

Programa de «seguimiento» del paciente con insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus

Ana María Cebrián-Cuenca¹, Luciano Consuegra Sánchez²

¹ Médica de familia. Centro de Salud Cartagena Casco. Cartagena (Murcia). ² Cardiólogo. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia)

Palabras clave: insuficiencia cardíaca, ruta asistencial, atención integral, coordinación entre niveles asistenciales.

RESUMEN

En el seguimiento del paciente con insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus, la colaboración entre los distintos niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada) y el paciente debe ser fluida y facilitar la participación de todos los agentes implicados. La atención primaria desempeña un papel clave en el paciente con insuficiencia cardíaca en muchas situaciones críticas, como lo son el momento del diagnóstico, la transición del paciente tras el alta hospitalaria o el final de la vida.

MANEJO CONJUNTO DE ATENCIÓN PRIMARIA-ATENCIÓN ESPECIALIZADA

En el seguimiento del paciente con insuficiencia cardíaca (IC) y diabetes mellitus, la colaboración entre los distintos niveles asistenciales (atención primaria [AP] y atención especializada de segundo nivel) y el paciente debe ser fluida y facilitar la participación de todos los agentes implicados. En la tabla 1¹ se muestran las características y componentes de los programas de atención a los pacientes con IC.

Se debe fortalecer la colaboración entre niveles asistenciales para que este sea un proceso bidireccional y contribuir en el establecimiento de procesos asistenciales integrados con flujos y plazos de atención definidos. En la tabla 2² se muestran los responsables del seguimiento en IC y los plazos.

En el esquema de la figura 1³, se muestra un ejemplo de seguimiento compartido en pacientes con IC «conocida» y en situación de estabilidad clínica.

Tabla 1. Características y componentes de los programas de atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca

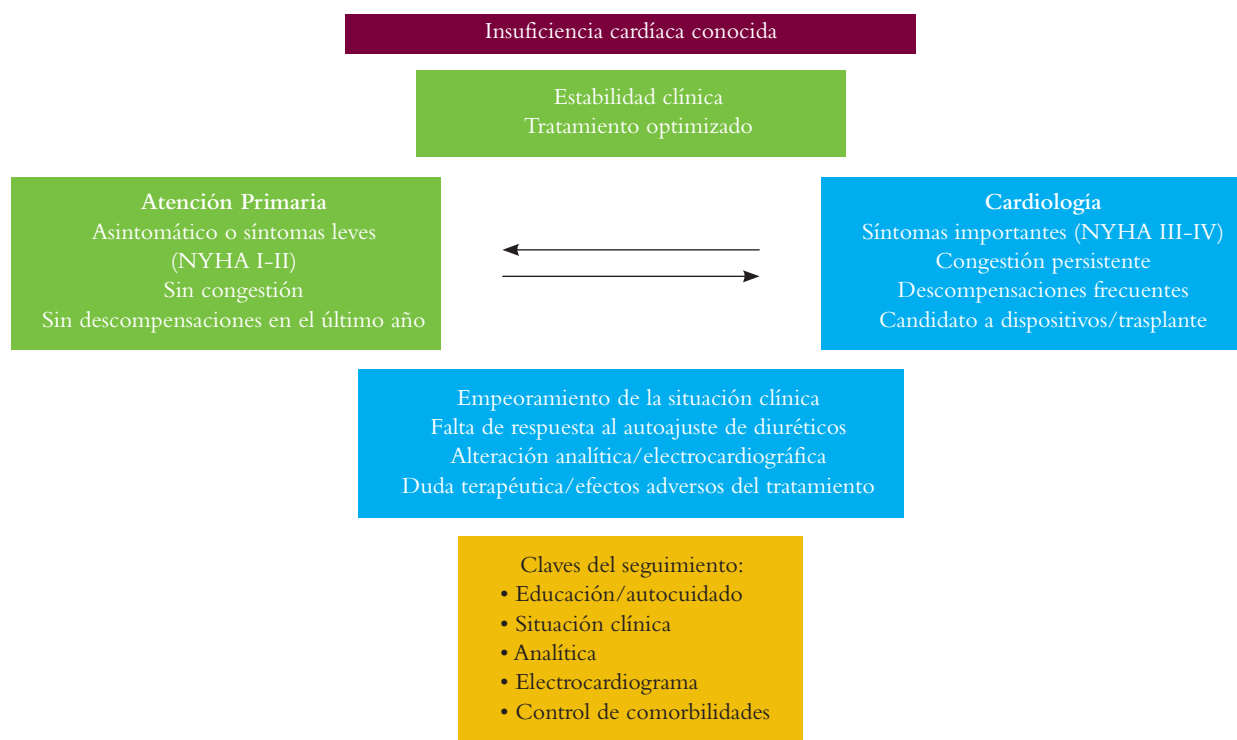
Características	Equipos multidisciplinares
	Debe focalizarse en pacientes sintomáticos de riesgo alto
	Debe incluir a un profesional competente y formado en insuficiencia cardíaca
Componentes	Óptimo manejo médico
	Educación del paciente adecuada, con especial énfasis en la adherencia y el autocuidado
	Participación de los pacientes en el seguimiento de los síntomas y el uso flexible de diuréticos
	Seguimiento después del alta (consulta o visitas a domicilio; posiblemente asistencia telefónica o telemedicina)
	Mayor accesibilidad a través de seguimiento presencial y mediante contacto telefónico o mediante monitorización remota
	Vía preferente de acceso durante los episodios de descompensación
	Evaluación e intervención apropiada a la situación a un incremento de peso no explicado, deterioro del estado nutricional o funcional o de la calidad de vida, o a hallazgos de laboratorio
	Provisión de apoyo psicosocial a los pacientes y familiares o cuidadores

Tabla 2. Responsables y actuaciones en el seguimiento en la insuficiencia cardíaca

Procedimiento	¿Quién?	Comentarios
Insuficiencia cardíaca <i>de novo</i> : diagnóstico, etiología y pronóstico	Cardiología	Al menos una vez evaluado por Cardiología
Formación	Cardiología/Atención Primaria	Compartir materiales educativos Reforzar mensajes uniformes
Ajustar tratamiento	Cardiología/Atención Primaria	Protocolos de ajuste de dosis Consulta no presencial
Seguimiento crónico		
Crónico estable	Atención Primaria	Cada 3-6 meses (antes si hay inestabilidad clínica)
Crónico complejo	Atención Primaria + Cardiología	
Ajuste de tratamiento	Atención Primaria/Cardiología	
Posterior ingreso-urgencias	Atención Primaria <10 días Cardiología <30 días	Conciliación de la medicación Comorbilidad

Tabla elaborada con datos de la comunicación/relación entre atención primaria y cardiología.

Figura 1. Manejo compartido de atención primaria-atención especializada en el paciente con insuficiencia cardíaca «conocida»



NYHA: escala de la New York Heart Association.

PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA: EDUCACIÓN TERAPÉUTICA, INTEGRACIÓN EN RUTAS ASISTENCIALES Y PERÍODO DE «TRANSICIÓN»

Una de las facetas a menudo olvidada en el paciente con IC es la educación sobre la enfermedad, también conocida

como educación terapéutica. Este amplio concepto incluye el conjunto de actividades formativas impartidas tanto por los facultativos como por la enfermería que ayudan a mejorar la gestión de la enfermedad por el propio paciente y sus familiares. Dichas actividades se centran en su conjunto en mejorar el conocimiento y el modo de afrontar la enfermedad, la adherencia a las medidas higienicodietéticas y al tratamiento médico y al reconocimiento precoz de las

descompensaciones, así como a evitar las complicaciones principales de la enfermedad. Entendemos por medidas higiénico-dietéticas, fundamentalmente, la restricción hídrica; evitar el alcohol, el tabaco y los antiinflamatorios no esteroideos; la promoción de la actividad física y la clásica dieta restrictiva en sodio. Es obligado mencionar que algunas de estas recomendaciones están actualmente en tela de juicio y es probable que asistamos a cambios en «su redacción» (por ejemplo, la dieta restrictiva en sodio)⁴.

Fomentar la adherencia terapéutica mediante diferentes intervenciones, algunas de ellas llevadas a cabo en un medio ambulatorio como puede ser la atención primaria, podría asociarse a una reducción de las hospitalizaciones e incluso de mortalidad. Además, el médico de familia, debido a su accesibilidad y conocimiento del paciente, es clave en la detección del paciente mal cumplidor. Es preciso señalar que una parte sustancial de estas medidas se puede llevar a cabo en una unidad de rehabilitación cardíaca. Por lo tanto, es necesaria, de nuevo, una comunicación eficaz entre los distintos niveles asistenciales⁵.

En una revisión sistemática reciente⁶ que incluyó 7 ensayos clínicos y a más de 3500 pacientes con IC, la educación terapéutica impartida por la enfermería y centrada en el paciente en comparación con un manejo habitual se asoció a una reducción significativa del porcentaje de descompensaciones de la enfermedad y de ingresos hospitalarios, así como a una mejoría de la calidad de vida en un tiempo de seguimiento que fue variable entre los distintos estudios. Sin embargo, intervenciones centradas en el entorno del paciente, familiares y cuidadores no han demostrado hasta el momento un beneficio similar. Como es bien sabido, los datos clínicos, síntomas y signos que permiten al paciente con IC reconocer una descompensación precoz son, fundamentalmente, la disnea progresiva a menor esfuerzo; la disnea con el decúbito (ortopnea), pero también con la flexión del tronco (bendopnea); objetivación de disminución del volumen de diuresis sin haber modificado el tratamiento previamente; tos con el decúbito; aumento de peso (>2 kg en 3 días o 3 kg en una semana) y los edemas crecientes en tobillos, pies o piernas.

Otro aspecto clave donde el médico de familia es esencial para el manejo adecuado del paciente con IC es su integración en las llamadas «rutas asistenciales». Bajo este concepto se entienden programas organizados y adaptados localmente que permiten una adecuada coordinación de la atención sanitaria, tanto hospitalaria como de AP, que favorezca una visión holística del paciente con IC evitando desajustes, duplicidades de pruebas, contradicciones en el manejo del tratamiento y recomendaciones, lo que podría potencialmen-

te en último lugar afectar al pronóstico y calidad de vida del paciente. En 2016, la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) presentaron el concepto de unidad de manejo integral del paciente con IC (UMIPIC) como máximo exponente de las citadas rutas asistenciales, la cual integraría hasta a seis profesionales distintos, uno de los cuales es el médico de familia.

Se ha propuesto que los pacientes con IC apropiados para su manejo en AP, con visitas al médico de familia o la consulta de enfermería cada 3-6 meses, serían aquellos sin disnea o únicamente ante grandes esfuerzos (clase I-II de la escala de la New York Heart Association [NYHA]), sin descompensaciones en el último año y cuyo tratamiento ya esté optimizado⁷ (figura 1), aunque la realidad es que en AP se maneja a todo tipo de pacientes y se diagnostica y se optimiza el tratamiento en todas las fases de la enfermedad. En el reciente ensayo aleatorizado multicéntrico ETIFIC, la titulación de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y β -bloqueantes fue superior (dosis alcanzadas más próximas a la dosis objetivo) cuando la realizó la enfermería especializada que el propio cardiólogo de la unidad de IC⁸. Este estudio deja traslucir la idea de que una tarea específica, sea casi cual fuere, en el contexto del seguimiento de la IC, puede realizarla cualquier profesional sanitario que esté capacitado para llevarla a cabo.

Aquellos pacientes con valvulopatías moderadas o graves que pudieran requerir la toma de decisiones de reemplazo, pacientes portadores de prótesis valvulares o dispositivos (resincronizadores y desfibriladores automáticos implantables), candidatos potenciales a trasplante y pacientes con cardiopatía isquémica que precise tratamiento revascularizador o miocardiopatías deberían ser seguidos sobre todo en cardiología, con apoyo del médico de familia.

Cada vez más se considera que el papel del cardiólogo está en el diagnóstico y el enfoque inicial, continuando después con el seguimiento y tratamiento de una proporción de dichos pacientes, mientras que otros se derivarán para su manejo por el internista, el geriatra o el médico de familia. Aquellos pacientes en los que no se puede optimizar el tratamiento de la IC por su edad o por una comorbilidad significativa podrían ser candidatos a manejo por el geriatra o medicina interna. Sin embargo, en aquellos con resistencia a diuréticos, múltiples ingresos recientes o sintomáticos a pesar del tratamiento pueden ser manejados en cardiología o medicina interna, dependiendo de cuestiones locales. La medida en la que se distribuye la carga de trabajo entre profesionales en cada área se debe acordar entre los diferentes servicios y niveles asistenciales. En cualquier caso, la efectividad de estos equipos multidisciplinarios integrados en vías clínicas, habi-

tualmente con la participación de una enfermera coordinadora, todavía no se ha demostrado de forma fehaciente.

Dentro de dicha vía clínica, los profesionales de AP podrían desarrollar labores en la monitorización clínica del paciente con IC, tanto aquel que se sigue exclusivamente en este nivel como aquel compartido con cardiología o medicina interna. Dicha monitorización a través de una visita clínica se considera fundamental para la titulación de los fármacos (al alza o a su disminución), así como para la detección de complicaciones (por ejemplo, el desarrollo de fibrilación auricular, el desarrollo de insuficiencia renal dentro del síndrome cardiorrenal, etc.), y podría conllevar exploración física, toma de constantes, analítica básica (incluyendo como mínimo iones, función renal, perfil de hierro y hematometría), electrocardiografía y radiografía básica. En algunos medios se podría complementar con biomarcadores y ecocardiografías.

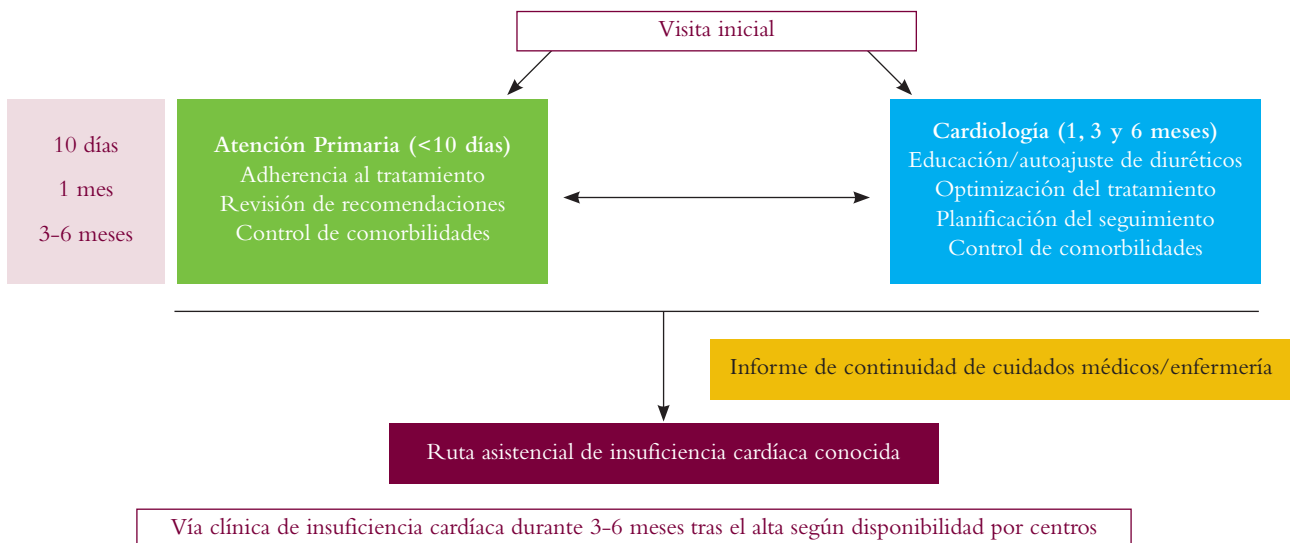
Finalmente, el médico de familia es una pieza crucial en el período inmediato tras el alta hospitalaria de un paciente con diagnóstico de IC, lo que se conoce con el nombre de «período de transición». Se trata de una fase de elevada vulnerabilidad del paciente debido al elevado riesgo de reingreso (hasta el 42 % en el primer mes) y mortalidad (hasta el 20 % en el primer mes)². Por ello, se ha sugerido que los pacientes con IC tras el alta deben tener cita con su médico de familia

en un plazo máximo de una semana y con su cardiólogo en dos semanas. En dicha primera visita en AP (y también en la de cardiología) debería al menos revisarse la «conciliación terapéutica» (confirmar que no hay incongruencias o duplicidades de principios activos), insistir en la adherencia, evaluar la dosis de diuréticos (y eventualmente ajustarlos) e insistir en la formación sobre signos de alarma. En la figura 2³ se muestra el flujo de seguimiento de los pacientes tras el alta hospitalaria.

PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA AL FINAL DE LA VIDA

Sobre el paciente en el cual ya se considera que «no se puede hacer más», es decir, cuando nos planteamos el control de los síntomas (sin pretender modificar el curso de la enfermedad) y asegurar un final de la vida lo más confortable posible, podemos decir que está en «cuidados paliativos». Esta situación puede acompañarse de caquexia cardíaca, ingresos recurrentes y situación de dependencia o limitación grave para las actividades diarias. Aquí el médico de familia tiene un papel en cuanto a la decisión de reducir la dosis de fármacos hipotensores, potenciar la morfina y los diuréticos o solicitar la desconexión del desfibrilador automático implantable⁹.

Figura 2. Seguimiento de los pacientes tras el alta hospitalaria por insuficiencia cardíaca



BIBLIOGRAFÍA

1. Manzano Espinosa L, González Franco A, Cerqueiro González JM, García Marina EM, Llácer Iborra P, Martínez Litago E, et al. SEMI-Excelente. Criterios y estándares para las Unidades de Medicina Interna. Insuficiencia cardíaca. Disponible en https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/grupos/criterios-y-estandares-acreditacion-unipic_27-02-2020.pdf [último acceso: 22 de febrero de 2021].
2. Anguita M, Bayés-Genís A, Cepeda JM, Cinza S, Cosin J, Crespo Leiro M, et al. Consenso de expertos sobre la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida: más allá de las guías. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2020;20(B):S1-46.
3. López Cuenca AA, Pastor Pérez FJ, Flores Blanco PJ, Manzano Fernández S. Rutas asistenciales consensuadas entre Cardiología y Atención Primaria. Proyecto CARPRIMUR. 2018. Disponible en <http://smcardiologia.es/data/noticiaspublicas/960doc1.pdf> [último acceso: 22 de febrero de 2021].
4. Barrios V, Escobar C, Pallares V, Egocheaga MI, Lobos JM, Bover R, et al. Management of heart failure in cardiology and primary care (MICCAP) program: improving the management of patients with heart failure. *Semergen.* 2018;44(8):572-8.
5. Kim D, Hayhoe B, Aylin P, Majeed A, Cowie MR, Bottle A. Route to heart failure diagnosis in English primary care: a retrospective cohort study of variation. *Br J Gen Pract.* 2019;69(687):e697-705.
6. Vedel I, Khanassov V. Transitional care for patients with congestive heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med.* 2015;13(6):562-71.
7. Vaillant-Roussel H, Pereira B, Gibot-Boeuf S, Eschaliér R, Dubray C, Boussageon R, et al. How are patients with heart failure treated in primary care? *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2018;56(8):347-57.
8. Liljeroos M, Strömberg A. Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings. *Eur J Heart Fail.* 2019;21(1):103-9.
9. Jones NR, Hobbs FDR, Taylor CJ. The management of diagnosed heart failure in older people in primary care. *Maturitas.* 2017;106:26-30.