 fármacos	Total
			Tratamiento incorrecto	
Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	6	6
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%
		% de NYHA IV tratado 5 fármacos	54,5%	54,5%
		% del total	54,5%	54,5%
	Después de la intervención	Recuento	5	5
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%
		% de NYHA IV tratado 5 fármacos	45,5%	45,5%
		% del total	45,5%	45,5%
Total		Recuento	11	11
		% de Paciente pre/post exposición	100,0%	100,0%
		% de NYHA IV tratado 5 fármacos	100,0%	100,0%
		% del total	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	.(a)
N de casos válidos	11

a No se calculará ningún estadístico porque NYHA IV tratado 5 fármacos es una constante.

Número de fármacos prescritos según la clase funcional para las muestras previa y posterior a la intervención

Número de fcos indicados en ICC que recibe			Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)								
			I	II	III	IV	No recogida	Total			
Recibe 0 fcos indicados en ICC	Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento		1				5	6	
			% de Paciente pre/post exposición		16,7%				83,3%	100,0%	
			% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)		100,0%				55,6%	60,0%	
			% del total		10,0%				50,0%	60,0%	
		Después de la intervención	Recuento		0					4	4
			% de Paciente pre/post exposición		,0%					100,0%	100,0%
			% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)		,0%				44,4%	40,0%	
			% del total		,0%				40,0%	40,0%	
	Total	Recuento		1					9	10	
		% de Paciente pre/post exposición		10,0%					90,0%	100,0%	
% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)			100,0%				100,0%	100,0%			
% del total			10,0%				90,0%	100,0%			
Recibe 1 fco indicado en ICC	Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	1	5	3			35	44	
			% de Paciente pre/post exposición	2,3%	11,4%	6,8%			79,5%	100,0%	
			% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	100,0%	62,5%	75,0%			59,3%	61,1%	
			% del total	1,4%	6,9%	4,2%			48,6%	61,1%	
		Después de la intervención	Recuento	0	3	1				24	28
			% de Paciente pre/post exposición	,0%	10,7%	3,6%				85,7%	100,0%
			% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	,0%	37,5%	25,0%			40,7%	38,9%	
			% del total	,0%	4,2%	1,4%			33,3%	38,9%	
	Total	Recuento	1	8	4				59	72	
		% de Paciente pre/post exposición	1,4%	11,1%	5,6%				81,9%	100,0%	
% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)		100,0%	100,0%	100,0%			100,0%	100,0%			
% del total		1,4%	11,1%	5,6%			81,9%	100,0%			
Recibe 2 fcos indicados en ICC	Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	7	6	6	1		88	108	
			% de Paciente pre/post exposición	6,5%	5,6%	5,6%	,9%		81,5%	100,0%	
			% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	100,0%	46,2%	40,0%	25,0%		57,5%	56,3%	
			% del total	3,6%	3,1%	3,1%	,5%		45,8%	56,3%	
		Después de la intervención	Recuento	0	7	9	3			65	84
			% de Paciente pre/post exposición	,0%	8,3%	10,7%	3,6%			77,4%	100,0%
			% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	,0%	53,8%	60,0%	75,0%		42,5%	43,8%	
			% del total	,0%	3,6%	4,7%	1,6%		33,9%	43,8%	
	Total	Recuento	7	13	15	4			153	192	
		% de Paciente pre/post exposición	3,6%	6,8%	7,8%	2,1%			79,7%	100,0%	
% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%			
% del total		3,6%	6,8%	7,8%	2,1%		79,7%	100,0%			
Recibe 3 fcos indicados en ICC	Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento	7	16	17	3		70	113	
			% de Paciente pre/post exposición	6,2%	14,2%	15,0%	2,7%		61,9%	100,0%	
			% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	87,5%	53,3%	54,8%	60,0%		58,8%	58,5%	
			% del total	3,6%	8,3%	8,8%	1,6%		36,3%	58,5%	

		Después de la intervención	Recuento	1	14	14	2	49	80
			% de Paciente pre/post exposición	1,3%	17,5%	17,5%	2,5%	61,3%	100,0%
			% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	12,5%	46,7%	45,2%	40,0%	41,2%	41,5%
			% del total	,5%	7,3%	7,3%	1,0%	25,4%	41,5%
	Total		Recuento	8	30	31	5	119	193
			% de Paciente pre/post exposición	4,1%	15,5%	16,1%	2,6%	61,7%	100,0%
			% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	4,1%	15,5%	16,1%	2,6%	61,7%	100,0%
Recibe 4 fármacos indicados en ICC	Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento		6	8	2	28	44
			% de Paciente pre/post exposición		13,6%	18,2%	4,5%	63,6%	100,0%
			% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)		50,0%	44,4%	100,0%	58,3%	55,0%
			% del total		7,5%	10,0%	2,5%	35,0%	55,0%
		Después de la intervención	Recuento		6	10	0	20	36
			% de Paciente pre/post exposición		16,7%	27,8%	,0%	55,6%	100,0%
			% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)		50,0%	55,6%	,0%	41,7%	45,0%
			% del total		7,5%	12,5%	,0%	25,0%	45,0%
	Total	Recuento		12	18	2	48	80	
		% de Paciente pre/post exposición		15,0%	22,5%	2,5%	60,0%	100,0%	
		% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		% del total		15,0%	22,5%	2,5%	60,0%	100,0%	
Recibe 5 fcos indicados en ICC	Paciente pre/post exposición	Antes de la intervención	Recuento		1	2		5	8
			% de Paciente pre/post exposición		12,5%	25,0%		62,5%	100,0%
			% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)		50,0%	100,0%		55,6%	61,5%
			% del total		7,7%	15,4%		38,5%	61,5%
		Después de la intervención	Recuento		1	0		4	5
			% de Paciente pre/post exposición		20,0%	,0%		80,0%	100,0%
			% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)		50,0%	,0%		44,4%	38,5%
			% del total		7,7%	,0%		30,8%	38,5%
	Total	Recuento		2	2		9	13	
		% de Paciente pre/post exposición		15,4%	15,4%		69,2%	100,0%	
		% de Clase funcional del paciente al ingreso (NYHA)		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	
		% del total		15,4%	15,4%		69,2%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

Número de fcos indicados en ICC que recibe		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Recibe 0 fcos indicados en ICC	Chi-cuadrado de Pearson	,741(b)	1	,389		
	Corrección por continuidad(a)	,000	1	1,000		
	Razón de verosimilitudes	1,095	1	,295		
	Estadístico exacto de Fisher				1,000	,600
	Asociación lineal por lineal	,667	1	,414		
	N de casos válidos	10				
Recibe 1 fco indicado en ICC	Chi-cuadrado de Pearson	1,047(c)	3	,790		
	Razón de verosimilitudes	1,416	3	,702		
	Asociación lineal por lineal	,440	1	,507		
	N de casos válidos	72				
Recibe 2 fcos indicados en ICC	Chi-cuadrado de Pearson	9,279(d)	4	,054		
	Razón de verosimilitudes	11,894	4	,018		
	Asociación lineal por lineal	,091	1	,763		
	N de casos válidos	192				
Recibe 3 fcos indicados en ICC	Chi-cuadrado de Pearson	3,283(e)	4	,512		
	Razón de verosimilitudes	3,743	4	,442		
	Asociación lineal por lineal	,002	1	,963		
	N de casos válidos	193				
Recibe 4 fármacos indicados en ICC	Chi-cuadrado de Pearson	2,783(f)	3	,426		
	Razón de verosimilitudes	3,534	3	,316		
	Asociación lineal por lineal	,634	1	,426		
	N de casos válidos	80				
Recibe 5 fcos indicados en ICC	Chi-cuadrado de Pearson	1,499(g)	2	,473		
	Razón de verosimilitudes	2,185	2	,335		
	Asociación lineal por lineal	,297	1	,585		
	N de casos válidos	13				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 3 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

c 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,39.

d 4 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,75.

e 4 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,07.

f 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,90.

g 5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,77.