

Decálogo sobre la transición del paciente hospitalizado con insuficiencia cardíaca

1.

Definición

La **transición** en un **paciente hospitalizado por insuficiencia cardíaca descompensada** (o aguda) hace referencia al **proceso asistencial organizado** cuyo objetivo es **evitar nuevas hospitalizaciones y ralentizar la progresión de la enfermedad**.

2.

Duración

La **transición comienza durante la hospitalización**, una vez que existe **estabilidad hemodinámica** y el paciente no **precisa fármacos intravenosos, y continúa tras el alta** por un tiempo variable para cada individuo, que al menos será de **30 días**.

3.

Recursos necesarios

Una transición óptima requiere obligatoriamente de la **integración de recursos hospitalarios y ambulatorios**, que de forma coordinada faciliten a cada paciente una **atención continuada y personalizada**, basada en medidas de **monitorización, educación, soporte y mejora terapéutica**.

Se recomienda el diseño de una estructura adaptada a cada área de salud en la que participen los equipos de atención primaria, las unidades de insuficiencia cardíaca (cardiólogos, internistas y enfermería) y las enfermeras gestoras de casos (enfermeras de enlace). **La participación de enfermería** con formación específica, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio **es fundamental**, por lo que debe fomentarse.

4.

Enfoque terapéutico

La **optimización terapéutica** es un elemento clave en la transición. Debe **iniciarse siempre durante la hospitalización**, dado que la misma refleja un empeoramiento de la enfermedad y un **aumento significativo del riesgo del paciente**, que durante el ingreso es más receptivo a modificar sus hábitos de vida e implementar la adherencia al tratamiento. Dicha optimización **debe incluir**:

- el **tratamiento etiológico**
- la **resolución de precipitantes** de la **descompensación**
- la mejora de **comorbilidades**
- la mejora del **tratamiento farmacológico** con evidencia de **beneficio pronóstico** tras la hospitalización

5.

Plan para el alta

Además, una **adecuada transición requiere al alta**:

- la **resolución** (o mejora) de los **síntomas** y signos **congestivos**
- una **función renal y electrolitos estables** o en fase de mejoría (48 horas)
- una **frecuencia cardíaca <70 lpm** (en ritmo sinusal y con FEVI <40 %)
- la **educación del paciente para el autocuidado**, incluyendo signos de alarma y efectos secundarios
- en caso de disponibilidad, una **determinación al alta de péptidos natriuréticos**
- un **plan de continuidad de cuidados**, tanto médico como de enfermería, que aborde tanto la esfera médica como la socio-familiar e identifique barreras y oportunidades de mejora
- un **registro de monitorización** que al menos incluya peso, talla y frecuencia cardíaca
- un plan de **recomendaciones claras y concretas** sobre cómo actuar, tanto para el **paciente** como para sus **cuidadores**.

6.

Fármacos con impacto en pronóstico

Todo **paciente con IC y FEVI <40%** debería ser **dado de alta con betabloqueante, sacubitrilo/valsartán o un IECA (o ARAII) y antagonista mineralocorticoide**. **Sacubitrilo/valsartán** puede ser considerado como **primera opción, dada la mejora a corto plazo de los resultados clínicos** en esta población.

7.

Cita precoz

La transición incluye al menos una **cita precoz, antes del 7º día**, dado que en este punto el **riesgo de reingreso** es máximo. Se recomienda la revisión por el **médico de atención primaria en la primera semana y por un especialista en insuficiencia cardíaca** (médico o enfermería) **en las dos primeras semanas**, que idealmente debería pertenecer al mismo equipo responsable del alta. Es conveniente que el **seguimiento durante la transición** incluya un mecanismo de **acceso fácil telefónico y/o presencial**, incluyendo una consulta con hospital de día para la resolución de descompensaciones.

8.

Procedimientos tras el alta

Durante la transición, las **revisiones** médicas y de enfermería **deben incluir**:

- la **evaluación funcional**, y de síntomas y signos congestivos, así como las constantes básicas (tensión arterial, frecuencia cardíaca y peso)
- una **bioquímica y hemograma** para monitorizar función renal y hepática, electrolitos, anemia, déficit de hierro e infecciones, así como péptidos natriuréticos si están disponibles
- la **estratificación de riesgo** que permita individualizar decisiones y planificar cuidados
- la **optimización de las dosis de los fármacos** con evidencia pronóstica
- la **revaluación** de la **dosis de diuréticos**
- la **conciliación terapéutica y revisión de adherencia**
- la **revisión** de los **conocimientos del paciente** y sus **cuidadores** sobre signos de alarma y autocuidado

9.

Fin de la transición

La **transición finaliza** cuando el paciente, tras un **seguimiento de al menos 30 días** presenta:

- ausencia de progresión de síntomas** congestivos y estabilidad **hemodinámica** (presión arterial sistólica ≥ 100 mmHg y/o frecuencia cardíaca <70 lpm)
- función renal y electrolitos estables**
- conocimientos en **autocuidado y adherencia** a los fármacos
- Además, en **pacientes con IC y FEVI <40 %**, las dosis de fármacos basados en la evidencia deberían ser las **máximas toleradas y preferiblemente ≥ 50 % de la dosis máxima recomendada**.

10.

Continuidad asistencial

Durante el periodo de transición y a su finalización deben quedar claramente registrados en el **informe de transición**:

- las **debilidades y barreras** del proceso
- la **optimización pendiente** de fármacos
- instrucciones acerca de **cómo actuar en caso de signos de alarma o descompensación**, o en caso de **modificaciones relevantes de tratamientos**
- métodos de **contacto directo con la Unidad de Insuficiencia Cardíaca** (telemático y/o telefónico) y responsables del cuidado del paciente
- el **riesgo residual del paciente** y si es o no candidato a terapias avanzadas en caso de empeoramiento