

## Importancia de los programas de insuficiencia cardíaca (la necesidad de trabajar con un protocolo uniforme ante tan grave enfermedad)

Importance of cardiac insufficiency programs (the need to work with a uniform protocol)

Dr. Néstor González Ochoa<sup>1</sup> MTSVC

<sup>1</sup>Cardiólogo, Presidente del Capítulo de los Llanos de Occidente y del Comité Académico de Biología Cardiovascular de la Sociedad Venezolana de Cardiología

### RESUMEN

*Se hace necesario cada vez más, en nuestros días de dificultades económicas que utilicemos nuestros recursos asistenciales y académicos con el mayor grado de eficiencia, pues el desafío es muy grande ya que nos enfrentamos a un flagelo de alta morbilidad y mortalidad como es la insuficiencia cardíaca y también por la complejidad de dicha enfermedad, la cual demanda un manejo de coordinación interdisciplinaria.*

*Se refuerza el consenso internacional sobre la necesidad de las unidades especiales de atención de estos pacientes con los beneficios obtenidos, siendo un verdadero acierto estos programas en la atención de estos pacientes.*

*Se propone la creación de la unidad de consulta de insuficiencia cardíaca UCIC y se reseñan los aspectos más relevantes como son: sus objetivos, los recursos necesarios para ellos y la metodología de trabajo.*

**Palabras clave:** *Insuficiencia cardíaca, unidad multidisciplinaria.*

### CORRESPONDENCIA

Dr. Nestor Gonzalez Ochoa.

Hospital de Occidente HPO Ararue Estado Portuguesa de Venezuela.

Tel: +58-414-5576453

E-mail: nestorgonzalezchoa@hotmail.com

Recibido en: octubre 17, 2018

Aceptado en: noviembre 01, 2018

### SUMMARY

*It is increasingly necessary, in our days of economic difficulties, that we use our assistance and academic resources with the greatest degree of efficiency, because the challenge is very great as we face a scourge of high morbidity and mortality such as heart failure and also because of the complexity of the disease requires interdisciplinary management.*

*The international consensus on the need for special care units of these patients with the benefits obtained and how these programmes of work in the care of these patients are a real success.*

*It proposes the creation of the UCIC heart failure consultation unit and outlines the most relevant aspects such as: their objectives, the resources needed for them and the working methodology.*

**Key words:** *Heart failure, multidisciplinary unit.*

A pesar de los avances en el manejo de la insuficiencia cardíaca (IC), este síndrome sigue generando una gran carga de morbilidad y mortalidad en el siglo XXI. Se mantienen unas tasas de mortalidad muy elevadas, tanto hospitalarias como a medio y largo plazo. Es la única patología cardiovascular cuya tasa de hospitalizaciones está creciendo de forma muy marcada.

Sabemos que 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 <sup>(1-4)</sup>.

Ahora bien, esta complejidad también se presenta en su tratamiento y está aumentando, lo que, junto a su alta prevalencia y la diversidad de entornos en la que se maneja (cardiología, medicina interna, atención primaria, urgencias) dificulta la correcta atención a los pacientes, que, en muchos casos, no están recibiendo el tratamiento óptimo disponible y recomendado por las guías de práctica clínica.

Un aspecto relevante que hay que destacar es la vulnerabilidad de este grupo de pacientes, los cuales al ser atendidos por diferentes tipos de facultativos, y al cada vez mayor número de profesionales consultados en relación directa con las comorbilidades. Es entonces 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 <sup>(5-6)</sup>. Además, de que el costo económico de la atención a estos pacientes es muy elevado y está cada día creciendo.

Se hace necesario revertir esta situación y mejorar el pronóstico y calidad de vida de los enfermos con IC, así como para optimizar los recursos disponibles y hacer más eficiente su uso, en los últimos años se han desarrollado nuevos modelos de gestión en la atención a la IC, en forma de procesos asistenciales, programas y unidades. Estos programas han demostrado en numerosos estudios mejorar todos los aspectos relacionados con el manejo de la IC, tienen una recomendación de clase IA en todas las guías de práctica clínica de las diversas sociedades científicas, y su difusión y funcionamiento en muchos centros hospitalarios a nivel mundial. En Venezuela existe la buena experiencia en APICOR- CCR ASCARDIO, la cual desde el año 2013 viene realizando una labor pionera y destacada en este campo (7).

Soy de la opinión que se podría introducir una propuesta de trabajo para nuestro país que sería la creación de un modelo de atención al paciente con IC, que podríamos denominar: “Unidad de Consulta de Insuficiencia Cardíaca” (UCIC) ver Figura 1.

**¿Cuáles serían los objetivos principales de la UCIC?:**

- 1) Disminuir la re-hospitalización:** Todos estamos conscientes que la hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC) representa una carga importante para los servicios de salud en todo el mundo y es un fuerte predictor de una mayor

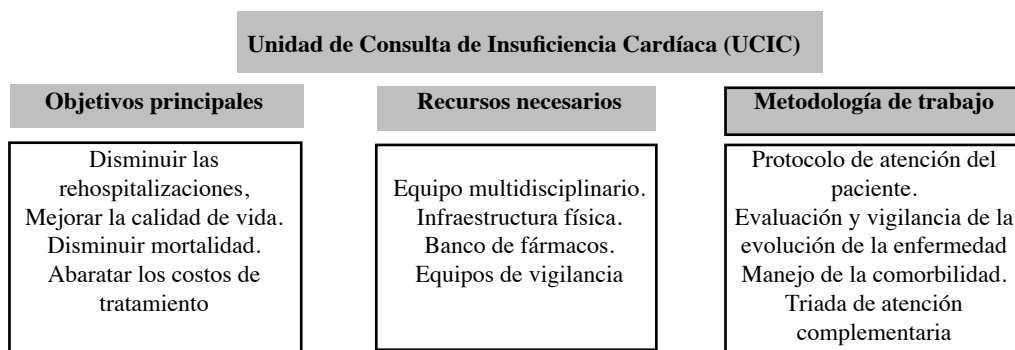


Figura 1.

mortalidad, especialmente en los primeros tres meses después del alta; por lo que es necesario establecer esta prioridad.

- 2) **Mejorar la calidad de vida:** Si queremos lograr este objetivo principal se debe mejorar la calidad de los cuidados y la evolución de los pacientes. Son necesarios, entonces, pautas y protocolos que permitan una 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 (enfermera, internista, cardiólogo) asegurando y facilitando, desde un programa multidisciplinario, una buena transferencia del paciente hacia el ámbito que corresponda <sup>(8)</sup>.
- 3) **Disminuir la mortalidad:** Debe existir un programa estructurado de educación al paciente y cuidadores que fomente en cada paciente el autocuidado de la IC, incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de empeoramiento de la IC, los cuales influirán indudablemente en el efecto final de la mortalidad.
- 4) **Abaratar los costos de tratamiento:** Debemos tener presente que la IC genera un impacto adverso en la morbimortalidad, con muy altos costos sanitarios, siendo las hospitalizaciones responsables del 70 % del gasto de recursos de salud destinados a esta patología <sup>(4)</sup>. 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.
- 5) **¿Cuáles recursos serían necesarios para estructurar una UCIC?**
  - a) **Formación de un equipo multidisciplinario:** Dado que casi las tres cuartas partes de los enfermos con IC tienen más de tres enfermedades crónicas, su abordaje debe ser interdisciplinar. Es importante someter los casos complejos al análisis y decisión en el seno de las reuniones conjuntas del equipo.
  - b) **Infraestructura física:** La discusión que se plantea es ¿dónde debería funcionar la UCIC?, pero el consenso es que debe estar conectada a un

servicio de cardiología y a un centro hospitalario.

- c) **Banco de fármacos cardiovasculares y procedimientos terapéuticos especiales:** Se debe corregir la subutilización de fármacos inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona y de los betabloqueantes en la consulta cardiológica, aunque el nivel de indicación es más alto que en otras especialidades. Se hace necesario también la disponibilidad de fármacos inotrópicos y de dispositivos especiales como: desfibriladores automáticos implantables (DAI), estimulación biventricular (multisitio), trasplante cardíaco o dispositivos de asistencia ventricular <sup>(9)</sup>.
  - d) **Equipos de vigilancia y evaluación adecuada:** Para el logro adecuado de este objetivo se hace necesario identificar factores precipitantes y desencadenantes de IC. **Clínicos:** infección, isquemia, trombo-embolismo, arritmias. **No clínicos:** humanos, sociales, educacionales, baja autoestima. Pesquisa de principales comorbilidades, identificar y tratar cada una de ellas: depresión, anemia, trastornos tiroideos, enfermedad renal. Es necesario también mejorar la accesibilidad al ecocardiograma como herramienta primaria para el diagnóstico y la posibilidad de disponer de los valores de péptidos natriuréticos cardíacos.
- 6) **¿Cuál metodología de trabajo deberíamos utilizar para la UCIC?:**
- a. Protocolo de atención del paciente desde la llamada telefónica hasta la evaluación e ingreso para la compensación clínica oportuna.
  - b. Evaluación y vigilancia de la evolución de la severidad de la enfermedad, lo que incluye revisar el grado funcional cardíaco, la presencia de congestión y la función ventricular.
  - c. Diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad que complica el estatus del paciente con IC.
  - d. Triada de atención complementaria del paciente que incluye: nutrición del paciente, su rehabilitación física y el apoyo psicológico.

### Recomendación final

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

El cardiólogo debe tener un rol protagónico en la coordinación de la gestión, pudiendo oficiar el enlace entre los diferentes actores y escenarios.

En todos los ámbitos posibles, el accionar de la UCIC es para que funcione en forma protocolizada, proporcionando así un control muy estrecho y una atención holística del paciente y su realidad.

**Creo que si nos esforzamos mancomunadamente lo lograremos.**

### REFERENCIAS

1. Mosterd A, Hoes AW. Clinical Epidemiology of Heart Failure. *Heart*. 2007;93(9):1137-1146.
2. Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, et al. More "malignant" than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2001;3(3):315-322.
3. Bundkirchen A, Schwinger RHG. Epidemiology and economic burden of chronic heart failure. *Eur Hear J Suppl*. 2004;6:57-60.
4. Gheorghide M, Vaduganathan M, et al. Rehospitalization for heart failure: Problems and perspectives. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61(4):391-403.
5. Documento de Consenso SEC-SEMI (Nuevos modelos de atención al paciente con insuficiencia cardíaca) 15 de Noviembre del 2016.
6. Tiny Jaarsma. Inter-Professional Team Approach to patients with Heart Failure. *Heart*. 2005;91:832-838.
7. González Hormostay R, González Ochoa N. Experiencia de la Unidad de Insuficiencia cardíaca en el CCR-ASCARDIO (Marzo 2015- Mayo 2016). *Avan Cardiol* 2017;37(2):56-62 .
8. Cowie MR, Anker SD, Cleland JG. Filippatos. Improving care for patients with acute heart failure: Before, during and after hospitalization. *ESC Heart Failure*. 2014;1:110-145.
9. National Heart Foundation of Australia. 2010. Multidisciplinary care for people with chronic heart failure.