



EDITORIAL

Atención Primaria y Especializada: una relación necesaria para la implementación de un programa de Insuficiencia Cardíaca



Primary and Specialized Care: a necessary relationship for the implementation of a Heart Failure program

Javier de Juan Bagudá* y Juan F. Delgado Jiménez

Programa Transversal de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Universitario 12 de Octubre, CIBER Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Madrid

La insuficiencia cardíaca (IC) supone una verdadera epidemia en la actualidad. El mejor tratamiento de las enfermedades cardiológicas, junto al envejecimiento de la población, ha conllevado un aumento de esta enfermedad, que supone la fase final de multitud de dolencias cardiológicas. Se estima que un 1-5% de la población padece IC, pero este porcentaje aumenta de forma exponencial con la edad del paciente, pudiendo superar el 10% en mayores de 70 años^{1,2}. Esto tiene una enorme trascendencia, teniendo en cuenta que la esperanza de vida está creciendo en nuestro país y en un artículo reciente se estima que España será el país del mundo en 2040 con mayor esperanza vida media (85,8 años) y que las enfermedades cardiovasculares seguirán siendo la primera causa de muerte³.

Dado que se trata de una enfermedad crónica y progresiva, reducir los ingresos hospitalarios supone uno de los mayores retos. Actualmente la IC supone la principal causa de ingreso hospitalario en pacientes mayores de 65 años y es el principal coste sanitario en relación con la enfermedad, sin contar con los costes de los cuidados informales (familiares, cuidadores, días perdidos de trabajo...) que todavía son mayores⁴⁻⁶. Cada ingreso afecta de manera notable la

calidad de vida del paciente, con percepciones similares a las que puede conllevar un ictus cerebral, además de ensombrecer el pronóstico al conferirle una mayor mortalidad^{7,8}. Y lo que es más preocupante todavía, es que tenemos datos a nivel nacional (proyecto RECALCAR) que nos muestran como esta enfermedad cardiológica es la que más está creciendo, entre los diferentes motivos de alta hospitalario por causa cardiovascular⁹.

Pero sabemos que los ingresos hospitalarios no se distribuyen de una manera homogénea en el tiempo, si no que existen momentos en la evolución del paciente que son especialmente vulnerables, ya que es ahí donde se concentran la mayor parte de los ingresos. Esto se produce fundamentalmente en las primeras semanas tras el alta hospitalaria y en la fase terminal de la enfermedad^{7,10}. En este sentido, además de un correcto tratamiento del paciente, es necesaria una adecuada transición de cuidados entre la fase hospitalaria y la fase ambulatoria, con planificación del alta, visita precoz tras la misma y un plan de seguimiento estructurado, así como transmitir la información precisa al paciente sobre la enfermedad para que pueda realizar un buen autocuidado, donde la enfermería tiene un papel fundamental^{10,11}.

Son múltiples los modelos organizativos que se han diseñado e implementado en torno a la IC, algunos de ellos con muy buenos resultados en nuestro país¹¹⁻¹⁴. Un meta-análisis reciente destaca como determinantes del éxito de estos programas el mayor uso basal de IECA/ARA-II, mayor

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: javierdejuan166@hotmail.com
(J.d.J. Bagudá).

número de profesionales y componentes de la intervención, especialización del cardiólogo y la enfermera, educación protocolizada y evaluada, automonitorización de signos y síntomas, reconocimiento de descompensación, pauta flexible de diuréticos, aviso y atención precoz, intervención psicosocial, coordinación de profesionales y duración del programa¹⁵. Aún así, la atención a la IC es desigual a lo largo del territorio nacional, con menos del 40% de los centros de nuestro país con unidades de IC, la mayoría llevadas por Cardiología y con alta presencia de enfermería, pero con una dedicación variable a la unidad, por lo que todavía es amplio el margen de mejora^{9,16}.

Como consecuencia de lo anteriormente mencionado, las guías de práctica clínica aconsejan con el mayor grado de recomendación y evidencia (clase I A), crear programas multidisciplinarios para disminuir el riesgo de hospitalización por IC y mortalidad¹⁷. A pesar de ser muchas las maneras de organizarse en relación con la IC, hay aspectos fundamentales a tener en cuenta como son: conocer de qué situación se parte, identificar indicadores a medir y englobar a la Atención Primaria en el modelo organizativo. En este sentido, el estudio de Tàrraga López et al., pone de manifiesto cuál es la situación basal en su área de referencia, desde la perspectiva del profesional de Atención Primaria¹⁸. Esto es un aspecto diferencial, dado que algunos de los registros nacionales de los que partimos, obtienen datos de las unidades de IC (hospitalarias), con evidentes sesgos de inclusión. Los autores obtienen una prevalencia poblacional de IC cercana al 1%, algo inferior a la observada en otros estudios, pero que pudiendo estar relacionada con variaciones poblacionales, infradiagnóstico o mala codificación, es similar a los estudios nacionales más recientes^{1,2}. A continuación describen la prevalencia de los diferentes factores de riesgo cardiovascular (con buen control) y comorbilidades, que como ya sabemos de otros estudios, es altamente frecuente, mostrando 4 o más comorbilidades en el 90% de los pacientes. Describen la medicación pautada y el grado de adherencia mediante la determinación del cociente entre el porcentaje de fármacos prescritos y el de fármacos retirados de farmacia. Son datos relevantes, pero llama la atención que no se hayan incluido los antagonistas del receptor mineralocorticoide entre los fármacos a valorar, así como el bajo uso de IECA/ARA-II y mayormente de betabloqueantes. Entendemos que una posible explicación a ello es que un gran porcentaje de la población estudiada (edad media de 81 años y 95% con HTA) tenga la FEVI preservada, lo que hace que el uso de estos fármacos sea menor al no haber mostrado un claro beneficio pronóstico en esta población. Y en este sentido, echamos de menos que no se haya subclasificado a la población en función de la FEVI, lo que ya hemos visto acontece en muchos de los estudios poblacionales, pero que sin embargo nos ayudaría a tener una perspectiva más real de la IC en dicha área. Observamos como la tasa de reingresos anual es alta (34,25%), en línea con estudios que hemos comentado previamente¹.

Es interesante cómo los autores describen 20 criterios de calidad en el manejo de la IC y su cumplimiento en el área de referencia. De estos, la ecocardiografía anual y la indicación de dieta y ejercicio son los criterios con peor cumplimiento. No cabe duda de que las medidas higiénico-dietéticas son de gran importancia, así como el ejercicio físico. Pero si bien el ecocardiograma es fundamental en el diagnóstico,

discrepamos en la necesidad de realizarlo de forma anual, si no se han producido variables clínicas en el paciente o se precise para tomar una decisión sobre el manejo, como recomiendan las guías de práctica clínica¹⁷. En este sentido, se han descrito desde la Sociedad Española de Cardiología, una serie de indicadores y estándares de calidad de las unidades de IC según su tipología, que resultan de gran utilidad y sirven para la homogeneización de las diferentes unidades a lo largo del territorio nacional^{19,20}. La finalidad de estos documentos es establecer los requisitos para las unidades de insuficiencia cardiaca dentro del marco del proyecto SEC-Excelente²⁰.

Finalmente, los autores realizan una elegante propuesta conjunta entre el especialista de Atención Primaria y el Cardiólogo, planteando estrategias de mejora para el mejor abordaje de la IC como son: un mayor registro en la historia clínica de las variables antropométricas y de constantes vitales, aumentar las recomendaciones higiénico-dietéticas, incrementar la tasa de vacunación de gripe y neumococo e implementar la relación entre Atención Primaria y Cardiología mediante correo electrónico institucional, consultas telemáticas, telefónicas y sesiones clínicas conjuntas.

Bibliografía

1. Farré N, Vela E, Clèries M, Bustins M, Cainzos-Achirica M, Enjuanes C, et al. Real world heart failure epidemiology and outcome: A population-based analysis of 88,195 patients. *PLoS One*. 2017 Feb 24;12, e0172745.
2. Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiology of heart failure in Spain over the last 20 years. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2013 Aug;66:649–56.
3. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *Lancet*. 2018 Oct 16, pii: S0140-6736(18)31694-5. [Epub ahead of print].
4. Instituto Nacional de Estadística. Salud. Encuesta de morbilidad hospitalaria. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176778&menu=ultiDatos&idp=1254735573175.
5. Farré N, Vela E, Clèries M, Bustins M, Cainzos-Achirica M, Enjuanes C, et al. Medical resource use and expenditure in patients with chronic heart failure: a population-based analysis of 88 195 patients. *Eur J Heart Fail*. 2016 Sep;18:1132–40.
6. Delgado JF, Oliva J, Llano M, Pascual-Figal D, Grillo JJ, Comín-Colet J, et al. Health care and nonhealth care costs in the treatment of patients with symptomatic chronic heart failure in Spain. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2014 Aug;67:643–50.
7. Desai AS, Stevenson LW. Rehospitalization for heart failure: predict or prevent? *Circulation*. 2012 Jul 24;126:501–6.
8. Ahmed A, Allman RM, Fonarow GC, et al. Incident heart failure hospitalization and subsequent mortality in chronic heart failure: a propensity-matched study. *J Card Fail*. 2008;14:211–8.
9. Proyecto RECALCAR. Disponible en: https://secardiologia.es/images/institucional/sec-calidad/Informe.RECALCAR.2017_FINAL-1.pdf.
10. Comín-Colet J, Enjuanes C, Lupón J, Cainzos-Achirica M, Badosa N, Verdú JM. Transiciones de cuidados entre insuficiencia cardiaca aguda y crónica: pasos críticos en el diseño de un modelo de atención multidisciplinaria para la prevención de la hospitalización recurrente. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:951–61.

11. Ortiz-Bautista C, Morán-Fernández L, Díaz-García M, Delgado-Nicolás MÁ, Ponz-de Antonio I, Rodríguez-Chaverri A, et al. Evaluation of a nurse-led intervention program in heart failure: A randomized trial. *Med Clin (Barc)*. 2018 Oct 9, pii: S0025-7753(18)30514-1. [Epub ahead of print].
12. Comín-Colet J, Verdú-Rotellar JM, Velag E, Cléries M, Bustins M, Mendoza L, et al. Eficacia de un programa integrado hospital-atención primaria para la insuficiencia cardiaca: análisis poblacional sobre 56.742 pacientes. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:283-93.
13. Falces C, Andrea R, Heras M, Vehí C, Sorribes M, Sanchis L, et al. Integración entre cardiología y atención primaria: impacto sobre la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:564-71.
14. Pacho C, Domingo M, Núñez R, Lupón J, Moliner P, de Antonio M, et al. Early Postdischarge STOP-HF-Clinic Reduces 30-day Readmissions in Old and Frail Patients With Heart Failure. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2017 Aug;70:631-8.
15. Oyanguren J, Latorre García PM, Torcal Laguna J, Lekuona Goya I, Rubio Martín S, Maull Lafuente E, et al. Effectiveness and Factors Determining the Success of Management Programs for Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:900-14.
16. Castro-Beiras A, Anguita-Sánchez M, Comín J, Vázquez-Rodríguez JM, de Frutos T, Muñoz J. Organization of Heart Failure Care in Spain: Characteristics of Heart Failure Units. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2015 Jul;68:633-5.
17. 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 J Heart Fail*. 2016 Aug;18:891-975.
18. Tárraga López PJ, Villar Inarejos MJ, Sadek IM, Madrona Marcosa F, Tárraga Marcos L, Simón García MA. Calidad asistencial en el manejo de la insuficiencia cardiaca en una zona básica de salud. *Clin Investig Arterioscler*. 2018;30(6):258-64.
19. López-Sendón J, González-Juanatey JR, Pinto F, Cuenca Castillo J, Badimón L, Dalmau R, et al. Quality Markers in Cardiology. Main Markers to Measure Quality of Results (Outcomes) and Quality Measures Related to Better Results in Clinical Practice (Performance Metrics). INCARDIO (Indicadores de Calidad en Unidades Asistenciales del Área del Corazón): A SEC/SECTCV Consensus Position Paper. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2015 Nov;68, 976-995.e10.
20. Anguita Sánchez M, Lambert Rodríguez JL, Bover Freire R, Comín Colet J, Crespo Leiro MG, González Vílchez F, et al. Classification and Quality Standards of Heart Failure Units: Scientific Consensus of the Spanish Society of Cardiology. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2016 Oct;69:940-50.