

Decálogo para la transición del paciente hospitalizado con insuficiencia cardíaca

1. Definición

La transición en un paciente hospitalizado por insuficiencia cardíaca hace referencia al proceso asistencial organizado cuyo objetivo es evitar hospitalizaciones y ralentizar la progresión de la enfermedad.

2. Duración

La transición comienza en cuanto exista estabilidad hemodinámica y los signos congestivos se encuentren en fase de mejoría, sin precisar infusión continua de fármacos, y dura un tiempo variable, que al menos será de 30 días.

3. Recursos necesarios

Una transición óptima debe constar de protocolos (y/o vías clínicas) por escrito y requiere 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, los especialistas en insuficiencia cardíaca (cardiólogos e internistas) y las enfermeras gestoras de casos. La participación de enfermería con formación específica y la disponibilidad de sistemas de atención no presencial (telemática) son fundamentales, por lo que deben fomentarse.

4. Enfoque terapéutico

La optimización terapéutica es un elemento clave en la transición. Debe plantearse siempre y cuanto antes, dado que nos encontramos ante un empeoramiento de la enfermedad y un aumento significativo del riesgo. Dicha optimización debe incluir:

- la descongestión progresiva y más completa posible;
- la implementación y optimización del tratamiento farmacológico con mayor beneficio pronóstico;
- el tratamiento etiológico;
- la identificación y control de precipitantes de la descompensación;
- el tratamiento de las comorbilidades.

5. Fármacos con impacto en pronóstico

Todo paciente con IC y FEVI reducida debería recibir antes del alta un betabloqueante, sacubitrilo/valsartán, un antagonista del receptor mineralocorticoide y un iSGLT2*, atendiendo tanto a las características clínicas, hemodinámicas y analíticas, como a las mejoras de la enfermedad demostradas.

6. Plan para el alta

Una adecuada transición requiere idealmente al alta:

- la resolución de síntomas y de signos de congestión;
- una función renal y electrolitos estables o en fase de mejoría en las últimas 48 horas;
- una frecuencia cardíaca <70 lpm (en ritmo sinusal y con FEVI reducida);
- la educación del paciente y su entorno socio-familiar para el autocuidado, incluyendo signos de alarma, ejercicio físico, nutrición y efectos secundarios;
- una determinación de péptidos natriuréticos previa al alta;
- un plan de continuidad de cuidados, tanto médico como de enfermería, que aborde la esfera médica y la socio-familiar e identifique barreras y oportunidades de mejora;
- un registro de monitorización que al menos incluya peso, presión arterial y frecuencia cardíaca;
- un plan de recomendaciones claras y concretas por escrito, sobre cómo actuar ante signos de alarma, tanto para el paciente como para sus cuidadores.

7. Cita precoz

La transición incluye una revisión precoz, antes del séptimo día, dado que en este periodo el riesgo de hospitalización es máximo.

Es necesaria la participación coordinada de atención primaria y del especialista en insuficiencia cardíaca (médico y enfermería), que idealmente debería pertenecer al mismo equipo responsable del alta. Es necesario que el seguimiento durante la transición incluya un mecanismo de acceso fácil tanto no presencial (telemático) como presencial, incluyendo hospital de día.

8. Procedimientos durante la transición

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

- la evaluación funcional, y de síntomas y signos de congestión, así como las constantes básicas (presión 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 disponibles;
- la estratificación de riesgo que permita individualizar decisiones y planificar cuidados;
- la optimización de las dosis de los fármacos con evidencia pronóstica debe considerarse siempre, tanto en consultas presenciales como no presenciales.
- la re-evaluación 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;
- fortalecer medidas no farmacológicas, en particular ejercicio y dieta, preferentemente en un programa de rehabilitación cardíaca.

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 y signos de congestión, y estabilidad hemodinámica;
- función renal y electrolitos estables;
- conocimientos en autocuidado y adherencia a los fármacos;
- además, en pacientes con IC y FEVI reducida, las dosis de todos los fármacos basados en la evidencia deberían ser las máximas toleradas y preferiblemente $\geq 50\%$ de la dosis máxima recomendada.

10. Continuidad y seguimiento coordinado

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

- las dificultades identificadas durante el proceso de transición;
- indicaciones sobre la optimización realizada de fármacos y posibles nuevas necesidades o escenarios;
- indicaciones acerca de cómo actuar en caso de signos de alarma o descompensación;
- métodos de contacto directo con el especialista de referencia (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.