Rev Esp Cardiol. 2017;70(8):624–625

Editorial

Seguimiento mediante programas específicos de consulta precoz tras el alta de un episodio de insuficiencia cardiaca: ¿en todos los pacientes?

Do All Patients With Heart Failure Benefit From a Program for Early Follow-up After Hospital Discharge?

Manuel Anguita Sánchez* y Juan C. Castillo Domínguez

Unidad de Insuficiencia Cardiaca, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Historia del artículo:
On-line el 23 de febrero de 2017

La insuficiencia cardiaca (IC) es sin duda uno de los problemas médicos, y no solo cardiológicos, más relevantes a los que nos enfrentamos en la actualidad, sobre todo debido al aumento de la esperanza de vida de la población y el mejor tratamiento de los procesos cardiovasculares agudos. Debido a ello, la prevalencia de la IC va en aumento; en España alcanza tasas del 4-7%[1,2], y es la principal causa de ingresos médicos de la población de edad más avanzada, que en gran medida motivan utilización de recursos y gasto sanitario. A pesar de la creencia generalizada de que es una situación simple y fácil de tratar, se trata de un síndrome muy complejo, tanto en su diagnóstico como en su tratamiento, y que, a pesar del avance espectacular conseguido en su tratamiento en los últimos años, reflejado en las guías de práctica clínica[3,4], es una causa importante de ingresos hospitalarios[2], produce un marcado deterioro de la calidad de vida de los pacientes[5] y presenta una elevada mortalidad[6]. Si a la complejidad de su manejo se añaden factores tales como las características actuales de los pacientes con IC de la vida real, cada vez de más edad, más frágiles y con mayor prevalencia de comorbilidades, es fácil comprender que la IC origine una muy elevada demanda asistencial, que afecta a todos los ámbitos y profesionales sanitarios, y no solo al cardiológico. Posiblemente, todos estos factores explican que una adecuada atención por especialistas, circunscrita exclusivamente al medio hospitalario, no soluciona el problema y que es necesaria una aproximación más integral e integrada en forma de procesos asistenciales organizados en torno a unidades y programas interdisciplinarios de IC. Este proceder está avalado por la evidencia científica, que otorga a esta organización asistencial un beneficio pronóstico, como ya se reconoce en la reciente guía de IC de la Sociedad Europea de Cardiología publicada en 2016, en la que la organización de la atención a la IC en grupos multidisciplinarios alcanza una recomendación de clase I A[3].

Numerosos estudios y metanálisis[7–9] han demostrado la eficacia de estos programas, basados en unidades de IC, para reducir la tasa de reingresos e incluso la mortalidad de los enfermos. En España, estos programas y unidades se han ido desarrollando de una manera voluntarista y no organizada, y coexisten con las unidades avanzadas cuyo germen fue inicialmente el trasplante cardiaco. Gracias a las iniciativas individuales de muchos centros, con profesionales interesados en la IC, y también de programas estructurados organizados por la Sección de Insuficiencia Cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología, el número de hospitales con unidades de IC ha ido aumentando y ya son algo habitual, no solo en servicios de cardiología, sino también de medicina interna. Recientemente[10], la Sociedad Española de Cardiología, dentro de su programa SEC-Excelente, ha establecido una nueva nomenclatura para los distintos tipos de unidades (comunitarias, especializadas y avanzadas), dependiendo del nivel, equipamiento y cartera de servicios del hospital, del servicio de cardiología y de la unidad de IC. Y en segundo lugar, se ha establecido una serie de estándares mínimos (de proceso, de estructura, de personal y recursos humanos, de equipamiento y de resultados) que deben cumplir los servicios y unidades para poder recibir la acreditación de SEC-Excelente[10]. Esto es importante para garantizar la calidad de la asistencia a la IC, en sus distintos niveles de complejidad, y para asegurar el desarrollo y la implementación de las unidades en el sistema sanitario español.

Aunque, como se ha comentado, las unidades de IC ofrecen resultados muy beneficiosos para los enfermos y para el sistema por reducir los reingresos y, en algunos estudios, la mortalidad, la mayor parte de los trabajos que han evaluado estos aspectos, sobre todo en el ámbito cardiológico, incluyen solo, o mayoritariamente, a pacientes con IC y fracción de eyección reducida, edad no demasiado avanzada y baja prevalencia de comorbilidades. En esta selección de pacientes influye evidentemente la imposibilidad de seguir a todos los enfermos con IC mediante programas intensivos en unidades con infraestructuras pequeñas, pero también el hecho de que uno de los pilares del beneficio obtenido con estos programas es la optimización del tratamiento, farmacológico o no farmacológico, con efecto pronóstico favorable, y sabemos que esto solo es posible en la IC con disfunción sistólica, ya que en la IC con

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.12.026, *Rev Esp Cardiol*, 2017;70:631–638.

* Autor para correspondencia: Damasco 2, 2.º-9, 14004 Córdoba, España.
Correo electrónico: manuelanguita@secardiologia.es (M. Anguita Sánchez).

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.01.013
0300-8932/© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

fracción de eyección conservada no existe hasta la fecha ningún tratamiento que mejore el pronóstico[3]. Estos pacientes suelen ser, además, de más edad, más frágiles y con mayor prevalencia de comorbilidades, lo que limita el uso óptimo de los fármacos en muchas ocasiones y dificulta un tratamiento integral. Sin embargo, algunos estudios, que incluyen a pacientes con IC y fracción de eyección tanto conservada como reducida, han mostrado que ambos tipos de pacientes pueden beneficiarse de un tratamiento específico mediante unidades especializadas[7,11].

En el artículo publicado en Revista Española de Cardiología, Pacho et al.[12], de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca del Hospital de Badalona, grupo con gran experiencia y amplia trayectoria en programas de IC, confirman estos resultados en el estudio STOP-HF-CLINIC, con una población de pacientes con IC de características *a priori* muy desfavorables: edad muy avanzada (media, 82 años), predominantemente con fracción de eyección conservada (media, 56%), elevada comorbilidad (índice de Charlson de 5,6, con un 46% en Charlson $\geq$ 6) y fragilidad, y dados de alta tras un ingreso por IC en casi un 90% de los casos desde medicina interna o geriatría. Todos los enfermos pasaron por un programa de intervención mediante consulta precoz (antes de los 7 días tras el alta) en la unidad de IC por el equipo experto en IC (médico y de enfermería), que incluyó las medidas habituales de educación, optimización del tratamiento oral y tratamiento endovenoso (diuréticos, hierro carboximaltosa, etc.), la oferta de consulta telefónica inmediata y un mínimo de 3 visitas durante los primeros 30 días tras el alta. Tras este programa intensivo, los pacientes fueron derivados para un seguimiento programado a su médico y especialista correspondientes. Con esta estrategia, que incluyó a 518 pacientes consecutivos entre 2014 y 2016, la tasa total de reingresos a los 30 días del ingreso índice fue del 13,9% y la tasa de reingresos por IC, del 7,5%. Los autores compararon estas incidencias con las tasas esperadas según la escala de riesgo CORE-HF[13] de los pacientes, y observaron una reducción del 47,5% de los ingresos totales (tasa esperada, el 26,5%). Además, la tasa de reingresos fue significativamente más baja en el área de referencia del hospital del estudio que en las demás áreas de la Comunidad Autónoma de Cataluña durante el periodo en que se desarrolló la intervención, y en su propia área respecto al periodo previo, 2012-2013[12], principalmente debido a la reducción de ingresos por IC.

La principal limitación de este estudio es la ausencia de un grupo control con una asignación aleatorizada. Sin embargo, el análisis efectuado por los autores, que compara las tasas de ingresos observadas con las esperadas de acuerdo al riesgo y las características de los pacientes, obtenidas mediante una escala de riesgo bien validada como la CORE-HF[13], así como con los resultados reales en los 2 años previos a la implantación del programa de intervención analizado en su área y las demás áreas de salud de Cataluña, confirma con fuerza el beneficio de una intervención como la descrita, incluso en pacientes en los que no se esperaría un beneficio significativo *a priori*. Por ello, a la pregunta que sirve de título a este editorial («Seguimiento mediante programas específicos de consulta precoz tras el alta de un episodio de insuficiencia cardiaca: ¿en todos los pacientes?»), nuestra respuesta es que probablemente sí, casi todos podrían beneficiarse. Aunque quizá sería conveniente confirmar estos hallazgos mediante un estudio controlado y aleatorizado, los resultados de este estudio respaldan la idea, ya muy bien establecida, de que es necesario organizar la asistencia a la IC de modo distinto que lo habitual, que incluya un programa de intervención precoz en el periodo más vulnerable de estos pacientes, inmediatamente tras el alta de un ingreso por IC, y ello para todos los enfermos con IC, independientemente de sus características. Evidentemente, estos programas requieren de un personal específico, con unos medios adecuados, y con una organización interdisciplinaria (enfermería, cardiología, medicina interna...), siguiendo los estándares recomendados por la Sociedad Española de Cardiología[10]. Pero este esfuerzo logístico y organizativo para garantizar la continuidad asistencial ingreso-alta-seguimiento, que implica también un cambio de mentalidad en la atención a enfermedades crónicas con frecuentes descompensaciones, se ve recompensado por una clara mejora del pronóstico: reducción de reingresos, mejora de la calidad de vida, reducción de costes (en relación con la reducción de reingresos) y posiblemente reducción de la mortalidad.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anguita Sánchez M, Crespo Leiro MG, De Teresa Galván E. et al.; for the PRICE Study Investigators. Prevalence of heart failure in the Spanish general population aged over 45 years. The PRICE Study. *Rev Esp Cardiol.* 2008;6:1041–1049.
2. Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiology of heart failure in Spain over the last 20 years. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:649–656.
3. PonikowskiP. Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2016;37:2129–2200.
4. SEC Working Group for the 2016 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure, Expert Reviewers for the 2016 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure, and the SEC Guidelines Committee. Comments on the 2016 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:1119–1125.
5. Comín-Colet J, Anguita M, Formiga F, et al. VIDA-IC (Quality of Life and Heart Failure in Spain: Current Situation) multicenter study researchers. Health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in Spain: Results of the VIDA-IC Study. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:256–271.
6. Crespo-Leiro MG, Anker SD, Maggioni AP, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry (ESC-HF-LT): 1-year follow-up outcomes and differences across regions. *Eur J Heart Fail.* 2016;18:613–625.
7. Atienza F, Anguita M, Martinez-Alzamora. et al. PRICE Study Group. Multicenter randomized trial of a comprehensive hospital discharge and outpatient heart failure management program. *Eur J Heart Fail.* 2004;6:643–652.
8. Jonkman NH, Westland H, Groenwold RH, et al. Do self-management interventions work in patients with heart failure? An individual patient data meta-analysis. *Circulation.* 2016;133:1189–1198.
9. Jonkman NH, Westland H, Groenwold RH, et al. What are effective program characteristics of self-management interventions in patients with heart failure? An individual patient data meta-analysis. *J Card Fail.* 2016;22:861–871.
10. Anguita Sánchez M, Lambert Rodríguez JL, Bover R, et al. Classification and quality standards of heart failure units: scientific consensus of the Spanish Society of Cardiology. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:940–950.
11. Cerqueiro JM, González-Franco A, Montero Pérez-Barquero M, et al. Reducción de ingresos y visitas a urgencias en pacientes frágiles con insuficiencia cardiaca: resultados del programa asistencial UMIPIC. *Rev Clin Esp.* 2016;216:8–14.
12. Pacho C, Domingo M, Núñez R, et al. Early Postdischarge STOP-HF-Clinic Reduces 30-day Readmissions in Old and Frail Patients with Heart Failure. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:631–638.
13. Thavendiranathan P, Yingchoncharo T, Grant A, et al. CORE-HF prediction of 30-day heart failure-specific readmission risk by echocardiographic parameters. *Am J Cardiol.* 2014;113:335–341.