

## Programas de atención en la insuficiencia cardiaca: a favor de una actuación global

Josep Lupón

Unitat d'Insuficiència Cardíaca. Servei de Cardiologia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

La creación de programas de atención a los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) está reflejada en la última actualización de las guías de tratamiento de la IC crónica de la Sociedad Europea de Cardiología<sup>1</sup>, con una recomendación de clase I con nivel de evidencia A para disminuir los ingresos hospitalarios, y de clase IIa con nivel de evidencia B para reducir la mortalidad. La sofisticación y la complejidad del tratamiento de los pacientes que presentan IC requieren cada vez un mayor conocimiento de este síndrome y de su tratamiento. La creación de sistemas de atención especializada ha permitido una mejor y más completa atención a los pacientes con IC y ha proporcionado beneficios significativos a su evolución, como se ha plasmado en diversos metaanálisis<sup>2-5</sup>. En éstos se hacen patentes las grandes diferencias existentes en los diversos estudios, en todos los ámbitos, que justifican que los resultados obtenidos sean también muy dispares. Estas diferencias radican fundamentalmente en la gravedad de la enfermedad de los pacientes incluidos, la duración del seguimiento y la intervención, la intensidad y el lugar de ésta, y también la proporción de utilización de algunos tratamientos, sobre todo los bloqueadores beta. A pesar de ello, en conjunto, se puede afirmar que el beneficio respecto a la reducción de los ingresos hospitalarios está sobradamente demostrado y que la reducción en la mortalidad parece una meta también alcanzable. De hecho, en uno de los últimos metaanálisis publicados<sup>5</sup>, con 36 estudios aleatorizados de 13 países distintos y con un total de 8.341 pacientes, se concluye que la reducción de la mortalidad alcanza un 3% en números absolutos con este tipo de intervenciones, lo que corresponde a un número de pacientes que es necesario tratar (NNT) de 33 para salvar una vida. En el mismo estudio se muestra una reducción absoluta para una primera hospitalización por cualquier causa del 8%, que corresponde a un NNT de 13 y una reducción absoluta de rehospitalizaciones

subsiguientes del 19%, que corresponde a un NNT de 5. La reducción en los ingresos hospitalarios<sup>6-9</sup> y también la mejora en la supervivencia<sup>6,7</sup> han sido demostradas también en nuestro país, y poco a poco se van extendiendo en España los programas de atención a la IC y también las unidades de insuficiencia cardiaca hospitalarias propiamente dichas. Estas últimas, de momento, se ubican fundamentalmente en los hospitales terciarios<sup>10</sup> y en ellas, tal como ocurre en la literatura científica mundial, se plantea el desarrollo de programas de atención a los pacientes con IC de forma muy distinta. Esta disparidad afecta probablemente a todos los aspectos funcionales y estructurales de estas unidades, desde el personal que colabora en ellas hasta el tipo de pacientes atendidos, la duración del seguimiento, el lugar de inicio de la intervención, el tipo de intervención realizada, la relación establecida con otros ámbitos asistenciales y la continuidad de lo que propiamente podríamos denominar programa de atención, etc. De todas formas, en general se acepta que la participación de enfermeras especializadas y de cardiólogos es fundamental para el desarrollo de este tipo de unidades, sin menospreciar en absoluto la aportación que otros facultativos o profesionales puedan realizar. En el ámbito europeo<sup>11</sup>, la mayor parte de enfermeras que participan en programas de atención a la IC tiene una amplia experiencia en cardiología y ha recibido cursos (el 52% universitarios, el 56% no universitarios) sobre IC. En España, sin embargo, no hay una subespecialización o una formación específica en enfermería para esta enfermedad. No sabemos hasta qué punto el grado de especialización de la enfermería y también de los facultativos puede influir en los resultados obtenidos.

Dentro de los distintos modelos de atención se incluyen desde una única sesión educativa antes del alta o una única visita educativa domiciliaria por parte de una enfermera especializada, o bien un seguimiento telefónico periódico, hasta una intervención multidisciplinaria centralizada en una unidad física. Hay superposición en los distintos modelos asistenciales, de forma que algunos podrían denominarse mixtos. Creemos que debería diferenciarse el término «programas de atención», extensamente generalizado, de las intervenciones aisladas o de muy corta duración que en todo caso deberían formar parte de un programa de

VÉASE ARTÍCULO EN PÁGS. 914-22

Correspondencia: Dr. J. Lupón.  
Unitat d'Insuficiència Cardíaca. Servei de Cardiologia.  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.  
Correo electrónico: jlupon.germanstrias@gencat.net

Full English text available from: [www.revespcardiol.org](http://www.revespcardiol.org)

atención a la IC, pero no deberían considerarse realmente como tales. A pesar de ello, es cierto que algunas de estas intervenciones, de carácter sobre todo educativo, han obtenido resultados muy positivos. Como ejemplos paradigmáticos valgan los de Stewart et al<sup>12</sup> y Koelling et al<sup>13</sup>, en el ámbito internacional, o el de Morcillo et al<sup>9</sup> en el ámbito nacional. Stewart et al<sup>12</sup> pusieron en práctica en Australia una intervención domiciliar basada en una única visita a domicilio por una/un enfermera/o y un farmacéutico. El objetivo de la visita era enseñar a cumplir con la medicación, identificar precozmente el deterioro clínico e intensificar el seguimiento ambulatorio por el médico de familia. Este programa logró una reducción de los reingresos y de los días de hospitalización ( $p = 0,03$ ) a los 6 meses. Koelling et al<sup>13</sup> demostraron que una única sesión educativa de una hora de duración por parte del personal de enfermería, realizada antes del alta hospitalaria, disminuía un 35% el riesgo de muerte o rehospitalización ( $p = 0,018$ ) a los 6 meses de seguimiento. Cabe destacar en dicho estudio que el grupo de pacientes que recibió la sesión educativa mejoró su autocuidado (pesarse, dieta sin sal, dejar de fumar). Por otra parte, aunque las diferencias no fueron significativas por el escaso número de pacientes en los subgrupos, los autores apreciaron una tendencia hacia la obtención de un mayor beneficio en los pacientes que ulteriormente no fueron seguidos en unidades especializadas. En nuestro país, Morcillo et al<sup>9</sup> demostraron que una intervención educativa, basada en una única visita efectuada por personal de enfermería una semana después del alta hospitalaria en el domicilio del paciente, conseguía una importante disminución (90%) del número de ingresos ( $p < 0,001$ ) y de las visitas al servicio de urgencias (84%;  $p < 0,001$ ), acompañado de una reducción de los costes asociados; también apreciaron una disminución de la mortalidad ( $p < 0,001$ ), pero el análisis de ésta no formaba parte del diseño original del estudio y el número de pacientes estudiados fue reducido.

Estos buenos resultados se explicarían porque la principal causa de descompensación cardíaca es el mal cumplimiento terapéutico y la falta de reconocimiento de los signos incipientes de descompensación, y por ello, la educación del paciente y su familia podría desempeñar un papel muy importante en su prevención. El objetivo principal de la educación es aumentar el conocimiento por parte de los pacientes y, con ello, ayudar al paciente a participar activamente en su propio cuidado, a comprender la necesidad de cumplimiento de la dieta y el tratamiento, y a reconocer los síntomas y signos de descompensación. Así, intervenciones centradas en la educación sanitaria y la detección temprana de descompensaciones han reducido sobre todo los ingresos hospitalarios, y han mejorado la calidad de vida de los pacientes y su satisfacción por la atención recibida.

En este número de la Revista se publican los resultados del trabajo realizado por Aldamiz-Echevarría et al<sup>14</sup>, en el que una intervención corta y de carácter fundamentalmente educativo, realizada durante las primeras 2 semanas tras el alta hospitalaria de un ingreso por IC por personal no especializado en esta enfermedad, como el de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, consigue, a diferencia de los estudios mencionados con anterioridad, únicamente una discreta reducción estadísticamente no significativa del objetivo combinado muerte e ingreso hospitalario a los 6 y 12 meses de seguimiento; asimismo, cabe destacar que no consigue reducir el número de reingresos por IC.

Debemos comentar que a priori resulta difícil comprender y asimilar que intervenciones tan cortas como las descritas previamente consiguieran tan buenos resultados a medio o largo plazo, aunque por lo publicado es evidente que estos beneficios sí pueden obtenerse. Se comprende mejor que los reingresos más inmediatos (en los primeros 3 meses), que pueden corresponder aproximadamente a un 30% de los pacientes, se reduzcan con las intervenciones previas en el momento del alta o en la transición al seguimiento clínico ulterior. Por este motivo, los resultados de Aldamiz-Echevarría et al<sup>14</sup> a los 6 y 12 meses pueden ser fácilmente asimilables. Nosotros hemos creído siempre que intervenciones más globales, que combinan educación con intervención médica y farmacológica, han de obtener, sin duda, mejores resultados. Desde nuestro punto de vista, no sólo la labor educativa es importante —que lo es, y mucho—, sino que la optimización del tratamiento es fundamental en la obtención de objetivos clínicos favorables a medio y largo plazo. Para poder conseguir dicha optimización es imprescindible realizar un seguimiento próximo pero continuo de los pacientes. Por ello, las intervenciones limitadas a un período corto no pueden cumplir este propósito, si no van seguidas de otro tipo de intervención o de un programa de atención más completo. De hecho, estos dos aspectos pueden haber influido de forma importante en el estudio de Aldamiz-Echevarría et al<sup>14</sup>. Ambos están incluidos en la sección de limitaciones del estudio, pero no por ello dejan de ser cruciales. Un aspecto es el ya comentado de la duración de la intervención. Por la experiencia vivida en el día a día con nuestros pacientes, la educación necesita más continuidad. Incluso tras un año de intervención educativa por parte de enfermería es difícil mejorar algunos aspectos del autocuidado de los pacientes, aunque su nivel de conocimiento sí mejora con la intervención<sup>15</sup>. El otro aspecto destacable es la atención más global del paciente, en concreto en lo que hace referencia al tratamiento. Por el diseño de la intervención, poca optimización farmacológica pudo realizarse. En el trabajo no se menciona el tratamiento seguido por los pacientes a lo largo del año ni si el seguimiento fue similar en ambos grupos. No se sabe

qué porcentaje de pacientes recibió tratamiento adecuado, no al principio, sino durante el seguimiento (bloqueadores beta, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, dosis, etc.), hecho que puede influir mucho en su evolución. Tampoco se comenta si había pacientes controlados por cardiólogos y otros por médicos de atención primaria, o todos únicamente por estos últimos.

Es muy difícil saber qué componentes de la atención «especializada» son determinantes a la hora de obtener la reducción de los ingresos hospitalarios. El papel real de cada componente de las intervenciones realizadas en dicha atención «especializada» no está bien establecido. El estudio COACH<sup>16</sup> tratará de dilucidar este aspecto, aunque la generalización de los resultados se nos antoja difícil para los distintos países, centros y circunstancias locales. En la práctica diaria en Europa, según la revisión de Jaarsma et al<sup>11</sup>, la mayoría de los programas incluyen exploración física, consulta telefónica, titulación de fármacos, educación de los pacientes y pruebas diagnósticas. En los distintos metaanálisis se indica que los programas más complejos, que incluyen un plan de atención prealta y un seguimiento postalta hospitalaria, obtienen mejores resultados que los programas en los que la intervención se produce solamente tras el alta hospitalaria<sup>2</sup>, y que una acción multidisciplinaria «global» es la que puede reducir la mortalidad de los pacientes<sup>3</sup>. Gohler et al<sup>5</sup> analizan algunos de estos aspectos y concluyen que la eficacia de los distintos programas se incrementa a medida que aumenta el número de profesionales implicados, de forma que el equipo multidisciplinario es más efectivo para abordar las complejas necesidades transicionales de estos pacientes. También concluye que la intervención directa (cara a cara), tanto en el hospital como en el domicilio, es mejor que la intervención telefónica. Finalmente, no hay que olvidar que las propias características de los pacientes (edad, clase funcional, etiología) pueden influir en los resultados obtenidos. Así, por ejemplo, el beneficio sobre la mortalidad se ve disminuido por la mayor edad de los pacientes, mientras que la reducción de los ingresos hospitalarios es más evidente en los enfermos con peor clase funcional<sup>5</sup>. Incluso en algún estudio basado únicamente en una intervención de tipo educativo<sup>13</sup>, se indica que el resultado de dicha intervención puede estar influido por el seguimiento ulterior de los pacientes, de forma que los controlados en una unidad especializada de IC se beneficiarían menos de una intervención educativa previa al alta hospitalaria que los pacientes controlados por médicos de primaria o por cardiólogos generales. Llama la atención, en el estudio de Aldamiz-Echevarría et al<sup>14</sup>, que sólo se incluyó en el estudio a 2 pacientes del servicio de cardiología (0,7%). Quizá los pacientes de dicho servicio son seguidos posteriormente en una unidad especializada y no se consideraron tributarios de una intervención transicional. Esto iría a favor de una

población teóricamente más sensible a la intervención, en función del estudio de Koelling et al<sup>13</sup>.

De todas formas, para poder juzgar a fondo los resultados de Aldamiz-Echevarría et al<sup>14</sup> es necesario tener en cuenta muchos factores y es posible que no podamos extraer conclusiones definitivas. Tal como comentan los propios autores, sus pacientes eran de edad avanzada, tenían un nivel educativo más bajo que en otras series comunicadas, el pronóstico de ellos era quizá mejor que en otros estudios, atendiendo a la fracción de eyección y el bajo porcentaje de pacientes con cardiopatía isquémica y también al hecho de que menos de la mitad de los pacientes tenía ingresos previos por IC. Por otra parte, es necesario destacar que el 26% de las muertes y el 35% de los ingresos no fueron de origen cardiovascular y sólo el 46% de los reingresos fue debido a IC. Aparentemente, estas otras causas de muerte e ingresos no están influidas por la intervención dirigida a la IC y pueden haber diluido el efecto beneficioso de la intervención. Por desgracia, el número de ingresos por IC tampoco se redujo con la intervención motivo del estudio, aunque algunos de los factores comentados con anterioridad (tratamiento, seguimiento ulterior) no se exponen en el artículo y, por lo tanto, tampoco podemos discernir con certeza el motivo de la falta de beneficio significativo con la intervención.

Es interesante, en el trabajo de Aldamiz-Echevarría et al<sup>14</sup>, comprobar que la intervención, tal como la han realizado, ha sido útil en un grupo concreto de pacientes (los poco «adherentes o cumplidores»). Aunque son pocos enfermos para extraer grandes conclusiones y se trata de un análisis post hoc, podría establecerse una hipótesis de trabajo que, si se confirmase, permitiría seleccionar mejor a qué pacientes se debe realizar este tipo concreto de intervención. Sin embargo, hay algunas lagunas al respecto, también reconocidas en las limitaciones. No se ha utilizado ninguna herramienta para evaluar el efecto directo de la labor educativa en los parámetros de educación y autocuidado a los que teóricamente iba dirigida dicha educación: cumplimiento, control del peso y la presión arterial, reconocimiento de los signos de descompensación, etc. Para poder valorar si la educación ha influido en la evolución de los pacientes hay que saber si ha modificado los aspectos educativos trabajados. Por ejemplo, en el grupo de «no cumplidores» no se sabe si aumentó realmente el cumplimiento o si éste se incrementó menos en los pacientes «ya cumplidores» previamente.

Mucho se ha discutido sobre la necesidad de elegir bien a los pacientes que han de ser incluidos en programas de atención especializada. Parece claro que, desde el punto de vista de efectividad inmediata, el hecho de seleccionar adecuadamente a los pacientes más graves ayuda a obtener mejores y más rápidos resultados. De hecho, algunas intervenciones dirigidas a los pacientes de menor riesgo<sup>17</sup> no han proporcionado beneficios significativos. Sin embargo, a nuestro enten-

der, todos los pacientes con IC merecen ser incluidos en algún tipo de programa de atención especializado para la IC. Otra cosa es que la intensidad de la intervención y el lugar de ésta deban ser diferentes en función de sus características. Compartimos la opinión de otros autores<sup>18</sup> en el sentido de ampliar la oferta de los programas de atención a fases menos avanzadas de la enfermedad y a pacientes menos graves. Simplemente, la atención a los pacientes con IC se debe organizar en los distintos ámbitos asistenciales asegurando, eso sí, que en cada uno de ellos se ofrezca educación, optimización del tratamiento farmacológico y no farmacológico y fácil acceso. Con independencia de la complejidad de la estructura organizativa, es importante que los profesionales que participan en la atención de los pacientes con IC sean fácilmente accesibles. Es útil recordar que, a veces, una simple consulta telefónica con una persona disponible –médico o enfermera especializada– o una visita «preferente» a la unidad o al centro de primaria, o bien recibida en domicilio, puede evitar una visita a los servicios de urgencias –a menudo colapsados– o incluso un ingreso hospitalario. Este acceso más fácil proporciona la posibilidad de modificar o ajustar el tratamiento de forma más precoz en fases iniciales de descompensación y, así, conseguir la mejoría de la situación clínica antes de que el paciente precise un ingreso.

Finalmente, en el estudio de Aldamiz-Echevarría et al<sup>14</sup> se concluye que, puesto que el tipo de unidad que administró el programa es habitual en los hospitales españoles, el programa –o la intervención– puede ser transferible a otros centros con facilidad. Dado que los resultados obtenidos no han sido probablemente los esperados, quizá sería mejor no hacer extensivo este tipo de intervención hasta no haber dilucidado a qué tipo de pacientes debe realizarse y antes de haber establecido un programa de atención ulterior más global que asegure una optimización de las opciones terapéuticas, farmacológicas o no, así como un refuerzo continuado de la educación realizada. De todas formas, hay que felicitar a los autores por la iniciativa de facilitar a los pacientes con IC un continuum asistencial tras haber tenido un ingreso hospitalario y por publicar sus resultados a pesar de que no hayan sido positivos. Probablemente, los pacientes con IC podrán beneficiarse de iniciativas similares cuando se acompañen de un programa de tratamiento o atención más integral y continuado.

## BIBLIOGRAFÍA

- Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, et al. Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica. Versión resumida (actualización 2005). *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:1062-92.
- Philips 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;291:1358-67.
- McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for readmission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:810-9.
- Gonseth J, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J*. 2004;25:1570-95.
- Gohler A, Januzzi JL, Worrell SS, Osterziel KJ, Gazelle GS, Dietz R, et al. A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure. *J Card Fail*. 2006;12:554-67.
- Comin-Colet J, Viles D, Martí J, Vila J, Marrugat J, Bruguera J, et al. Heart failure units reduce 1-year mortality and morbidity of patients with heart failure: a randomized study. *Circulation*. 2002;106:II-568.
- Atienza F, Anguita M, Martínez-Alzamora N, Osca J, Ojeda S, Almenar L, et al. Multicenter randomized trial of a comprehensive hospital discharge and outpatient heart failure management program. *Eur J Heart Fail*. 2004;6:643-52.
- Lupón J, Parajón T, Urrutia A, González B, Herreros J, Altimir S, et al. Reducción de los ingresos por insuficiencia cardiaca en el primer año de seguimiento en una unidad multidisciplinar. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:374-80.
- Morcillo C, Valderas JM, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujadas R, et al. Evaluación de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca. Resultados de un estudio aleatorizado. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:618-25.
- Zamora E, Lupón J. Unidades de insuficiencia cardiaca en España: situación actual. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:874-7.
- Jaarsma T, Strömberg A, De Geest S, Fridlund B, Heikkilä J, Martensson J, et al. Heart failure management programmes in Europe. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2006;5:197-205.
- Stewart S, Pearson S, Horowitz JD. Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care. *Arch Intern Med*. 1998;158:1067-72.
- Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation*. 2005;111:179-85.
- Aldamiz-Echevarría Iraúgui B, Muñiz J, Rodríguez-Fernández JA, Vidán-Martínez L, Silva-Cesar M, Lamelo-Alfonso L, et al. Ensayo clínico aleatorizado y controlado para valorar una intervención por una unidad de hospitalización domiciliaria en la reducción de reingresos y muerte en pacientes dados de alta del hospital tras un ingreso por insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:914-22.
- González B, Lupón J, Herreros J, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Patient's education by nurse: what we really do achieve? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005;4:107-11.
- Jaarsma T, Van der Wal M, Hogenhuis J, Lesman I, Luttik ML, Veeger N, et al. Design and methodology of the COACH study: a multicenter randomised Coordinating study evaluating Outcomes of Advising and Counselling in Heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2004;6:227-33.
- DeBusk RF, Miller NH, Parker KM, Bandura A, Kraemer HC, Cher DJ, et al. Care management for low-risk patients with heart failure: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2004;141:606-13.
- McDonald K, Conlon C, Ledwidge M. Disease management programs for heart failure: Not just for the «sick» heart failure population. *Eur J Heart Fail*. 2007;9:113-7.