

Programando el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca. Conceptos generales y aportes de una unidad nacional

Dres. Gabriela Ormaechea, Pablo Álvarez Rocha

Resumen

El presente artículo aborda la organización de la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica haciendo hincapié en la necesidad de una gestión coordinada y multidisciplinaria que evite el fraccionamiento.

Se analizan los distintos actores que intervienen y los posibles escenarios clínicos en que se desarrolla la atención de estos pacientes.

Se proponen distintos mecanismos de integración y coordinación de la gestión de acuerdo a las circunstancias en que se dé la asistencia.

Se remarca el papel integrador que deben jugar los profesionales médicos y de enfermería en dicha gestión, con una actitud articuladora entre las distintas etapas en que transcurre la atención ya sea ambulatoria, pre o intrahospitalaria.

Por último, se plantea como deseable que la asistencia se realice en un ámbito multi e interdisciplinario o, como forma alternativa o complementaria, a través de mecanismos de cogestión, transición o referencia-contrarreferencia.

Palabras clave: INSUFICIENCIA CARDÍACA
PROGRAMAS DE MANEJO
UNIDADES
TRATAMIENTO

Scheduling the assistance of heart failure patient. General concepts and contributions of a national unit

Summary

This article deals with care of patients with chronic heart failure, emphasizing the need of a coordinated and multidisciplinary management that avoids breaking-up.

Different actors that intervene and possible clinical areas in which the care of these patients is developed are analyzed.

Different mechanisms of integration and management coordination are proposed according to circumstances in which care is given.

The integrating role that medical and nursing professionals should play is emphasized highlighting their articulating attitude between different stages in which care takes place, either with outpatients or inpatients.

Finally, it is considered desirable that management be carried out in a multi and interdisciplinary field or, as an alternative or complementary form, through mechanisms of co-management, transition or reference.

Key words: HEART FAILURE
MANAGEMENT PROGRAMS
UNITS
TREATMENT

Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC), Hospital de Clínicas, Universidad de la República.

Correspondencia: Dra. Gabriela Ormaechea. Correo electrónico: gabiorma@gmail.com

Recibido Set 27, 2017; aceptado Dic 14, 2017

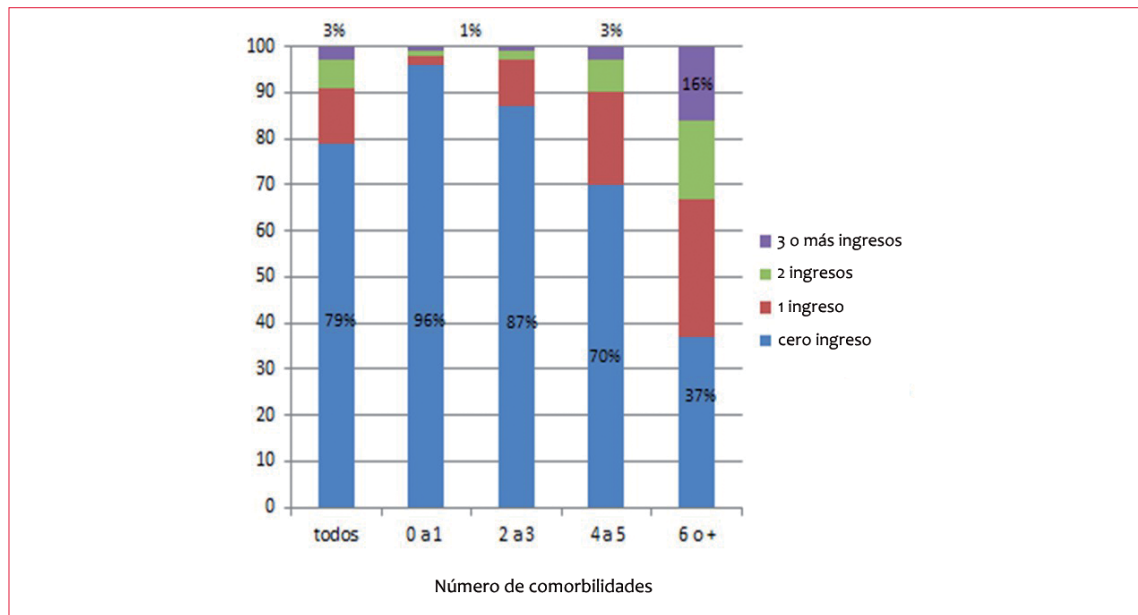


Figura 1. Porcentaje de beneficiarios de Medicare por número de visitas a emergencia y cantidad de condiciones crónicas. Tomado de referencia 10.

1. Importancia del tema

¿Qué desafíos plantea la insuficiencia cardíaca?

A pesar de los grandes avances en el conocimiento global de la insuficiencia cardíaca (IC) y su terapéutica, el pronóstico sigue siendo malo, presentando una alta mortalidad, mayor o igual que los principales cánceres, con tasas de supervivencia a cinco años que no superan 40%-50%⁽¹⁻³⁾.

Uno de los grandes desafíos que impone la IC es reducir su muy alta tasa de ingresos y reingresos hospitalarios, ya que constituye la primera causa de hospitalización y rehospitalización en pacientes mayores de 65 años⁽¹⁾.

La IC genera un impacto adverso en la morbi-mortalidad, con muy altos costos sanitarios, siendo las hospitalizaciones responsables del 70% del gasto de recursos de salud destinados a esta patología⁽⁴⁾.

Los costos no hay que pensarlos solamente en términos de política sanitaria, sino también en términos sociales, por la alta carga económica para el paciente y la familia (población anciana más vulnerable, mayor comorbilidad, polifarmacia, interacciones farmacológicas, incumplimiento de tratamiento, peor calidad de vida, etcétera).

La rehospitalización es un tema preocupante y frecuente; uno de cada cuatro pacientes reingresa al mes del alta y entre 25% a 50% reingresa en los seis meses siguientes, siendo la edad un predictor muy potente de ingresos y reingresos⁽⁵⁾.

Identificar la población en riesgo de nuevos eventos, identificar factores favorecedores de los mismos y tratar de revertir esta realidad es objetivo

de las guías de práctica clínica y consensos de expertos, donde el problema de la alta hospitalización se plantea como un objetivo prioritario.

La IC es una enfermedad con alta complejidad dada, entre otras, por la dificultad que supone realizar su diagnóstico, su gran prevalencia entre los adultos mayores, con alta frecuencia de comorbilidades tales como depresión, enfermedad renal crónica o anemia que interfieren en la adherencia al tratamiento y son predictores independientes de mortalidad⁽⁶⁻⁹⁾.

Según el registro Medicare, el número de hospitalizaciones está directamente relacionado con el número de comorbilidades (figura 1)⁽¹⁰⁾.

Un aspecto que hace a la vulnerabilidad de este grupo de pacientes es el mayor fraccionamiento de la asistencia, observándose un aumento del número de profesionales consultados en relación directa con las comorbilidades. Es frecuente observar ausencia de coordinación en relación al tratamiento indicado y cada profesional prescribe en forma individual según su especialidad sin interactuar con los demás colegas y sin valorar al paciente en forma global. Esto va de la mano de mayor riesgo de interacciones farmacológicas perjudiciales y mayores costos.

El 20% de esta población recibe más de diez fármacos. La polifarmacia se asocia a falta de adherencia, mayores errores de prescripción y dificultad en la adquisición de fármacos, así como al aumento exponencial de efectos adversos. Estos se producen en 5%-35% de los casos y son responsables del 10% de las hospitalizaciones⁽⁴⁾.

En el registro Medicare se observó que 34% de los pacientes que presentaban hasta una comorbilidad no tuvo ninguna consulta médica en un año, mientras que el 30% de los que tenían cuatro o cinco comorbilidades tenía 13 o más visitas a consultorio, lo que ascendía a 46% si tenían más de seis comorbilidades⁽¹⁰⁾.

Por tanto, a la hora de gestionar la atención de los pacientes con IC, se debería identificar, valorar y tratar las comorbilidades e intentar generar una consulta que evite el fraccionamiento asistencial. Las unidades multidisciplinarias de IC han surgido como posible solución, asistiendo a los pacientes en un equipo multidisciplinario.

2. Escenarios clínicos y actores en la atención de la insuficiencia cardíaca

2.1. Escenarios clínicos

Se deben considerar los diferentes escenarios, así como los diferentes profesionales del equipo de salud: médico de primer nivel de atención (PNA), internista, cardiólogo, otras especialidades, enfermera, etcétera.

Por otra parte, las áreas de asistencia a considerar son:

- Internación
 - Departamento de emergencia.
 - Internación de corta estancia.
 - Internación domiciliaria.
 - Internación en sala de cuidados moderados.
 - Internación en cuidados especiales e intensivos.
- Ambulatoria
 - Primer nivel de atención.
 - Atención por especialista.
 - Atención en sistema de cuidados paliativos.
 - Atención en clínica especializada.

Cada uno de estos escenarios clínicos tiene sus herramientas y objetivos particulares y cuenta con ventajas y desventajas. Pero en definitiva forman parte del fraccionamiento en la atención del paciente con IC que conspira contra una adecuada gestión.

2.1.1. Internación

2.1.1.1. Emergencia

Con frecuencia, el primer contacto entre el paciente y el equipo de salud es el departamento de emergencia, donde son atendidos en su amplia mayoría los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA)⁽¹¹⁾.

Los resultados respecto a la morbimortalidad de la ICA son aún inaceptables y pueden ser consecuencia de los diferentes fenotipos clínicos de la



Figura 2. Fenotipos de la insuficiencia cardíaca aguda. Tomado de referencia 13.

misma y de la ausencia de evidencia científica suficiente como para establecer protocolos claros y concisos como sucede, por ejemplo, con los eventos coronarios agudos (figura 2).

Solo un 10% de las ICA es extremadamente grave y requiere cuidados intensivos, el 90% restante es de riesgo bajo o intermedio y admite diferentes conductas de acuerdo a la disciplina médica que aborda el caso^(11,12).

2.1.1.2. Internación de corta estancia

Existe evidencia de que los pacientes con ICA de riesgo bajo o intermedio se benefician de una internación de corta estancia, en la que el objetivo esencial es estabilizar rápidamente al paciente y reintegrarlo a su domicilio⁽¹⁴⁾.

La pregunta que hasta ahora queda sin responder es qué paciente se beneficia más de esta internación de corta estancia comparado con el alta precoz a domicilio y cuál es la correcta estratificación de riesgo en el paciente con ICA dados los diferentes fenotipos de la misma⁽¹⁵⁾.

2.1.1.3. Internación domiciliaria

Si bien los datos son escasos parecería existir una reducción de la readmisión hospitalaria en aquellos pacientes derivados a internación domiciliaria luego de un alta precoz frente a aquellos seguidos en forma ambulatoria^(16,17).

2.1.1.4. Internación en sala de cuidados moderados

La internación hospitalaria de los pacientes con IC se ha mantenido elevada durante los últimos diez años y ha aumentado en la población más añosa⁽¹⁸⁾. Se considera un evento centinela ya que a partir del mismo los pacientes aumentan mortalidad y ingresos⁽¹²⁾.

Los estudios clínicos han fallado en caracterizar la evolución intrahospitalaria de los pacientes con IC, pero varios de ellos han constatado diferencias

evolutivas según sean seguidos por cardiólogos, internistas o médicos generales⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Los ingresos hospitalarios corresponden, en su mayoría, a causas ajenas a la IC y solo 17%-35% son atribuibles a descompensación de IC, mientras que 53%-62% son secundarios a causas no cardiovasculares, lo que muestra la necesidad de un abordaje acorde con las características particulares de cada paciente^(22,23).

2.1.1.5. Internación en cuidados especiales e intensivos
Este aspecto es muy importante y corresponde particularmente a la ICA grave cuyo manejo se aborda en otro capítulo de este suplemento.

2.1.2. Atención ambulatoria

2.1.2.1. Primer nivel de atención

La mayoría de los pacientes son vistos por primera vez en el PNA, donde los síntomas y signos alertan al médico de la posibilidad de encontrarse frente a una IC, aunque estos no sean específicos para confirmar el diagnóstico⁽²⁴⁾.

Los pacientes con IC son, frecuentemente, diagnosticados y tratados en forma tardía en el PNA, probablemente por carencias de recursos paraclínicos o en la formación de los recursos humanos, o ambos. De hecho la IC es una de las causas más frecuentes de errores diagnósticos en el ámbito del PNA^(25,26).

Algunos médicos del PNA se apoyan tan solo en la respuesta al tratamiento diurético para confirmar el diagnóstico. Se ha visto también que los médicos que rutinariamente derivan sus pacientes con falla cardíaca al cardiólogo, desconocen en un alto porcentaje los beneficios de fármacos como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los betabloqueantes (BB) en los pacientes con disfunción sistólica⁽²⁷⁾.

Por otra parte, existe bajo registro de exploraciones complementarias básicas, como electrocardiograma (ECG) o radiografía de tórax, y una baja utilización de BB en su tratamiento⁽²⁸⁾.

La mayoría de las evidencias sobre IC se han obtenido de estudios en el segundo nivel de atención, lo cual lleva a obviar las realidades diferentes del ámbito del PNA⁽²⁹⁾.

Estudios mediante la técnica de grupos de enfoque (*focus groups*) analizaron posibles barreras para la atención del paciente con IC en el PNA, y, entre las percibidas por los profesionales, se encuentra la dificultad en el diagnóstico por falta de tiempo y de acceso a herramientas como el ecocardiograma transtorácico (ETT)^(26,27,30).

Una revisión sistemática analizó la utilidad del examen físico, la dosificación de péptidos natriuréticos

tipo B (BNP) o el ECG en el diagnóstico inicial de la IC en el PNA. Surgió el papel prioritario de la anamnesis y el examen físico junto con el uso criterioso del BNP para poder administrar la solicitud del ETT. Esto reafirmaría la necesidad de un espacio adecuado para la valoración clínica en el ámbito del PNA⁽³¹⁾.

Se ha visto, por otra parte, que una adecuada información a través de las guías terapéuticas no sería suficiente para solucionar este tipo de dificultades⁽²⁶⁾.

3. Actores en la atención de la insuficiencia cardíaca

3.1. Atención por especialistas

Los profesionales con un rol preponderante en la asistencia de los pacientes con IC son el licenciado en enfermería (LE), el médico cardiólogo y el médico internista.

3.1.1. Enfermería

Un aspecto fundamental para la buena evolución de estos pacientes es la educación respecto a su enfermedad, lo que asegura una mayor adherencia al tratamiento. La enfermería tiene un rol protagónico en este tipo de abordaje y el trabajo educativo que desempeña tiene efecto beneficioso en el autocuidado, tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario. Un LE entrenado en IC es el recurso más práctico y efectivo para asesorar al paciente sobre los síntomas y las medidas a adoptar cuando los mismos se presentan⁽³²⁻³⁹⁾.

Un estudio realizado en la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC) mostró un muy bajo nivel de conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes⁽⁴⁰⁾. El personal de enfermería, por su papel integracionista, debería estar presente en todos los escenarios clínicos analizados, ya que puede y debe ser el facilitador en la integración de los distintos actores médicos y no médicos que intervienen en la atención del paciente⁽⁴¹⁾.

3.1.2. Cardiología

El cardiólogo debe valorar a los pacientes con IC en algún momento del proceso, idealmente en la fase inicial dado que es el responsable de realizar e integrar las diferentes pruebas cardiológicas (ETT, ergometría, Holter, coronariografía) necesarias para el diagnóstico y el tratamiento. Incluso, la aplicación de terapias específicas y su seguimiento posterior (terapia de resincronización, desfibriladores, trasplante cardíaco) implican que exista una inte-

racción de subespecialidades dentro de la cardiología.

Las policlínicas de alta resolución cardiológica (no existentes en nuestro país actualmente) en las cuales se concreta en un solo acto la consulta clínica y la evaluación paraclínica cardiológica básica son una posible solución para efectivizar la integración de la cardiología con el PNA^(42,43).

Se ha observado una subutilización de drogas como los IECA y BB en la consulta cardiológica, aunque el nivel de indicación es más alto que en otras especialidades. También se observa una accesibilidad disminuida al ecocardiograma como herramienta primaria para el diagnóstico^(27,44).

Muchas veces el planteo esgrimido por los cardiólogos para no seguir al paciente con IC es su alta prevalencia, generadora de alta demanda para la especialidad y la alta frecuencia de comorbilidades que aboga a favor de que sea un médico internista el que lleve a cabo el seguimiento.

3.1.3. Medicina interna

El médico internista toma contacto con el paciente durante la hospitalización o en el seguimiento tras el alta, manejando las enfermedades no cardiovasculares. Muchas de estas participan en la etiología de la IC o desencadenan episodios de descompensación cardíaca, 50% de los cuales se puede prevenir con un adecuado seguimiento⁽⁶⁾.

Se ha comprobado reducción en los reingresos y en el tiempo de estadías de internación con la atención en una policlínica monográfica (dedicada exclusivamente a IC) de medicina interna (MI) con enfermería⁽⁴⁵⁾.

Si bien los cardiólogos cumplirían más estrictamente las pautas del tratamiento de la IC en los pacientes internados, también es cierto que los internistas ven a los pacientes más complejos y con alta prevalencia de comorbilidades⁽⁴⁶⁾.

3.1.4. Atención en clínicas especializadas

Las unidades especializadas de IC surgen en el marco conceptual de los programas de manejo de enfermedades crónicas (PMEC), los que se definen como “el completo acercamiento al cuidado de una enfermedad particular acompañando prevención, tratamiento y seguimiento, incluyendo la implementación de pautas”⁽⁴⁷⁾.

Las primeras en auspiciar el concepto de PMEC fueron las administradoras de salud y las compañías farmacéuticas de Estados Unidos, buscando compartir los riesgos económicos, reducir costos hospitalarios y asegurar la adherencia de los pacientes a los planes terapéuticos⁽⁴⁸⁾.

El primer registro describiendo resultados en una clínica especializada de IC fue publicado en 1983, pero el mayor desarrollo de la investigación clínica se produjo en la segunda mitad de la década de 1990, siguiendo el trabajo de Rich y colaboradores. Estos autores reportan los resultados de un estudio randomizado, prospectivo, con intervención multidisciplinaria, en pacientes mayores de 70 años previamente hospitalizados por IC, valorando el promedio de reingresos, la calidad de vida y los costos. La intervención redujo los reingresos en 56% y se redujeron los costos en 500 dólares por paciente incluido^(49,50).

Se ha descrito la asociación del abordaje multidisciplinario de la IC con el uso elevado de tratamientos basados en la evidencia y mayor adherencia de los pacientes a los mismos⁽⁵¹⁾.

En una revisión sistematizada de 29 estudios randomizados de cuidados multidisciplinarios en IC, Mc Allister y colaboradores sugieren que:

1. En los pacientes vinculados a un equipo multidisciplinario especializado la mortalidad se redujo 25%, los ingresos por IC 26% y los ingresos por cualquier causa 19%.
2. Los que se basaban en trabajo de educación para el autocuidado redujeron la internación por IC en 34% y la internación por otras causas en 27%.
3. Los que se basaban en seguimiento telefónico lograron una reducción de los ingresos por IC de 25%, pero no de los ingresos por cualquier causa ni de la mortalidad⁽⁵²⁾.

En el caso particular de la UMIC se pudo confirmar una reducción significativa de los ingresos hospitalarios y un alto índice de prescripción de fármacos con claros beneficios en la morbimortalidad. Aun así se verificó un alto índice de abandono del programa sobre todo en los pacientes que no contaban con apoyo familiar (figura 3)^(53,54).

En años recientes, estudios de buena calidad han encontrado poco o ningún beneficio en los diferentes programas de cuidados de pacientes con IC, pero podría existir un sesgo importante por la diversidad en las características de los mismos⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾.

La alta diversidad es atribuible a la falta de estandarización, ya que si bien los sistemas de manejo y seguimiento presentan un centro de acción que es la gestión de riesgos y coordinación de cuidados, la forma en que lo realizan es muy variable.

También existe gran variabilidad en las características de los pacientes (internados-ambulatorios; disfunción sistólica-disfunción diastólica; etcétera); la modalidad de trabajo (policlínica; atención en domicilio, control telefónico) y los técnicos participantes (médicos, enfermeros) de las unidades de IC.

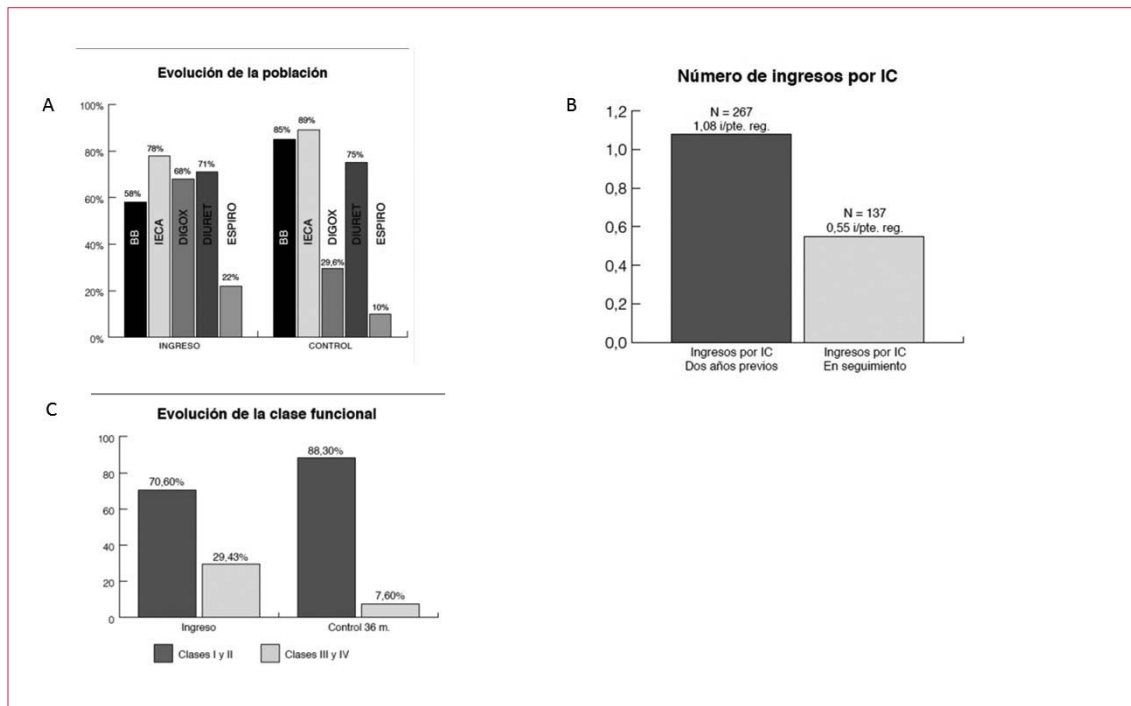


Figura 3. Gráficas de resultados evolutivos de la cohorte de pacientes UMIC en el período 2003-2008. Tomado de referencia 53. A) Diferencias logradas en la evolución en el tratamiento. Control a los 36 meses de seguimiento. B) Evolución de clases funcionales de la NYHA en los agrupados en clases funcionales altas (III, IV) y bajas (I, II). C) Diferencias de las relaciones ingresos-pacientes registrados (dos años previos) con ingresos-pacientes seguidos.

Esta variabilidad genera problemas para comparar modelos, programas, resultados y efectividad^(29,31).

No ha podido determinarse cuál o cuáles de los componentes que conforman los programas de seguimiento benefician la evolución de los pacientes pero, en todos los casos, una mejor evolución se asocia a un seguimiento más cercano^(58,59).

Actualmente los programas de atención a pacientes con IC se incluyen en las guías con una recomendación de tipo I con nivel de evidencia A para disminuir ingresos hospitalarios y de clase IIa para reducir la mortalidad⁽⁶⁰⁾.

La Asociación Americana del Corazón (AHA) conformó un panel de expertos en programas de manejo de enfermedades cardiovasculares que estableció principios generales para la aplicación de los mismos (tabla 1)^(61,62).

4. Coordinación multidisciplinaria

Para promover la integración entre los diferentes profesionales de la salud y los diferentes escenarios donde se asiste al paciente con IC se deberían crear modelos asistenciales que promuevan un *continuum* en la atención. Para lograr este objetivo se debe tener un conocimiento acabado de cada parte, conocer los recursos humanos y materiales con que se cuenta, las debilidades y fortalezas y tener una co-

municación fluida bidireccional diseñando objetivos de trabajo comunes.

Un vínculo eficiente entre los diferentes modelos asistenciales deberá tener, como elementos imprescindibles: comunicación, coordinación y continuidad asistencial.

Es necesaria una comunicación fluida entre los equipos de salud con el conocimiento de la realidad que vive cada grupo y del trabajo con objetivos comunes en forma coordinada. Lograr una atención con continuidad asistencial por diferentes profesionales en distintos escenarios es posible si se elaboran objetivos comunes centrados en el paciente.

La existencia de una única historia clínica digital o inclusión en un mismo registro es, sin duda, un elemento integrador entre los diferentes escenarios asistenciales, de forma tal que todos los actores pueden acceder en tiempo real a la misma información. Evita desplazamientos innecesarios de los pacientes desde la comunidad al hospital o viceversa, y la multiplicación de exámenes complementarios, permitiendo coordinar inicio, ajustes o suspensión de tratamientos.

Otro elemento propuesto y muy útil es la figura de un recurso humano de “enlace” que coordine las acciones para la continuidad del seguimiento cuando los pacientes se transfieren de un área de atención (por ejemplo, hospitalización) a otra (por ejemplo, PNA)⁽⁴¹⁾.

El personal de enfermería juega un rol fundamental en la transición de un ámbito a otro, pero debe tenerse en cuenta que se trata de pacientes complejos, pluripatológicos, añosos y polimedcados, siendo por ello importante fortalecer vínculos entre especialistas, lo que puede verse facilitado en el ámbito de una unidad multidisciplinaria⁽⁴¹⁾.

Se han abordado las características relevantes de las unidades de IC con sus particularidades; ahora es conveniente analizar, de acuerdo al escenario y a los actores que se han descrito, cómo desarrollar una coordinación adecuada con un objetivo integracionista de la asistencia.

4.1. Coordinación desde la hospitalización

4.1.1. Consulta en el servicio de urgencias

Se estima que aproximadamente 800 mil veces en un año se admiten pacientes por IC sintomática en un servicio de urgencias⁽¹²⁾. Aproximadamente el 20% de esos pacientes son dados de alta directamente a su domicilio con una alta incidencia de eventos posalta que determinan el reingreso en el 20% a 30% de los casos. Más de 40% de esos reingresos son debidos a otras causas y no a la IC^(63,64).

Son necesarios, entonces, pautas y protocolos que permitan una adecuada tipificación y estratificación de riesgo, con un adecuado manejo primario del paciente en este ámbito. Es importante remarcar el papel que puede jugar la figura de enlace (enfermero, internista, cardiólogo) asegurando y facilitando, desde un programa multidisciplinario, una adecuada transferencia del paciente hacia el ámbito que corresponda.

En el consenso español para el manejo integral de la ICA se sugiere la siguiente *check list* al momento del ingreso⁽⁶⁵⁾:

1. El diagnóstico sindrómico de IC.
2. El sustrato cardíaco responsable del cuadro actual está bien definido, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conocida, estado del ventrículo derecho, presión arterial pulmonar, válvulas, pericardio, etcétera.
3. El estado clínico-hemodinámico del paciente está bien definido (clases de Stevenson) y es congruente con las propuestas iniciales de manejo: 1) tratamiento farmacológico y no farmacológico; 2) pruebas diagnósticas iniciales; 3) grado de monitorización o vigilancia; 4) ubicación en un área asistencial específica.
4. Determinar si la ICA coexiste con patología aguda de otro órgano o sistema que pueda condicionar parte de la clínica actual o ser desencadenante del cuadro.

Tabla 1. Principios guías para el desarrollo de un programa de seguimiento. Tomado de referencia 61.

- El objetivo principal de un programa de manejo de enfermedades debe ser mejorar la calidad de los cuidados y la evolución de los pacientes
- El programa debe estar basado en guías revisadas y derivadas de evidencias científicas surgidas de consensos
- Debe fomentar el aumento de la adherencia a planes de tratamiento basados en evidencias sustentables
- Debe incluir parámetros de performance consensuados
- Todos los esfuerzos deben incluir evaluaciones actualizadas y con base científica incluyendo evoluciones clínicas
- Debe desarrollarse en el contexto de un sistema integrado en el cual la relación paciente-proveedores de salud sea central
- Para asegurar la buena evolución del paciente los programas deben contener la complejidad de las comorbilidades médicas
- Los programas deben ser desarrollados para toda la población y particularmente para aquellos segmentos más vulnerables
- Deben manejarse escrupulosamente los conflictos de interés de las organizaciones involucradas

5. Si se puede aventurar una hipótesis fisiopatológica para el cuadro actual, que sea congruente con la sospecha etiológica, los resultados de las pruebas complementarias iniciales, la presencia de factores desencadenantes y la respuesta que hemos observado inicialmente con el tratamiento, es decir, si el paciente “cuadra”.
6. Se puede establecer una propuesta de plan diagnóstico y terapéutico a desarrollar durante la hospitalización plausible con todos los puntos anteriores.
7. En base a todo lo comentado en los puntos 1-6, y considerando además la situación funcional y cognitiva y el sustrato social del paciente, se determinará el servicio responsable de completar el proceso hospitalario. El mismo puede ser un servicio de cardiología, MI o medicina intensiva.

4.1.2. Ingreso hospitalario

La hospitalización es un evento que identifica a una población de mayor riesgo, se asocia a un aumento de 12% en la mortalidad luego del primer ingreso y el porcentaje aumenta con subsiguientes ingresos. Se debe intentar identificar qué pacientes son más vulnerables, qué elementos pueden predecir la

rehospitalización y con qué herramientas cuentan hoy los programas de IC para evitarlas.

Varias investigaciones sugieren que la mayoría de los factores de riesgo para los reingresos hospitalarios son debidos en parte a:

- Factores relacionados con la conducta del paciente: abandono de medicación, incumplimiento de la dieta, no conocimiento de su patología.
- Factores relacionados con el equipo de salud: insuficiente educación sobre la enfermedad al paciente y su familia (incluyendo conocimiento sobre etiología, signos y síntomas de descompensación), alta hospitalaria precoz (en pacientes aún no compensados), alta hospitalaria sin fármacos adecuados (BB/IECA), y control tardío posalta.

Es por este motivo que los ensayos clínicos controlados se orientan hacia la búsqueda de protocolos o scores que tienen como objetivo disminuir el reingreso hospitalario por ICA.

El trabajo de Au y colaboradores identifica cuatro variables clínicas que predicen el riesgo de reingreso y mortalidad a 30 días⁽⁶⁶⁾:

1. Edad del paciente.
2. Número de hospitalizaciones en los seis meses previos.
3. Número de visitas a urgencias en seis meses previos.
4. Duración de la última hospitalización.

La MI debe mostrar en su ámbito de acción por excelencia, como es la hospitalización, la capacidad de jugar un rol decisivo en la integración multidisciplinaria. Según datos españoles, los pacientes atendidos en los servicios de MI son sobre todo ancianos, con alta incidencia de comorbilidades graves y, en general, acuden al hospital de forma no programada⁽⁶⁷⁾.

4.1.3. Plan de alta programada

El abordaje multidisciplinario y la identificación de factores de riesgo para el reingreso hospitalario han permitido elaborar modelos asistenciales que incorporan en sus protocolos la elaboración de programas de intervención hospitalaria previo al alta y posterior a esta, lo que se conoce como plan de alta programada (PAP) en IC^(50,68-71).

Estos modelos han mostrado un impacto significativo en la reducción de reingresos, lo que determina una mejoría en la calidad de vida de los pacientes y un ahorro económico para el sistema de salud y, lo más importante, son aplicables a distintas realidades⁽⁷²⁾.

El manejo posinternación del paciente con IC se debe planificar desde el primer día de ingreso hospitalario.

Actualmente el grupo de investigación UMIC está llevando a cabo un estudio randomizado, financiado por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII), que evalúa los efectos de un PAP en la población de pacientes ingresados por IC en el Hospital de Clínicas. Seguramente serán interesantes los datos que se obtengan del mismo.

Los PAP se basan fundamentalmente en tres pasos: valoración precoz al ingreso, planificación del alta y transferencia de información a otros niveles de atención en la poshospitalización.

4.1.3.1. Valoración precoz al ingreso

- Identificar el patrón hemodinámico característico al ingreso y proponer un tratamiento en consecuencia: sobrecarga de volumen (diuréticos); bajo gasto (inotrópicos).
- En lo posible no suspender IECA ni BB.
- Identificar factores precipitantes y desencadenantes de IC. Clínicos: infección, isquemia, tromboembolismo, arritmias. No clínicos: humanos, sociales, educacionales, baja autoestima. Pesquisa de principales comorbilidades, identificar y tratar cada una de ellas: depresión, anemia, distiroidismos, enfermedad renal.
- Identificación del cuidador principal.
- Conciliación terapéutica.

4.1.3.2. Programar el alta

- Evaluar oportunidad en tiempo y forma: pacientes en peso seco y sin signos de descompensación.
- Alta con medicación recomendada en dosis objetivo o en titulación.
- Alta con precaución en la indicación de medicamentos “no favorables” (antiinflamatorios no esteroideos).
- Mensaje escrito.
- Asegurar adecuada continencia y soporte social.
- Educación al paciente y al grupo familiar.
- Inmunización para influenza/neumococo.

Respecto a la poshospitalización existen múltiples modelos de cuidado en la transición hospital-domicilio para prevenir la readmisión, con los que se obtuvieron resultados variables.

4.1.3.3. Transferencia de información a otros niveles de atención

Se debe mantener la continuidad de la asistencia con adecuada coordinación del seguimiento ambulatorio, trabajando en equipo con sistemas de asistencia del primer o segundo nivel de atención. Se debe buscar el empoderamiento del paciente en base a

Tabla 2. Características de pacientes hospitalizados con IC más vulnerables.

• Población adulta mayor
• Múltiples comorbilidades activas
• Enfermedad renal crónica
• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
• Diabetes mellitus
• NYHA (New York Heart Association) clase III-IV
• Síntomas persistentes
• Hospitalización frecuente por cualquier causa
• Historia de depresión
• Deterioro cognitivo
• Poco soporte social
• Historia de no adherencia al tratamiento

la información. Modificar la atención convencional hacia una más proactiva con profesionales especializados en IC y una gestión asistencial con el uso de nuevas tecnologías (historia clínica electrónica, aplicaciones inteligentes) que faciliten la comunicación entre los distintos niveles de atención⁽⁴¹⁾.

4.1.3.4. Seguimiento telefónico

Tiene como objetivos: apoyar la transición hospital-domicilio y la continuidad del tratamiento; fortalecer el autocuidado; ayudar a los pacientes a identificar síntomas y signos de descompensación; evacuar consultas, mantener la adherencia.

Se recomienda que la primera consulta telefónica se realice dentro de las 48-72 horas posalta, con consultas mensuales posteriores.

4.1.3.5. Seguimiento precoz posalta

El contacto precoz luego del alta ha mostrado gran impacto en la reducción de reingresos. El tiempo considerado como adecuado es variable, las últimas guías sugieren entre 7 a 10 días.

4.1.3.6. Visitas domiciliarias

Las visitas domiciliarias constituyen una alternativa más en la transición de la atención del paciente. La mayoría de los reportes publicados no especifican si las mismas fueron realizadas por enfermeras de atención domiciliaria o con formación en IC. Son recomendadas en forma precoz, pero la frecuencia para su realización es variable según los diferentes programas.

El objetivo de la visita domiciliaria es reforzar el autocuidado y la información recibida previamente,

Tabla 3. Consideraciones en la elaboración, implantación y evaluación de protocolos en la organización de la atención multidisciplinaria.

• Vincular en el proceso la complicitad de los líderes locales como auténticos impulsores del programa
• Evaluar a los pacientes en forma integral
• Implicar a la enfermería especializada en los distintos niveles asistenciales como eje administrador de casos
• Planificar la comunicación periódica entre la enfermería hospitalaria y la del primer nivel de atención
• Garantizar la formación continuada de los distintos agentes asistenciales
• Comunicar y difundir la idoneidad del modelo y sus resultados
• Priorizar la integración de registros electrónicos entre todos los niveles asistenciales
• Evaluar los resultados a partir de una revisión periódica de registros de indicadores de calidad asistencial

y ayudar al paciente en la toma de decisiones frente a la presencia de síntomas y signos de alarma.

En la integración de cualquiera de estos modelos de trabajo es pertinente contar con una estructura de enlace (enfermero, médico) que asegure la continuidad en la transición.

Sea cual sea el modelo seleccionado para la transición desde la internación, se deberán considerar los siguientes pasos⁽⁷³⁾:

- Consulta precoz posalta.
- Tratamiento de IC con énfasis en el uso de IECA y BB, reforzando la adherencia terapéutica.
- Educación del paciente y familiares identificando síntomas y signos de alarma, y actuando en consecuencia en forma precoz, priorizando el autocuidado.
- Mecanismos de ajuste de la medicación después del alta.
- Acceso rápido al equipo de salud tratante frente a dificultades (por ejemplo, vía telefónica).
- Identificar correctamente aquellas poblaciones de mayor riesgo e implementar medidas de cuidado de acuerdo al mismo (tabla 2).

La amplia variabilidad de disponibilidades que se pueden presentar en el modelo asistencial hace recomendable la regulación de los procesos multidisciplinarios mediante protocolos locales. Por ello, es aconsejable formalizar marcos de atención estructurada que faciliten la mejor asistencia posible



Figura 4. Escenarios clínicos y actores en el proceso de atención de la insuficiencia cardíaca.

adaptada a las necesidades de las distintas condiciones de gravedad del paciente⁽⁶⁵⁾.

A la hora de manejar todos estos protocolos es bueno considerar las recomendaciones del consenso español para la mejora de la atención integral de los pacientes con ICA (tabla 3).

Varios estudios han mostrado que las intervenciones de transición determinan una reducción de 29% de las consultas en el departamento de emergencia y una reducción de los reingresos del orden de 8%^(18,73).

4.1.3.7 Cuidados paliativos

La etapa final de la enfermedad es muy sintomática, por lo que se debe considerar la atención con criterios de cuidados paliativos no oncológicos focalizados en el tratamiento de los síntomas y soporte al paciente y su familia⁽⁷⁴⁻⁷⁶⁾.

Varios reportes han mostrado que los programas de cuidados paliativos domiciliarios producen

beneficios en la calidad de vida, con reducción de síntomas y rehospitalizaciones⁽⁷⁷⁾.

Estos programas se basan en visitas domiciliarias o llamadas telefónicas semanales en las primeras cuatro semanas posalta con un seguimiento posterior mensual con enfermero y soporte de equipo multidisciplinario.

La etapa de cuidados paliativos debe ser planificada como parte de ese *continuum* asistencial y requiere de la coordinación de internistas, cardiólogos y paliativistas trabajando en equipo.

4.2. Coordinación en la transición bidireccional

La derivación de un profesional a otro, o de un profesional a un equipo, ya sea desde el PNA al segundo nivel o viceversa, debe estar supeditada a la experiencia del o los profesionales, o a la necesidad de una mayor investigación, intervención o apoyo. Un plan de manejo claro, revisado periódicamente y co-

nocido por el paciente y todos los profesionales a cargo, es probable que optimice el resultado⁽⁵⁸⁾.

Debemos concebir el proceso de atención como un sistema de puertas giratorias siempre abiertas que permitan conducir el proceso de interacción en el sentido que se necesite.

4.3. Coordinación en base a cogestión

Algunos estudios analizan la atención compartida entre el médico del PNA y el cardiólogo y muestran diferentes características con un menor número de ingresos por descompensación respecto al seguimiento del médico del PNA aislado^(78,79).

Un estudio neozelandés verifica que actualmente los médicos del PNA continúan gestionando la mayoría de los pacientes con IC. Los autores plantean que, dado que los programas multidisciplinarios de seguimiento no alterarían la gestión de estos, podría asumirse que habría ganancias en el trabajo conjunto. Esto permitiría la opción de involucrar a los pacientes en dichos programas antes de la hospitalización⁽⁸⁰⁾.

4.4. Coordinación en un sistema de referencia y contrarreferencia

Un modelo alternativo de integración en el proceso de atención es el sistema de referencia-contrarreferencia (SRC), que tiene la virtud de ser más factible que la cogestión o la transición bidireccional, aunque existe cierto solapamiento entre ellos.

Se define *referencia* como el procedimiento utilizado para canalizar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutoria (diagnóstica o terapéutica) de acuerdo al grado de complejidad, con el fin de que reciba atención médica integral.

Y *contrarreferencia* es el procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico o tratamiento, o ambos, se retorna al paciente a la unidad operativa que lo refirió, continuando con la atención integral.

Se debe llevar a cabo con estrategias orientadas a mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud que actúan en el PNA buscando el fortalecimiento de este último.

Se deben coordinar a través del modelo de redes de atención, enfatizando la articulación o unificación de objetivos, las acciones y los recursos de las instituciones, siendo esto más importante que el rol cumplido de forma independiente por cada una de ellas.

La UMIC viene desarrollando el SRC desde hace ocho años con varios centros en el interior del país con muy buenos resultados.

Resumen conceptual

- Es necesario un abordaje adecuado de la gestión en la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica.
- Dicha gestión debe ser coordinada y multidisciplinaria, evitando el fraccionamiento en la atención.
- El licenciado en enfermería y el médico tienen un rol protagónico en la coordinación de la gestión.
- Es deseable que la atención se realice en un ámbito multi e interdisciplinario a través de mecanismos de cogestión, transición o referencia-contrarreferencia.
- Tanto el médico que asume el rol de la gestión como el licenciado en enfermería deben operar como figuras de enlace entre los diferentes actores y escenarios en que transcurre la atención.
- El accionar de una unidad de insuficiencia cardíaca que funcione en forma protocolizada proporciona un control estrecho, así como un abordaje holístico del paciente y su realidad.

5. Conclusiones finales

Es necesario un abordaje coordinado y multidisciplinario de la atención de los pacientes con IC, evitando el fraccionamiento de la misma.

El LE y el médico deben tener un rol protagónico en la coordinación de la gestión, pudiendo officiar de enlace entre los diferentes actores y escenarios.

En todos los ámbitos posibles, el accionar de una unidad que funcione en forma protocolizada proporciona un control muy estrecho y una atención holística del paciente y su realidad.

Al decir de López Sendom: “*La organización de unidades de IC exige la colaboración explícita de la administración sanitaria, por la necesaria contratación especial de personal y sus funciones novedosas en algunos ámbitos médicos (asistencia especializada a domicilio, educación del paciente y familiares, nuevas responsabilidades de enfermería, nuevas necesidades de asistencia social, etcétera)*”⁽⁸¹⁾.

El esquema de la figura 4 intenta mostrar en forma simple el accionar de los distintos actores en los diferentes ámbitos, jerarquizando la continuidad de los procesos.

Para concluir, todos los actores en el proceso de atención de la IC deberían considerar la importancia de la frase *uno para todos y todos para uno* de

Alejandro Dumas en su insigne obra, concibiendo al paciente como el centro neurálgico de su accionar.

Bibliografía

1. **McMurray JJ V, Stewart S.** The burden of heart failure. *Eur Hear J Suppl* 2002;4(Suppl D):D50-8.
2. **Mosterd A, Hoes AW.** Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007;93(9):1137-46.
3. **Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, Capewell S, McMurray JJV.** More “malignant” than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *Eur J Heart Fail* 2001;3(3):315-22.
4. **Bundkirchen A, Schwinger RHG.** Epidemiology and economic burden of chronic heart failure. *Eur Hear J Suppl* 2004; 6(Suppl D):D57-60.
5. **Gheorghide M, Vaduganathan M, Fonarow GC, Bonow RO.** Rehospitalization for heart failure: problems and perspectives. *J Am Coll Cardiol* 2013;61(4):391-403.
6. **Montero Pérez-Barquero M, Conthe Gutiérrez P, Román Sánchez P, García Alegría J, Forteza-Rey J.** Comorbilidad de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en los servicios de medicina interna. *Rev Clín Esp* 2010;210(4):149-58.
7. **Acle S, Ormaechea G, Álvarez P.** Síndrome cardio-renal-anemia en la insuficiencia cardíaca sistólica. *Arch Med Inter* 2014;36(3):95-100.
8. **Muñiz Prechac P, Álvarez Rocha P, Silveira A, Ormaechea G, Silera Pérez G.** Prevalencia de depresión en la cohorte de pacientes de una unidad de insuficiencia cardíaca crónica. *Rev Méd Urug* 2013; 29(3):174-80.
9. **Álvarez Rocha P, Muñiz Prechac P, Silveira A, Silveira Pérez G, Ormaechea Gorricho G.** Utilidad de una encuesta rápida para pesquisa de depresión (EPD.3PO) en una cohorte de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. *Insuf Card* 2013; 8(4):165-70.
10. **Centers for Medicare and Medicaid Services.** Chronic conditions among medicare beneficiaries, ChartBook: 2012 edition. Baltimore, MD: CMS, 2013. Disponible en: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Chronic-Conditions/2012ChartBook.html>. [Consulta: 15 Set 2017].
11. **Christ M, Mueller C.** Editor’s Choice- Call to action: initiation of multidisciplinary care for acute heart failure begins in the Emergency Department. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2016; 5(2):141-9.
12. **Collins SP, Pang PS, Fonarow GC, Yancy CW, Bonow RO, Gheorghide M.** Is hospital admission for heart failure really necessary?: the role of the emergency department and observation unit in preventing hospitalization and rehospitalization. *J Am Coll Cardiol* 2013;61(2):121-6.
13. **Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ V, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al.** ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart. *Eur J Heart Fail* 2008;10(10):933-89.
14. **Storrow AB, Collins SP, Lyons MS, Wagoner LE, Gibler WB, Lindsell CJ.** Emergency department observation of heart failure: preliminary analysis of safety and cost. *Congest Heart Fail* 2005; 11(2):68-72.
15. **Fermann GJ, Collins SP.** Initial management of patients with acute heart failure. *Heart Fail Clin* 2013; 9(3):291-301.
16. **Fergenbaum J, Bermingham S, Krahn M, Alter D, Demers C.** Care in the home for the management of chronic heart failure: systematic review and cost-effectiveness analysis. *J Cardiovasc Nurs* 2015; 30(4 Suppl 1):S44-51.
17. **Qaddoura A, Yazdan-Ashoori P, Kabali C, Thabane L, Haynes RB, Connolly SJ, et al.** Efficacy of hospital at home in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015;10(6):e0129282.
18. **Albert NM, Barnason S, Deswal A, Hernandez A, Kociol R, Lee E, et al.** Transitions of care in heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail* 2015; 8(2):384-409.
19. **Foody JM, Rathore SS, Wang Y, Herrin J, Masoudi FA, Havranek EP, et al.** Physician specialty and mortality among elderly patients hospitalized with heart failure. *Am J Med* 2005;118(10):1120-5.
20. **Reis SE, Holubkov R, Edmundowicz D, McNamara DM, Zell KA, Detre KM, et al.** Treatment of patients admitted to the hospital with congestive heart failure: specialty-related disparities in practice patterns and outcomes. *J Am Coll Cardiol* 1997; 30(3):733-8.
21. **Butler J, Gheorghide M, Kelkar A, Fonarow GC, Anker S, Greene SJ, et al.** In-hospital worsening heart failure. *Eur J Heart Fail* 2015;17(11):1104-13.
22. **Fang J, Mensah GA, Croft JB, Keenan NL.** Heart failure-related hospitalization in the US, 1979 to 2004. *J Am Coll Cardiol* 2008;52(6):428-34.
23. **Ziaieian B, Fonarow GC.** The Prevention of hospital readmissions in heart failure. *Prog Cardiovasc Dis* 2016;58(4):379-85.
24. **Khunti K, Hearnshaw H, Baker R, Grimshaw G.** Heart failure in primary care: qualitative study of

- current management and perceived obstacles to evidence-based diagnosis and management by general practitioners. *Eur J Heart Fail* 2002;4(6):771-7.
25. **Singh H, Giardina TD, Meyer AN, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ.** Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med* 2013; 173(6):418-25.
 26. **Fuat A, Huising AP, Murphy JJ.** Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. *BMJ* 2003;326(7382):196.
 27. **Salvador MJ, Sebaoun A, Sonntag F, Blanch P, Silber S, Aznar J, et al.** Estudio europeo del tratamiento ambulatorio de la insuficiencia cardíaca realizado por cardiólogos. *Rev Esp Cardiol* 2004;57(12): 1170-8.
 28. **Barrio Ruiz C, Parellada Esquius N, Alvarado Montesdeoca C, Moll Casamitjana, Muñoz Segura MD, Romero Menor C.** Insuficiencia cardíaca: perspectiva desde la atención primaria. *Aten Primaria* 2010; 42(3):134-42. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13147383&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revisita=27&ty=48&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v42n03a13147383pdf001.pdf. [Consulta: 14 marzo 2016].
 29. **Konstam MA.** Home monitoring should be the central element in an effective program of heart failure disease management. *Circulation* 2012;125(6):820-7.
 30. **Phillips SM, Marton RL, Tofler GH.** Barriers to diagnosing and managing heart failure in primary care. *Med J Aust* 2004;181(2):78-81.
 31. **Mant J, Doust J, Roalfe A, Barton P, Cowie MR, Glasziou P, et al.** Systematic review and individual patient data meta-analysis of diagnosis of heart failure, with modelling of implications of different diagnostic strategies in primary care. *Health Technol Assess* 2009;13(32):1-207.
 32. **Strömberg A, Mårtensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE, Dahlström U.** Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial. *Eur Heart J* 2003; 24(11):1014-23.
 33. **Bento VFR, Brofman PRS.** Impacto da consulta de enfermagem na frequência de internações em pacientes com insuficiência cardíaca em Curitiba - Paraná. *Arq Bras Cardiol* 2009;92(6):490-6.
 34. **Blue L, Lang E, McMurray JJ V, Davie AP, McDonagh TA, Murdoch DR, et al.** Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ* 2001;323(7315):715-8.
 35. **Güder G, Störk S, Gelbrich G, Brenner S, Deubner N, Morbach C, et al.** Nurse-coordinated collaborative disease management improves the quality of guideline-recommended heart failure therapy, patient-reported outcomes, and left ventricular remodelling. *Eur J Heart Fail* 2015;17(4):442-52.
 36. **Riegel B, Carlson B, Kopp Z, LePetri B, Glaser D, Unger A.** Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. *Arch Intern Med* 2002;162(6):705.
 37. **Moyano ML, Mancilla CR, Quesada MM, Quiroga GC, Moreno MD.** Aplicación de un plan de cuidados de enfermería en un programa de insuficiencia cardíaca. *Rev Enferm Cardiol* 2007;41(2):25-32.
 38. **Rodríguez-Gázquez M de L, Arredondo-Holguín E, Herrera-Cortés R.** Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev Lat Am Enfermagem* 2012; 20(2):296-306.
 39. **Nieto Montesinos MJ, García Fernández Y, Atrio Padrón ML.** Plan de cuidados a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. *Rev Enferm Cardiol* 2004; 31(1):23-5.
 40. **Silvera G, Chamorro C, Silveira A, Ormaechea G, Álvarez P.** Nivel de conocimiento de la enfermedad en una cohorte de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Arch Med Int* 2013; 35(3):71-5.
 41. **Peña-Gil C, Comín-Colet J.** Integración de ámbitos asistenciales. *Rev Esp Cardiol* 2007;7(SuplC): 21-9.
 42. **Andrea R, Falces C, Sanchis L, Sitges M, Heras M, Brugada J.** Diagnóstico de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada o reducida mediante una consulta de alta resolución. *Aten Primaria* 2013;45(4):184-92.
 43. **Tenkorang JN.** A rapid access cardiology service for chest pain, heart failure and arrhythmias accurately diagnoses cardiac disease and identifies patients at high risk: a prospective cohort study. *Heart* 2006;92(8):1084-90.
 44. **Philbin EF, Weil HFC, Erb TA, Jenkins PL.** Cardiology or Primary Care for Heart Failure in the Community Setting. *Chest* 1999;116(2):346-54.
 45. **Cerqueiro González JM, Abeledo Vázquez C, de la Fuente Sánchez S, Casariego Vales E.** Influencia sobre la hospitalización de una consulta monográfica para pacientes con insuficiencia cardíaca dirigida por internistas: estudio de cohortes. *Gaceta Clínica* 2012; 73(Supl 1):S27-9.
 46. **Bellotti P, Badano LP, Acquarone N, Griffo R, Lo Pinto G, Maggioni AP, et al.** Specialty-related differences in the epidemiology, clinical profile, management and outcome of patients hospitalized for heart failure; the OSCUR study. *Outcome dello Scm-*

- penso Cardiac in relazione all'Utilizzo delle Risore. *Eur Heart J* 2001;22(7):596-604.
47. **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(2):113-7.
 48. **Erhardt L, Cline C.** Heart failure clinics: a possible means of improving care. *Heart* 1998;80(5):428-9.
 49. **Cintron G, Bigas C, Linares E, Aranda JM, Hernández E.** Nurse practitioner role in a chronic congestive heart failure clinic: in-hospital time, costs, and patient satisfaction. *Heart Lung* 1983;12(3):237-40.
 50. **Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM.** A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 1995;333(18):1190-5.
 51. **Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L.** Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart* 2005;91(7):899-906.
 52. **McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJV.** Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004;44(4):810-9.
 53. **Alvarez P, Ormaechea G, Ricca R.** Unidad de Insuficiencia Cardíaca: breve reseña del tema y evaluación de gestión de la primera Unidad de Insuficiencia Cardíaca Pública del Uruguay (Grupo UMIC). *Arch Med Int* 2009; 31(1):11-7.
 54. **Alvarez Rocha P, Ormaechea G, Pouso J, Batista I, Estrago V, Fernández P, et al.** Predictors of dropout from a multidisciplinary heart failure Program. *J Cardiovasc Nurs* 2009;24(6):475-81.
 55. **Jaarsma T, van der Wal MHL, Lesman-Leegte I, Luttk M-L, Hogenhuis J, Veeger NJ, et al.** Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure: Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH). *Arch Intern Med* 2008;168(3):316-24.
 56. **Savard LA, Thompson DR, Clark AM.** A meta-review of evidence on heart failure disease management programs: the challenges of describing and synthesizing evidence on complex interventions. *Trials* 2011;12(1):194.
 57. **Clark AM, Thompson DR.** Heart failure disease management programmes: a new paradigm for research. *Heart* 2012;98(20):1476-7.
 58. **Royal College of Physicians.** The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Chronic heart failure: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians, 2003.
 59. **Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L.** Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart* 2005; 91(7):899-906.
 60. **Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al.** 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016; 37(27):2129-200.
 61. **Faxon DP, Schwamm LH, Pasternak RC, Peterson ED, McNeil BJ, Bufalino V, et al.** Improving quality of care through disease management principles and recommendations from the American Heart Association's Expert Panel on Disease Management. *Stroke* 2004;35(6):1527-30.
 62. **Krumholz HM, Currie PM, Riegel B, Phillips CO, Peterson ED, Smith R, et al.** A taxonomy for disease management a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group. *Circulation* 2006;114(13): 1432-45.
 63. **Weintraub NL, Collins SP, Pang PS, Levy PD, Anderson AS, Arslanian-Engoren C, et al.** Acute heart failure syndromes: emergency department presentation, treatment, and disposition: current approaches and future aims: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2010;122(19):1975-96.
 64. **Rame JE, Sheffield MA, Dries DL, Gardner EB, Toto KH, Yancy CW, et al.** Outcomes after emergency department discharge with a primary diagnosis of heart failure. *Am Heart J* 2001;142(4):714-9.
 65. **Sociedad Española de Cardiología.** Consenso para la mejora de la atención integral de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda: informe de recomendaciones. Madrid: SEC, s.d. Disponible en: <http://secardiologia.es/publicaciones/catalogo/documentos-de-consenso/5816-consenso-para-la-mejora-de-la-atencion-integral-de-los-pacientes-con-insuficiencia-cardiaca-aguda>. [Consulta: 25 abril 2016].
 66. **Au AG, McAlister FA, Bakal JA, Ezekowitz J, Kaul P, van Walraven C.** Predicting the risk of unplanned readmission or death within 30 days of discharge after a heart failure hospitalization. *Am Heart J* 2012;164(3):365-72.
 67. **Barba Martín R, Marco Martínez J, Emilio Losa J, Canora Lebrato J, Plaza Canteli S, Zapatero Gaviria A.** Análisis de 2 años de actividad de

- medicina interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Rev Clin Esp* 2009;209(10):459-66.
68. **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(5):643-52.
 69. **Rich MW, Vinson JM, Sperry JC, Shah AS, Spinner LR, Chung MK, et al.** Prevention of readmission in elderly patients with congestive heart failure: results of a prospective, randomized pilot study. *J Gen Intern Med* 1993;8(11):585-90.
 70. **Cline CM, Israelsson BY, Willenheimer RB, Broms K, Erhardt LR.** Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. *Heart* 1998;80(5):442-6.
 71. **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(10):1067-72.
 72. **Comín-Colet J, Verdú-Rotellar JM, Vela E, Clèries M, Bustins M, Mendoza L, et al.** Efficacy of an integrated hospital-primary care program for heart failure: a population-based analysis of 56.742 patients. *Rev Esp Cardiol* 2014;67(4):283-93.
 73. **Vedel I, Khanassov V.** Transitional care for patients with congestive heart failure: asystematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med* 2015;13(6):562-71.
 74. **Gibbs LME, Khatri AK, Gibbs JSR.** Survey of specialist palliative care and heart failure: September 2004. *Palliat Med* 2006;20(6):603-9.
 75. **Levenson JW, McCarthy EP, Lynn J, Davis RB, Phillips RS.** The last six months of life for patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(Suppl 1):S101-9.
 76. **Wong FK, Ng AY, Lee PH, Lam PT, Ng JS, Ng NH, et al.** Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: a randomised controlled trial. *Heart* 2016; 102(14):1100-8.
 77. **Adler ED, Goldfinger JZ, Kalman J, Park ME, Meier DE.** Palliative care in the treatment of advanced heart failure. *Circulation* 2009;120(25):2597-606.
 78. **Diller PM, Smucker DR, David B.** Comanagement of patients with congestive heart failure by family physicians and cardiologists frequency, timing, and patient characteristics. *J Fam Pract* 1999;48(3): 188.
 79. **Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG.** Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? *N Engl J Med* 1996;334(22):1441-7.
 80. **Pearl A, Wright SP, Gamble GD, Muncaster S, Walsh HJ, Sharpe N, et al.** The effect of an integrated care approach for heart failure on general practice. *Fam Pract* 2003;20(6):642-5.
 81. **López-Sendón J.** Comorbilidad en la insuficiencia cardíaca aguda o crónica descompensada: ¿son galgos o podencos? *Rev Clin Esp* 2010;210(4):168-70.