



Guía para la atención multidisciplinar e integral de la insuficiencia cardiaca



2019

La Heart Failure Policy Network es una plataforma multidisciplinaria independiente, cuya creación ha sido posible gracias al apoyo financiero de Vifor Pharma, Novartis Pharma y The International Heart Hub. El contenido producido por la Network no está sesgado respecto a ningún tratamiento o terapia específicos y cuenta con el respaldo de los miembros de la Network, a quienes también pertenece dicho contenido y quienes poseen su pleno control editorial. Todos los miembros colaboran de manera desinteresada.

Acerca de la Heart Failure Policy Network

«The Heart Failure Policy Network» (La Red de políticas sobre insuficiencia cardiaca) es un grupo multidisciplinar independiente, formado por profesionales sanitarios, organizaciones de pacientes, responsables políticos y otros interesados de toda Europa, cuyo objetivo es concienciar sobre las necesidades no cubiertas relacionadas con la insuficiencia cardiaca (IC) y su atención. Todos los miembros colaboran de manera desinteresada. Todo el contenido de la Network no es promocional ni comercial.

Las funciones de la Secretaría de la Network y el desarrollo de este manual contaron con el apoyo de Novartis Pharma durante 2017–18 y St Jude Medical (actualmente, Abbott) en 2017. Bayer AG apoyó asimismo las actividades de lanzamiento en septiembre de 2018. Los patrocinadores pueden hacer comentarios sobre los borradores del documento, pero no tienen derecho de veto. Más información sobre la Network, sus Términos de referencia y los miembros actuales están disponibles en www.hfpolicynetwork.eu. La Secretaría (2015-2018) la proporciona The Health Policy Partnership Ltd, una consultora independiente en materia de política sanitaria con sede en Londres.

Autoría y consultas

Ed Harding, Sara C. Marques, Christine Merkel, Katharina Beyer y Suzanne Wait dirigieron la investigación, la coordinación, la redacción, las entrevistas con expertos y las consultas de los miembros, con el apoyo de Emily Kell y Shannon Boldon. Madeleine Murphy proporcionó asistencia editorial y Victoria Paxton, apoyo administrativo. El trabajo de diseño fue dirigido por Karl Terszak, Toni Batey y Melissa Greig.

Nuestro agradecimiento y reconocimiento a todos los miembros de la Heart Failure Policy Network, en particular, a los miembros del Project Advisory Group de 2018:

- Dra. Paola Antonini, jefa de Investigación clínica y formación, Associazione Italiana Scompensati Cardiaci (AISC) (Italia)
- Dr. Josep Comín-Colet, cardiólogo, Hospital Universitario de Bellvitge (España)
- Dra. Maria Rosaria Di Somma, directora general, AISC (Italia)
- Profesor Salvatore Di Somma, Universidad de Roma La Sapienza; director del Comité científico, AISC (Italia)
- Sr. Michel Enckels, presidente, Mon Coeur Entre Parenthèses (Bélgica)
- Profesor Andrzej Gackowski, cardiólogo, Facultad de Medicina de la Universidad Jaguelónica (Polonia)
- Profesor Luc Hittinger, cardiólogo, Hospital Universitario Henri Mondor (Francia)
- Sr. Neil Johnson, director ejecutivo, West of Ireland Cardiac Foundation (Irlanda)
- Sr. Steven Macari, presidente, Association Vie et Coeur (Francia)
- Profesora Anne-Catherine Pouleur, cardióloga, Cliniques Universitaires Saint-Luc; presidenta electa, Belgian Working Group on Heart Failure (BWGHF, Bélgica)
- Sra. Yolanda Rueda, secretaria, CardioAlianza (España)
- Sra. Maite San Saturnino, presidenta, CardioAlianza (España)
- Dr. Pierre Troisfontaines, cardiólogo, CHR de la Citadelle; antiguo presidente, BWGHF (Bélgica)
- Profesor Faiez Zannad, cardiólogo, CHU de Nancy; director, CIC INSERM (Francia)

También colaboraron con comentarios sobre el borrador: Dra. Ciara Keane, The Heartbeat Trust (Irlanda); Sr. Nick Hartshorne-Evans, director ejecutivo y fundador de Pumping Marvellous Foundation (Reino Unido); y los miembros del Heart Failure Policy Network Steering Committee el miembro del Parlamento Penilla Gunther (Suecia) y el profesor José Ramón González-Juanatey, cardiólogo (España).

A la Heart Failure Policy Network también le gustaría reconocer a los líderes de los casos prácticos que brindaron su tiempo y sus ideas de forma gratuita en las entrevistas: Sra. Jennifer Bayly (Reino Unido), Dr. Josiane Boyne (Países Bajos), Sra. Maaïke Brons (Países Bajos), Dr. Aynsley Cowie (Reino Unido), profesora Inger Ekman (Suecia), profesora Plamen Gatzov (Bulgaria), Sra. Elizabeth Killeen (Irlanda), Dra. Oluwakemi Okunade (EEUU), Sra. Mary O'Sullivan (Irlanda), Dra. Yvonne Smyth (Irlanda) y Dra. Andrea Srur (Reino Unido).



The Heart Failure Policy Network

Este manual está dedicado a los pacientes, representantes de pacientes, médicos y científicos que han trabajado incansablemente para mejorar la vida de las personas con insuficiencia cardiaca, y que a menudo deben enfrentarse a muchos obstáculos. Es un privilegio para nosotros poder participar en esta misión tan urgente y humana, así como trabajar con y para aquellos que se niegan a aceptar la desigualdad y el sufrimiento que perciben.

En nombre del Heart Failure Policy Network Steering Committee, Project Advisory Group (2018) y Secretariat.

¿Para qué y para quién es este manual?

Desde 2015, la Heart Failure Policy Network se ha propuesto contribuir de manera significativa en la atención a las personas que padecen insuficiencia cardiaca.

En 2017-2018, nuestro objetivo fue proporcionar a los defensores de las políticas nacionales una herramienta pragmática para involucrar a los responsables políticos en la implementación de la atención integral de la insuficiencia cardiaca. El resultado, el *Manual de atención multidisciplinar e integral de la insuficiencia cardiaca*, tiene varios objetivos:

- Ayudar a los representantes de los pacientes y profesionales sanitarios a comunicar una política compartida, convincente y basada en la evidencia científica para lograr mejoras en la organización asistencial de la insuficiencia cardiaca.
- Conseguir el apoyo de los principales responsables de la toma de decisiones para desafiar los actuales retos.
- Fomentar, facilitar, medir y, preferiblemente, recurrir a una implementación más consistente de las mejores prácticas.

Ayúdenos a defender el cambio ante los gobiernos nacionales.



Índice

Llamada a la acción	6
Resumen ejecutivo	8
¿Qué es la insuficiencia cardiaca y por qué necesitamos encontrar una mejor solución para su atención?	10
¿Qué es la atención multidisciplinar e integral en la insuficiencia cardiaca?	12
Oportunidades de mejora en el proceso asistencial: análisis de la situación	20
Punto de fricción 1: presentación y diagnóstico	26
Punto de fricción 2: planificación del alta y seguimiento precoz	28
Punto de fricción 3: gestión clínica	30
Punto de fricción 4: empoderamiento del paciente y autocuidado	32
Punto de fricción 5: planificación anticipada de los cuidados	34
Conclusión	36
Mapa de casos prácticos	38
Otros trabajos disponibles de la Heart Failure Policy Network	44
Bibliografía	46



Llamada a la acción

Exigimos a los gobiernos que reconozcan que la insuficiencia cardiaca (IC) supone un desafío urgente de sostenibilidad para los sistemas sanitarios del siglo XXI. Los gobiernos de Europa deben:

- **Contar con una estrategia formal, en particular de organización asistencial y cuidados, para la IC** y el efecto cambiante que tendrá en el sistema sanitario y en la sociedad, incluida la modelización de futuros escenarios. Esta debe desarrollarse en estrecha colaboración con los representantes de los pacientes y los profesionales sanitarios.
- **Invertir en modelos sostenibles y especializados en la atención de la IC** más allá de cuidados agudos, por ejemplo, personal de enfermería especializado en IC y ambulatorios de IC. También deben fomentar la formación profesional y, si procede, acreditaciones de especialización para médicos de familia, internistas, personal de enfermería de atención primaria y pacientes expertos.
- **Garantizar que las guías de práctica clínica nacionales y los protocolos de atención en el ámbito local incorporen la visión de la calidad en la atención sanitaria habitual**, trabajando con sociedades profesionales, organizaciones de pacientes y profesionales sanitarios para lograrlo.
- **Poner en marcha auditorías nacionales de resultados del proceso asistencial sólidas y públicas** para garantizar la responsabilidad ante los ciudadanos sobre la supervivencia, la calidad de vida y la experiencia de la atención por parte de los pacientes, y así orientar las inversiones y los incentivos. La reducción del reingreso hospitalario debe ser un objetivo estratégico clave, que indique un enfoque sostenible de la atención de la IC.

Hacemos un llamamiento a los gobiernos para que desarrollen estrategias que consigan una mejora medible de los siguientes estándares mínimos e indicadores básicos de la calidad para todos los pacientes con IC:

- **Diagnóstico dirigido por especialistas.** Es vital lograr un diagnóstico definitivo con un ecocardiograma, asegurando que las causas subyacentes de la IC se entiendan plenamente, se aborden y se comuniquen a los pacientes.
- **Determinación de péptidos natriuréticos.** Esta debe ser una herramienta disponible de forma habitual en los servicios de atención primaria y secundaria.
- **Atención especializada en el hospital.** Los pacientes deben recibir información de un cardiólogo y del personal de enfermería especialista en IC.
- **Alta hospitalaria con un plan de cuidados.** Los planes de alta deben incluir indicaciones claras de contacto y un seguimiento oportuno por parte de los especialistas.
- **Rehabilitación cardiaca, educación sanitaria del paciente y apoyo psicológico.** La atención de la IC debe basarse en el compromiso pleno de los pacientes.
- **Un cambio en la gestión de la IC: de los cuidados agudos a la atención primaria.** Este cambio se debe producir siempre que sea seguro y efectivo.

Las siguientes organizaciones apoyan y avalan esta Guía.



Resumen ejecutivo



La insuficiencia cardiaca (IC) supone un desafío para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

- **La IC es una enfermedad común.** Se desarrolla debido a que el corazón pierde potencia de contracción y/o incrementa su rigidez,¹ afectando así a la capacidad para bombear suficiente sangre al resto del cuerpo.²
- **Al menos 15 millones de personas conviven con la IC en Europa.**³ Una de cada cinco personas podría padecer IC en alguna etapa de la vida.⁴
- **La carga que supone la IC es alta.**^{5,6} La supervivencia y la calidad de vida siguen siendo bajas, incluso peores que para los tipos más comunes de cáncer.⁷
- **La IC es la principal causa de reingresos hospitalarios no programados.**⁸ También es la causa más común de hospitalización de personas mayores de 65 años.⁹
- **La incidencia y prevalencia de la IC aumentará.** En parte, por el envejecimiento de la población y la mayor supervivencia en otras enfermedades cardiovasculares y crónicas.^{10,11}
- **Los ingresos hospitalarios por IC aumentarán en un 50%** en los próximos 25 años.⁹



Aunque el pronóstico es desalentador, un adecuado plan de atención marcará una gran diferencia para las personas que conviven con la IC.

- **La atención y el apoyo adecuados pueden permitir a las personas con IC recuperar muchos años** y calidad de vida.^{12,13} La hospitalización puede reducirse asimismo hasta en un 30%.¹⁴⁻¹⁷
- **La atención y el apoyo deben adaptarse a las necesidades y preferencias individuales** de la persona que convive con la IC. Esto puede mejorar los resultados clínicos y la implicación del paciente para vivir y autogestionar la IC.^{2,6,18}
- **El mejor modelo de atención es un programa de gestión de la IC:** un plan de atención centrado en la persona, que incluya apoyo para su autocuidado, atención preventiva y de rehabilitación, revisiones periódicas y su intensificación en caso de empeoramiento clínico.^{6,19}
- **Las mejores prácticas implican que la atención multidisciplinar sea dirigida por especialistas,** incluidos cardiólogos (preferentemente, con una subespecialidad en IC) y personal de enfermería especializado en IC que trabajen en unidades de IC.^{6,12} Otros profesionales importantes incluyen médicos de familia, especialistas en rehabilitación cardiaca, fisioterapeutas y farmacéuticos.
- **Las visitas domiciliarias y el apoyo telefónico estructurado (dirigido por personal de enfermería especializado en IC) son modelos innovadores** para reducir los ingresos hospitalarios y la mortalidad relacionados con la IC.¹⁷

Los sistemas sanitarios europeos no están preparados para la IC.

- **Los sistemas sanitarios tienen que lidiar a menudo con un modelo orientado a las enfermedades crónicas,** y la IC no es ninguna excepción. La atención suele estar fragmentada^{6,19} mientras que la atención basada en las recomendaciones de las guías de práctica clínica es poco frecuente.^{2,9,20}
- **Los mayores retos y oportunidades de mejora radican en cinco puntos a lo largo de la evolución de la IC:** presentación y diagnóstico, planificación del alta y seguimiento precoz, gestión clínica, empoderamiento del paciente y autocuidado, además de la planificación anticipada de los cuidados.
- **Necesitamos formar nuevos perfiles profesionales y reforzar los existentes,** si queremos mantener la estabilidad clínica de los pacientes. En particular, falta personal de enfermería especializado en IC¹⁹ y es necesario mejorar la formación e involucrar a médicos de familia y farmacéuticos. Todo profesional sanitario debe reconocer los síntomas básicos.
- **Tenemos que superar la inercia, la falta de concienciación y de control en todos los niveles,** incluso entre los responsables políticos, las instituciones públicas, los profesionales, los pacientes y el público en general.

¿Qué es la insuficiencia cardiaca y por qué necesitamos mejorar su proceso asistencial?

La insuficiencia cardiaca es un síndrome clínico muy común, aunque complejo

Hay al menos 15 millones de personas que conviven con insuficiencia cardiaca (IC) en Europa,³ aunque el número exacto puede ser mayor.^{10 11 21 22} La IC se produce cuando el corazón ya no puede bombear suficiente sangre al resto del cuerpo ya que se ha vuelto demasiado débil o rígido.^{1 2} Se caracteriza por síntomas que incluyen dificultad para respirar, hinchazón (especialmente, las extremidades inferiores y el abdomen), fatiga extrema y signos como edemas (acumulación de líquido en el cuerpo). Los síntomas pueden afectar gravemente a la calidad de vida de quien la padece, así como resultar potencialmente mortales. Las personas con IC suelen presentar comorbilidades, como fibrilación auricular, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia renal crónica, cuya contribución a la IC es difícil de predecir.^{6 23 24} Es importante identificar la IC en una etapa muy temprana, ya que la gestión presintomática puede mejorar los resultados clínicos.⁶

La insuficiencia cardiaca tiene síntomas claros de

'alerta'

que hay que identificar

 Dificultad para respirar

 Fatiga extrema

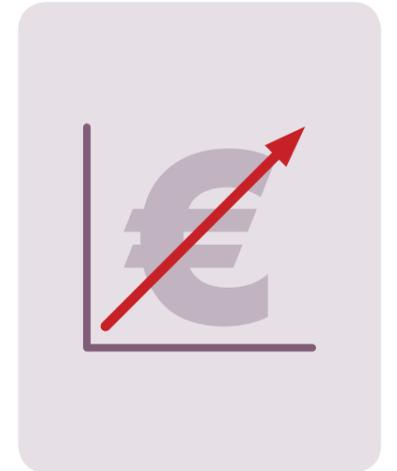
 Extremidades hinchadas

La IC conlleva importantes limitaciones físicas y psicológicas

Las consecuencias para las personas que conviven con la IC, sus cuidadores y sus familias son equiparables a las de otras enfermedades crónicas importantes.^{5 6 21} La calidad de vida y la tasa de supervivencia de los pacientes siguen siendo bajas e incluso peores que para muchos tipos de cáncer.⁷ Por ejemplo, un registro nacional en Suecia ha estipulado que cada año se pierden alrededor de 126.000 años de vida debido a la IC, frente a los cerca de 120.000 años perdidos por el cáncer.²¹

La IC supone un reto para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios

La carga económica de la IC es significativa.^{9 25} La atención hospitalaria es un factor determinante del gasto, que representa hasta el 70% de los gastos sanitarios relativos a la IC en los países occidentales.²⁶ En Alemania, en 2006, representó el 45% de los 2900 millones de euros invertidos en la IC. La IC es la causa más común de ingresos hospitalarios en personas mayores de 65 años⁹ y el principal motivo de reingresos hospitalarios no planificados.⁸ Los resultados para la IC son pobres. Uno de cada cuatro pacientes con IC es hospitalizado al mes siguiente de recibir el alta,⁹ dos de cada tres son hospitalizados de nuevo en el plazo de un año.²



Los gastos indirectos y las pérdidas de productividad por IC son sustanciales

El cuidado informal y otros gastos indirectos aumentan la carga económica. Es más probable que la IC reduzca la productividad laboral de quienes conviven con esta enfermedad que el asma, la diabetes, la cardiopatía coronaria o la osteoartritis.²⁹ Las personas en edad laboral con IC pueden tener dificultades para reincorporarse a su trabajo, por ejemplo, cuando conlleva estrés, estar de pie muchas horas o un gran esfuerzo físico.²⁹ En Irlanda, se ha estimado que el coste de la atención informal más que duplica los gastos directos de la atención médica (alrededor de 364 millones de euros, frente a los 158 millones de euros de gastos directos de la atención sanitaria).²⁷

El gasto en IC aumentará

Se estima que los ingresos hospitalarios por IC aumentarán en un 50% en los próximos 25 años.⁹ La prevalencia de la IC está creciendo, en parte, debido al envejecimiento de la población y a la mayor supervivencia de otras enfermedades cardiovasculares y crónicas, por lo que los gastos asociados a la IC seguirán aumentando.^{10 11 21}

La atención basada en las guías de práctica clínica genera beneficios para los pacientes y los sistemas sanitarios

Aunque la IC tiene un mal pronóstico, es tratable y prevenible.⁶ La atención recomendada por las guías de práctica clínica se asocia a un mejor pronóstico de los pacientes, prolongando la supervivencia y mejorando la calidad de vida.¹³ Los tratamientos disponibles actualmente pueden prevenir o retrasar el avance de la IC con una fracción de eyección reducida (ICFEr: aproximadamente, en la mitad de los casos de IC²¹), pero todavía carecemos de tratamientos efectivos para otro tipo importante de IC, la IC con fracción de eyección preservada (ICFEp). Hasta la actualidad, el manejo de los pacientes con ICFEp debe individualizarse en función de sus características clínicas acompañando a la mejoría de sus síntomas congestivos.⁶

¿Qué es la atención multidisciplinar e integral de la insuficiencia cardiaca?



La atención multidisciplinar e integral consiste en brindar la mejor atención posible

La atención integral se ha definido como la consecución del potencial de los equipos multidisciplinarios para fomentar una atención coordinada y centrada en la persona, adaptada a las necesidades y preferencias del paciente, su familia y los cuidadores.²⁹ Las guías de práctica clínica recomiendan una continuidad de cuidados, garantizando un correcto manejo de las comorbilidades, adaptándose de forma rápida a los cambios en las condiciones clínicas de los pacientes e implicando al conjunto de los profesionales con responsabilidades en la continuidad de los cuidados de pacientes con IC que debería incluir a especialistas en IC. Se recomienda una estrecha coordinación entre niveles asistenciales, incluido el paciente, basándose en el respeto mutuo, la comunicación clara y la división de responsabilidades.¹⁹ Es de especial relevancia la organización del proceso asistencial de la IC con la premisa de una comunicación rápida y resuelta en el nivel asistencial adecuado.²

La atención multidisciplinar debe apoyar y empoderar a los pacientes, sus cuidadores y familias

El empoderamiento de pacientes, cuidadores y familias es vital para el compromiso a largo plazo en el autocuidado.² Cada persona que convive con la IC hace un recorrido único. Debe adaptarse a ajustes físicos, psicológicos, profesionales y terapéuticos difíciles.^{2,11,27,30} El equipo multidisciplinar debe ser flexible al trabajar con los pacientes y adaptar la atención a sus circunstancias, teniendo en cuenta sus necesidades y preferencias en todas las decisiones.^{6,31} Muchas personas quieren involucrarse en su autocuidado.^{32,33} Por tanto, el equipo multidisciplinar debe ayudar a las personas que conviven con la IC a desarrollar los conocimientos y habilidades para lograr un buen autocuidado y mantener la mejor calidad de vida posible.³⁴⁻³⁷ Las organizaciones de pacientes pueden ofrecer orientación fundamental en dicho cometido.



Una atención de la IC de alta calidad requiere colaboración

Los cardiólogos, los especialistas en medicina interna y los médicos de familia son los líderes clínicos tradicionales de la IC, pero hay otros profesionales con un enorme potencial.^{6,19} Por ejemplo, el personal de enfermería especializado en IC es fundamental para muchos modelos modernos de mejores prácticas:^{35,38-40} pueden proporcionar monitorización sistemática, gestión y educación sanitaria del paciente, además de realizar consultas más prolongadas e individualizadas que otros profesionales sanitarios.¹⁹ Otros profesionales con responsabilidad directa se enumeran en la página 17. Cada vez más, se reconoce que las redes de apoyo entre pares, la preparación y las organizaciones de pacientes son elementos necesarios para el éxito en la atención de la IC.²⁵

La atención multidisciplinar e integral cambia a lo largo del curso de la IC

Las necesidades de los pacientes con IC no son estáticas, por lo que no hay un único modelo que garantice una atención óptima. La IC presenta tres fases típicas: diagnóstico, tratamiento y seguimiento, así como vivir con la IC.^{2,30} La última fase representa la experiencia a largo plazo de las personas que aprenden a vivir con su condición y a autocuidarse. En función del avance de la enfermedad, las personas con IC pueden tener episodios que requieran nuevamente cuidados intensivos o una mayor supervisión médica.

Hay una necesidad urgente de mejorar en 5 puntos la atención en el curso de la IC

La atención de la IC suele estar fragmentada.^{6,19} Se han identificado cinco áreas clave de fricción para la optimización del manejo de la IC. Estos «puntos de fricción» son: presentación y diagnóstico, planificación del alta y seguimiento precoz, gestión clínica, empoderamiento del paciente y autocuidado, además de la planificación anticipada de los cuidados.

¿Qué es la atención multidisciplinar e integral en la insuficiencia cardiaca?

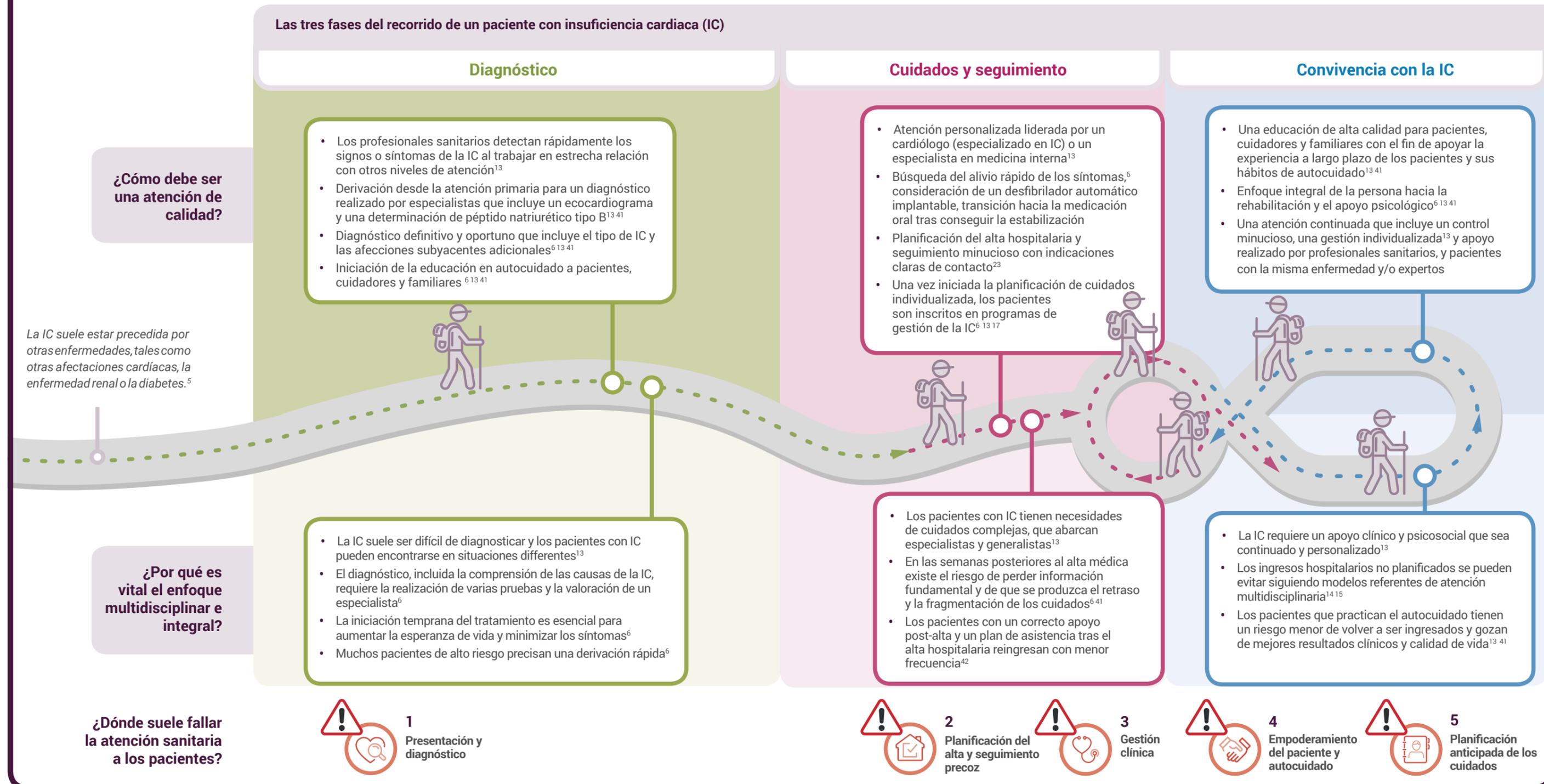
Figura 1. Circuito multidisciplinar e integral en la atención de la insuficiencia cardiaca: componentes clave de calidad

Se requieren cambios ágiles en la atención de paciente, especialmente en momentos de agudización que es cuando las necesidades cambian, en todos los niveles de atención y en los diferentes momentos del recorrido del paciente.^{2,6}

Clave



Los puntos de fricción representan áreas problemáticas bien conocidas en las que los cuidados y el apoyo fallan en muchos pacientes. No todos los pacientes son iguales. No todos los pacientes serán tratados en el hospital. Los puntos de fricción 4 y 5 pueden ocurrir en cualquier lugar tras el diagnóstico.



¿Cuáles son los principales componentes de un proceso de gestión integrada en IC de calidad?



El término «atención integral» también se ha utilizado para referirse a un cambio organizativo más amplio, que debe incluir la colaboración entre las distintas organizaciones implicadas y la coordinación de los servicios de atención, y temas de la gobernanza y financiación.⁴⁶⁻⁴⁸

Los principales elementos de las mejores prácticas clínicas están bien documentados en las guías europeas,^{6 10 13 41} así como en comentarios de expertos sobre los programas de gestión de la IC. Los elementos incluyen:

- un plan de atención integral, que garantice evaluaciones periódicas y acceso rápido a la atención en momentos de empeoramiento clínico;
- seguimiento después del alta;
- evaluación continua de los factores de riesgo, síntomas, signos, estado funcional y calidad de vida, y propuesta de respuesta ante cambios en la situación clínica;
- revisión y optimización periódica de medicamentos y dispositivos;
- educación sanitaria para fomentar conductas de autocuidado y ayudar a optimizar la adherencia a la medicación y los planes de ejercicio;⁴³
- apoyo psicosocial a los pacientes, sus familiares y cuidadores;
- acceso a opciones avanzadas de tratamiento.^{6 44}

Muchos modelos innovadores están trasladando la gestión sistemática de la IC desde la atención primaria o ambulatoria al domicilio del paciente, por ejemplo, ofreciendo una revisión periódica y formación del paciente a través de visitas domiciliarias de enfermería y asistencia telefónica.¹⁷ Esto es posible incluso para procedimientos más exigentes, como los diuréticos intravenosos.⁴⁵



¿Qué profesionales deben participar en el equipo de atención multidisciplinar?

Los principales profesionales que deberían integrar el equipo multidisciplinar están definidos en las guías de práctica clínica y en las recomendaciones de expertos.^{2 6 12} Estas incluyen:

- Cardiólogos (preferentemente, especializados en IC)
- Personal de enfermería especializado en IC y de atención primaria
- Médicos de atención primaria (médicos de familia)
- Fisioterapeutas (que incluya a los de los programas de rehabilitación cardiaca)

Otras profesiones importantes son:

- Especialistas en medicina interna
- Farmacéuticos
- Pacientes expertos, instructores, grupos de apoyo y organizaciones de pacientes
- Geriatras
- Personal de cuidados paliativos
- Cardiólogos intervencionistas
- Psicólogos
- Nutricionistas
- Trabajadores sociales
- Especialistas en cuidados intensivos
- Cirujanos cardíacos en general y de centros de trasplante

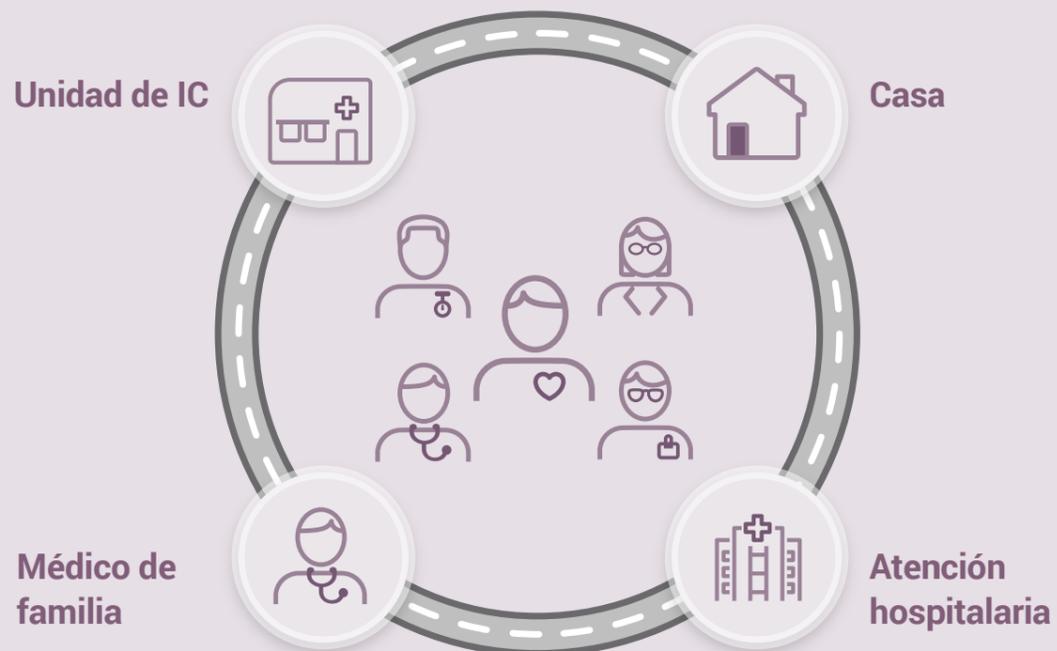
En función del paciente y las comorbilidades, también puede ser necesaria la atención de neumólogos (especialistas en pulmones), nefrólogos (especialistas en riñones), endocrinólogos (especialistas en diabetes) y especialistas en apnea del sueño.

Los programas de gestión y las unidades de la IC, integradas en el proceso asistencial de IC, ofrecen la mejor respuesta a las necesidades de atención a esta patología

Aunque existen muchos modelos posibles de gestión, la atención y el apoyo a pacientes con IC que integra a las unidades de IC se reconocen como modelos de gestión de la patología.

- **Los programas de gestión de la IC** son estándares de referencia en la atención a la patología incluidos en las guías europeas de atención a la IC.⁶ Son protocolos locales para la atención y el apoyo integral e, idealmente, son guías de atención para las personas que viven con IC. Los programas pretenden, por lo general, guiar a los pacientes en todas las fases de atención, desde la planificación del alta hasta el seguimiento a largo plazo y la educación sanitaria. Deben abarcar los niveles de atención primaria y secundaria, así como el seguimiento domiciliario.⁶
- **Las unidades de IC** son reconocidas por los expertos como entornos efectivos (es decir, «una base de operaciones») para la atención especializada, por ejemplo, programas de gestión u otros servicios especializados como el diagnóstico.^{12,43} Las unidades «tradicionales» de IC se han centrado en la supervisión de los pacientes por personal de enfermería especializado, dirigido por un cardiólogo o internista, a menudo en entornos asistenciales ambulatorios que podrían ser adecuados para pacientes relativamente estables y sin importante limitación funcional.⁴⁰

La gestión de la IC debe ser fluida, ofrecer atención y apoyo en diferentes niveles de acuerdo a los cambios en la situación clínica de los pacientes, dirigida por los especialistas en IC integrados en un equipo multidisciplinar.



Los modelos de atención más flexibles también pueden ser beneficiosos

Los modelos más avanzados de atención multidisciplinar e integral se han orientado a los pacientes complejos con mayores necesidades.^{14 44} Sin embargo, es probable que la mayoría de estos pacientes se beneficien de una atención que esté mejor coordinada y más adaptada a sus necesidades y expectativas.^{6 14} Las guías de práctica clínica abogan por la expansión de modelos de atención multidisciplinar e integral a todas las personas que conviven con la IC.^{2 6 25 30}

En los últimos años, algunos modelos clínicos se han convertido en servicios más flexibles, que responden a diferentes necesidades. Las innovaciones incluyen unidades a tiempo parcial, visitas domiciliarias, llamadas telefónicas estructuradas y plataformas de telemedicina.¹⁶ Los centros de salud que no sean unidades de IC también pueden ser efectivos en la prestación de atención sanitaria, en aquellos casos en los que, por ejemplo, las necesidades de los pacientes estables puedan satisfacerse con el apoyo efectivo de un médico de familia motivado y bien informado.¹²



Oportunidades de mejora en el proceso asistencial: análisis de la situación



La IC suele diagnosticarse demasiado tarde

¿Qué sucede?

Existe una información incompleta de los indicadores del proceso de IC, pero los datos disponibles muestran oportunidades de mejora en la atención recomendada en las guías de práctica clínica.^{2,9,20,49}

El diagnóstico no suele ser suficientemente rápido ni específico

En muchos casos el diagnóstico es erróneo y tardío, la mayoría de los casos se diagnostica en la etapa sintomática tardía, cuando ya hay un daño permanente en el corazón.^{25,50-54} Existe un uso desigual de pruebas diagnósticas importantes, como el ecocardiograma (eco) y el electrocardiograma (ECG).⁵⁵

Las estimaciones actuales de los retrasos desde la primera visita hasta el diagnóstico definitivo van desde varios meses en Alemania⁵⁶ hasta un año en Irlanda,⁵⁷ con retrasos importantes observados también en Inglaterra y Escocia.^{25,52}

Muchas personas que conviven con la IC no son atendidas por especialistas adecuados

Incluso cuando se confirma el diagnóstico, muchos pacientes con IC no son atendidos por los profesionales adecuados, a pesar de que algunos países cuentan con guías claras para la atención dirigida por especialistas.⁵⁸ La atención de pacientes hospitalizados con IC está fragmentada con respecto a la de otros pacientes cardiovasculares, como los que sufren infartos agudos de miocardio, y hay poca coordinación que permita un auténtico abordaje integral del paciente.⁵⁹

En Inglaterra y Gales, el 20% de los pacientes hospitalizados con IC no son atendidos por especialistas en IC.⁵⁸

Los pacientes salen del hospital con necesidades esenciales no cubiertas

Los pacientes y las familias a menudo no saben con quién contactar después de salir del hospital.⁶⁰ El plan de medicación prescrito para el alta hospitalaria no suele cumplir las recomendaciones de las guías de práctica clínica,⁹ incluso cuando los pacientes con IC han sido visitados por especialistas.⁵⁸

En Inglaterra y Gales, alrededor de la mitad de los pacientes con IC atendidos en el hospital por especialistas son dados de alta con lo que podemos considerar todos los medicamentos básicos, mientras que baja a uno de cada cuatro, si los pacientes no son atendidos por un especialista.⁵⁸

En algunos países, menos de la

mitad

de los pacientes reciben las dosis recomendadas de medicamentos básicos.

Pocos pacientes cuentan con un seguimiento adecuado tras el alta hospitalaria

Pocos países cumplen las recomendaciones de las guías europeas de práctica clínica de que los pacientes con IC acudan a un especialista dentro de las dos semanas posteriores al alta.^{6,61} La falta de coordinación entre niveles asistenciales es un problema conocido en la IC y otras enfermedades crónicas.⁶²⁻⁶⁵ Por ejemplo, los informes de alta pueden obviar información clave, como las indicaciones de medicamentos o las instrucciones de seguimiento.^{8,54} Las dosis recetadas de los medicamentos suelen ser inferiores a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.⁶⁶

En Francia, solo el 30% de los pacientes acude al cardiólogo dentro del mes posterior al alta, y la mayoría tiene un seguimiento irregular.⁶¹ En Italia, Polonia y Grecia, menos del 50% de los pacientes recibe las dosis recomendadas de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA) y betabloqueantes, mientras que en Noruega y Suecia, el seguimiento de las recomendaciones es significativamente mejor.⁶⁶



Los pacientes se enfrentan a variaciones inaceptables en atención sanitaria

¿Qué sucede? (cont.)



Falta de implantación de programas y unidades de IC

Si bien hay ejemplos positivos de programas de gestión de la IC, estos no están extendidos a nivel nacional,⁶ limitando el acceso por parte de los pacientes de forma equitativa.³⁰

En Irlanda, seis unidades de IC operan en Dublín y solo cinco en el resto del país, lo que genera variaciones regionales en las tasas de supervivencia y reingresos hospitalarios por IC.⁶⁷

No se aprovecha todo el potencial de los profesionales sanitarios

A pesar de la existencia de modelos de gestión de medicamentos para pacientes con IC dirigidos por farmacéuticos, estos suelen estar poco desarrollados.⁶⁰ Los beneficios de la rehabilitación cardiaca con fisioterapia están más que demostrados,^{58 68 69} si bien el acceso es muy limitado por parte de los pacientes.^{25 70} Mientras tanto, los médicos de familia participan con frecuencia en la atención de la IC, especialmente durante las fases de diagnóstico y después del alta, pero a menudo demuestran una falta de conocimiento en las opciones básicas de tratamiento y poca confianza en el manejo efectivo de la IC.^{54 71} Ello conlleva la necesidad de implantar modelos de atención contrastados y la formación de profesionales para maximizar la incorporación de los médicos de familia en la atención de la IC.

En la mayoría de los países europeos, menos de la mitad de todos los pacientes cardiovasculares, incluidos aquellos que padecen IC crónica, acceden a la rehabilitación cardiaca.⁷⁰ En Irlanda, menos del 1% de las personas que conviven con la IC son derivadas a estos servicios.²⁸



Pocos pacientes reciben apoyo para participar en la atención y gestión de su enfermedad

Las personas que conviven con la IC suelen presentar una falta de conocimientos sobre la IC, sus síntomas y riesgos, además de una falta de información adecuada.^{13 72 73} Existe formación y apoyo esporádicos dirigidos a pacientes,⁷⁴⁻⁷⁷ que generan unos resultados clínicos deficientes para las personas que conviven con la IC y una baja confianza en su capacidad de autocuidado.⁷⁸⁻⁸² Con frecuencia, los centros de salud y las organizaciones de pacientes tienen que desarrollar programas y materiales educativos propios.^{49 83}

En Alemania, los programas de educación sanitaria no están disponibles de forma habitual,⁷⁶ y en Italia, los pacientes y cuidadores pueden carecer de educación y capacitación para controlar adecuadamente su enfermedad.⁷³

La atención paliativa está poco planificada

La utilización de un plan de voluntades anticipadas es poco frecuente,^{84 85} y los profesionales de cuidados paliativos no suelen ser reconocidos por las personas que conviven con la IC como miembros del equipo de atención.⁸⁶ Los médicos rara vez tratan el pronóstico, la muerte y los cuidados paliativos con los pacientes.⁸⁵ Esto puede explicar, en parte, el hecho que los pacientes acudan relativamente tarde a los cuidados paliativos.^{87 88}

Un estudio neerlandés en el ámbito ambulatorio encontró que la atención paliativa se trató solo con el 4% de las personas que conviven con la IC.⁸⁵ En el Reino Unido, menos del 10% de las personas que conviven con la IC figuran en el registro de cuidados paliativos, frente a casi la mitad de todos los pacientes con cáncer.⁸⁸





Los profesionales sanitarios pueden tener dificultades para compartir datos

¿Por qué pasa esto?

Se conocen diversas barreras que dificultan una buena práctica.

El conocimiento de la IC es limitado

Los legisladores, los pacientes y la población general parecen tener poca conciencia de la IC. En toda Europa, existe una comprensión limitada de los signos y síntomas de la IC.⁸⁹⁻⁹¹

Los profesionales sanitarios no acceden a la información sobre buenas prácticas

En general, falta una adecuada adaptación de las guías de práctica clínica a los contextos nacionales.^{2-30 70 92} Es probable que el precio de ello sea elevado. Los médicos de atención primaria (AP) indican constantemente de que no están familiarizados con las guías europeas debido, en parte, a inquietudes sobre su relevancia para los desafíos típicos en la toma de decisiones que afrontan en la práctica diaria.⁹² Incluso, cuando las guías se traducen a idiomas nacionales, puede que no sea factible esperar que médicos no especializados en IC (por ejemplo, internistas y médicos de AP) conozcan las versiones más recientes.

No hay suficientes centros o profesionales especializados

En toda Europa, es insuficiente el acceso a centros y modelos de gestión integrada en IC, como unidades de IC y rehabilitación cardiaca,^{2 19 30 70} así como también es limitada la disponibilidad de personal clave, como el personal de enfermería.^{30 93 94} Por lo general, el papel del personal de enfermería especializado en IC está poco desarrollado en toda Europa,⁹⁵ y el que hay está saturado de trabajo.⁹⁶ Hay una formación profesional limitada en IC fuera de los centros especializados,⁹⁷ por lo que no suele existir una formación acreditada o financiación suficiente para disponer de equipos multidisciplinarios.^{38 70 98} De ahí que todavía sea común que las personas que conviven con la IC sean tratadas solo por médicos de familia o internistas, sin el apoyo de un equipo multidisciplinar.^{54 73 99}

Algunos profesionales sanitarios son reticentes al trabajo multidisciplinar

Los profesionales sanitarios que atienden a personas con IC, tanto en atención primaria como especializada, no necesariamente confían en la práctica multidisciplinar como, por ejemplo, en el proceso de derivación de pacientes.^{92 99 100} El trabajo multidisciplinar en IC puede, de hecho, desafiar las jerarquías existentes entre profesionales y puede generar resistencias sobre quién está a cargo de la atención del paciente.^{101 102} Por ejemplo, los cardiólogos suelen comentar sus inquietudes sobre la derivación de pacientes con IC a la atención primaria, mientras que los médicos de familia temen perder habilidades y responsabilidades al trabajar con especialistas.⁹²

Los profesionales sanitarios pueden tener dificultades para compartir datos de pacientes

Los registros de pacientes con IC suelen ser de mala calidad,¹⁰³ y los centros de salud suelen tener diferentes prácticas y plataformas de registro de datos, lo que dificulta el intercambio de información.¹⁰⁴ Por ejemplo, los profesionales de atención primaria tienen una baja expectativa sobre la información compartida por los profesionales de atención secundaria,⁹² y los farmacéuticos refieren dificultades para acceder a los datos del paciente.¹⁰⁵

La deficiencia de datos de rendimiento impide la evaluación y la transparencia

Los datos de rendimiento que puedan ser comparables entre localidades son importantes por diversas razones, incluida la transparencia en la presentación de informes sobre el rendimiento, la acreditación o la certificación de centros,¹⁰⁶ la evaluación de nuevos modelos de atención, la fijación de precios basados en el valor y el desarrollo de incentivos económicos.¹⁰⁷ Sin embargo, persisten problemas con la calidad y la cobertura de datos en la IC. Por ejemplo, los registros y la historia clínica electrónica no suelen estar estandarizados, por lo que excluyen las medidas centradas en el paciente, como la calidad de vida o los síntomas.¹⁰⁷ El acceso público a los datos suele ser deficiente,^{103 107} lo que limita la responsabilidad de los sistemas sanitarios y una mejor atención de la IC.

Punto de fricción 1: Presentación y diagnóstico

1 ¿Cuál es el problema?

El diagnóstico adecuado y oportuno de la IC es la base de una gestión eficaz.^{12 108}

Esto asegura que los pacientes reciban atención lo antes posible para conseguir mejores resultados.^{2 6 13 51 57} Desafortunadamente, el diagnóstico de la IC a menudo se confirma tarde, una vez que ya se ha producido un daño grave en el corazón.¹⁰⁹

Muchos profesionales sanitarios y la sociedad en general pueden tener dificultades para reconocer los síntomas de la IC.^{12 51 89} La fatiga y la dificultad para respirar, por ejemplo, se pueden confundir con síntomas de la diabetes o enfermedades respiratorias.^{2 9 110}

2 ¿Cómo debería realizarse?

No existe una única prueba de diagnóstico para la IC.^{6 44} Para obtener un diagnóstico completo, incluida la identificación de las causas subyacentes, se requieren diversas pruebas, como un examen físico, una ecografía, un electrocardiograma o una radiografía, además de información del paciente, como la historia médica. Los centros especializados en IC deben proporcionar un servicio integrado de diagnóstico.¹²

El diagnóstico debe incluir una ecografía realizada por un especialista.⁶ Esto proporciona información completa sobre el corazón y su capacidad para bombear sangre, lo cual es crucial para establecer el tratamiento y el pronóstico más apropiados.²⁵

En el diagnóstico participan distintos niveles asistenciales. Las personas con IC suelen recurrir a la atención primaria,¹¹ pero el inicio del tratamiento depende de que los síntomas los identifiquen, investiguen y sigan especialistas de atención hospitalaria.

3 ¿Qué funciona y qué se puede mejorar?

- Es posible reducir la aparición de la IC entre los grupos de alto riesgo.^{2 44 111} Por ejemplo, el tratamiento intensivo de la hipertensión arterial puede reducir el avance de la IC en un 40%.¹¹²
- Prescribir la realización de una ecografía por parte de los médicos de familia puede reducir las derivaciones a cardiólogos hasta en dos tercios.^{113 114}
- Se ha demostrado que las analíticas de péptidos natriuréticos (PN) son rentables al descartar, de forma segura, realizar la ecografía a los pacientes.^{25 115 116} El Irish Cardiac Society estima que podría reducir la demanda de servicios de diagnóstico especializados en un 30%.⁵⁷
- Los medicamentos comúnmente mencionados en las guías de práctica clínica, como los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) y los betabloqueantes, reducen la hospitalización y la mortalidad en el estadio inicial de la IC.^{6 66}



Casos prácticos seleccionados



Desafío para la atención de la IC, The Belgian Charter for Heart Failure

Las pruebas de PN no siempre se reembolsan en Bélgica, a pesar de estar recomendadas en Europa. El Belgian Charter for Heart Failure exige el reembolso de las pruebas diagnósticas recomendadas por las guías clínicas como una de las cinco prioridades para la acción política.¹¹⁸ La iniciativa ha sido liderada por las principales organizaciones del corazón y ha sido firmada por 12.000 personas hasta la fecha.

Estándares de calidad para el diagnóstico integrado por parte de especialistas, Sociedad Española de Cardiología, España

La Sociedad Española de Cardiología ha publicado estándares de calidad y acreditación para las unidades de IC.¹¹⁷ Estos aúnan el diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico de los pacientes con IC basados en las guías de práctica clínica y establecen estándares mínimos de coordinación con la atención primaria. El programa recomienda que los profesionales de atención primaria exijan una prueba de PN si sospechan de un posible caso de IC.



Más casos prácticos disponibles en www.hfpolicynetwork.eu



Punto de fricción 2: Planificación del alta y seguimiento precoz



1 ¿Cuál es el problema?

El alta hospitalaria tras un episodio agudo de IC marca el comienzo (o la continuación) de la atención, no el final. Muchos pacientes salen del hospital con necesidades sustanciales no cubiertas, incluso cuando los médicos los consideran aptos para irse a casa.^{11 119} La transición del hospital al domicilio es un período vulnerable para el paciente,^{43 60 120} ya que se aleja de una estricta supervisión médica.

Las personas que salen del hospital después de un episodio agudo de IC siguen teniendo un alto riesgo de muerte⁶⁰ y de hospitalización durante tres meses.^{43 121 122} Este período conlleva un mayor riesgo de mortalidad que durante la hospitalización.¹²³ El seguimiento apropiado después del alta es crítico para mejorar los síntomas, la supervivencia y la calidad de vida.⁶

2 ¿Cómo debería realizarse?

Todos los pacientes que salen del hospital deben tener un plan de alta personalizado y deben ser seguidos por un médico de familia dentro de una semana y por un especialista en el plazo de dos semanas.⁶ Este proceso debe tener un enfoque multidisciplinar de las necesidades clínicas y de otra índole de la persona, y debe garantizar la existencia de planes de seguimiento, supervisión y atención adecuados.¹³ Los planes deben comunicarse a los profesionales sanitarios clave, como los médicos de familia.

La planificación del alta debe individualizarse según las circunstancias clínicas y personales de cada paciente, incluidos sus deseos y preferencias. La consideración de sus circunstancias sociales y familiares, así como el bienestar psicológico, son vitales para asegurar que puedan adaptarse al tratamiento y responsabilizarse de su autocuidado y autocontrol.¹⁸ Los pacientes en edad laboral pueden tener preocupaciones y barreras importantes para reincorporarse al trabajo.³⁰

3 ¿Qué funciona y qué se puede mejorar?

- La correcta planificación y gestión del alta en la IC repercute en una mejora de la atención integral, el uso eficiente de los recursos¹⁸ y mejora los resultados del paciente, lo que puede generar una reducción de los gastos.⁹
- Los pacientes con IC que tienen una cita de seguimiento ambulatoria programada en el momento del alta hospitalaria tienen tasas de reingreso menores que los que no la tienen.⁴²
- Las citas en la primera semana o al mes del alta reducen aún más el riesgo de reingreso hospitalario.¹²⁴

Casos prácticos seleccionados



Planificación del alta centrada en la persona, Universidad de Gotemburgo, Suecia

El Centro universitario de Gotemburgo para la atención centrada en la persona ha desarrollado un modelo de alta hospitalaria y seguimiento, internacionalmente reconocido, que recalca la planificación de la atención conjunta.¹⁸ El modelo suele ser dirigido por personal de enfermería, que brinda educación sanitaria y desarrolla planes de atención con los pacientes, teniendo en cuenta sus deseos, valores y necesidades. El modelo ha reducido de forma segura la estancia hospitalaria manteniendo los resultados del paciente.



Lista de verificación de diez puntos del alta, University College London Partners, Reino Unido

En 2015, el University College London Partners, en colaboración con el Hospital St Bartholomew, creó la alianza colaborativa para la mejora de la insuficiencia cardiaca. Esta alianza desarrolló una lista de verificación de criterios para desarrollar informes de alta hospitalaria de calidad.¹²⁵ Aunque no era exhaustiva, se consideró que la lista satisfacía las necesidades de médicos, pacientes y cuidadores. Puede apoyar las auditorías de los informes de alta hospitalaria y, en última instancia, mejorar el rendimiento. La Alianza ha demostrado mejoras en los servicios gracias a la utilización de estos criterios.



Más casos prácticos disponibles en www.hfpolicynetwork.eu



Punto de fricción 3: Gestión clínica

1 ¿Cuál es el problema?

La gestión del riesgo en la IC es continua, por lo tanto, la gestión clínica es de por vida. Los objetivos de la atención incluyen maximizar la capacidad del corazón, prevenir la progresión de la enfermedad, evitar la hospitalización y mejorar la calidad de vida y la supervivencia del paciente.⁶ Los pacientes requieren consultas periódicas de seguimiento de los síntomas, el ajuste de la medicación y la valoración de la necesidad de tratamiento y de monitorización mediante dispositivos.^{6,126}

La mayoría de las personas que conviven con la IC tienen comorbilidades. Por ejemplo, aproximadamente uno de cada tres pacientes con IC tiene diabetes y cerca de uno de cada cinco padece enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Las comorbilidades añaden complejidad a la toma de decisiones y al establecimiento de objetivos, lo que hace que el juicio clínico individualizado y la comunicación entre niveles asistenciales y en el equipo multidisciplinar sean aún más importantes.^{19,99}

2 ¿Cómo debería realizarse?

La gestión clínica de la IC se realiza mejor mediante un equipo multidisciplinar dirigido por un especialista en IC.^{6,12} Este puede ser un cardiólogo o un especialista en medicina interna, aunque las organizaciones de pacientes y los médicos reconocen ampliamente el papel del personal de enfermería especializado en IC en la atención,^{6,12,25,127} a menudo realizada en las unidades de IC.³⁰ Otros profesionales y personas relevantes son médicos de familia, personal de enfermería de atención primaria, farmacéuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, familiares y cuidadores del paciente.⁶

Los programas de gestión integral de la IC son el estándar de referencia para la atención multidisciplinar a largo plazo. Combinan la gestión clínica con dispositivos y otras estrategias de atención y apoyo, como la rehabilitación cardiaca, la educación sanitaria del paciente y el apoyo psicológico.¹²⁸

3 ¿Qué funciona y qué se puede mejorar?

- Los programas de gestión integral de la IC reducen el riesgo de hospitalización¹⁴⁻¹⁶ hasta en un 30%.¹⁷
- Los programas de gestión integral de la IC pueden reducir la mortalidad y los gastos de atención sanitaria, así como mejorar la calidad de vida del paciente.^{14-16,43}
- La participación de un cardiólogo especialista en IC o de personal de enfermería especializado en IC en la atención hospitalaria y el seguimiento predicen una menor mortalidad tras la hospitalización.¹²⁹
- La rehabilitación cardiaca reduce de manera independiente las hospitalizaciones, mejora la calidad de vida y aumenta la supervivencia hasta en un 12%.^{58,68,69}



Casos prácticos seleccionados

Proyectos piloto de atención multidisciplinar, Sociedad Polaca del Corazón, Polonia

En 2019, el grupo de trabajo sobre la IC de la Sociedad Polaca del Corazón, el Ministerio de Salud polaco y otras asociaciones de atención primaria están aplicando nuevos modelos de gestión clínica multidisciplinar para la atención de la IC (incluido el personal de enfermería especializado) en cinco hospitales de diferentes ciudades. El objetivo del proyecto es comprender mejor las necesidades de los pacientes y desarrollar un modelo de reembolso a largo plazo para la atención de la IC.

Diuréticos manejados por personal de enfermería, el British Heart Foundation y National Health Service (NHS), Reino Unido

El British Heart Foundation dirigió un proyecto piloto de dos años en diez organizaciones del NHS para determinar la seguridad del servicio de diuréticos intravenosos en el domicilio. Concluyó que se ahorraron 1.040 días-cama por paciente, con un ahorro medio de 3.003 libras esterlinas por intervención realizada en el domicilio. Todos los pacientes preferían el tratamiento en su domicilio que en el hospital.⁴⁵

Programa de gestión de la IC coordinado por personal de enfermería en la atención primaria, Barcelona, España

Las instituciones sanitarias en el área de Litoral Mar, en España, y el Servicio Catalán de Salud desarrollaron un modelo multidisciplinar de atención de la IC coordinado por personal de enfermería, que integró la atención y redujo el riesgo de reingreso y muerte.¹⁵ Añadir un componente de telemedicina ha reducido aún más el reingreso hospitalario, la duración de la estancia hospitalaria en el reingreso y el gasto por paciente.¹⁶ Este modelo de atención se está implantando y mejorando en el sur de la región metropolitana de Barcelona con la coordinación del Hospital Universitario de Bellvitge.



Más casos prácticos disponibles en www.hfpolicynetwork.eu



Punto de fricción 4: Empoderamiento del paciente y autocuidado



1 ¿Cuál es el problema?

Las personas que conviven con la IC desempeñan un papel esencial en la mejora de sus propios resultados de salud. Adaptarse a convivir con la IC requiere un apoyo continuo y personalizado, tanto clínico como psicosocial.¹³⁰ La mayoría de las personas que conviven con la IC pueden y deben practicar el autocuidado para manejar mejor su vida con la IC: esto abarca desde restricciones dietéticas hasta la monitorización de las constantes vitales, el ejercicio, el cumplimiento del plan farmacológico y la notificación a su médico, si aparecen síntomas cambiantes.^{6 131}

La adopción efectiva del autocuidado de forma sistemática está vinculada a la motivación personal, las circunstancias personales y al nivel de apoyo social.¹³² Las personas que conviven con la IC pueden desarrollar sus propias estrategias de afrontamiento para mantenerse comprometidas y motivadas.⁹ Esto es fundamental, ya que los cambios en el estilo de vida necesarios para mantener un buen estado de salud, además de controlar y gestionar los signos y síntomas de la IC, suelen suponer un reto para el paciente.^{6 9 133}

2 ¿Cómo debería realizarse?

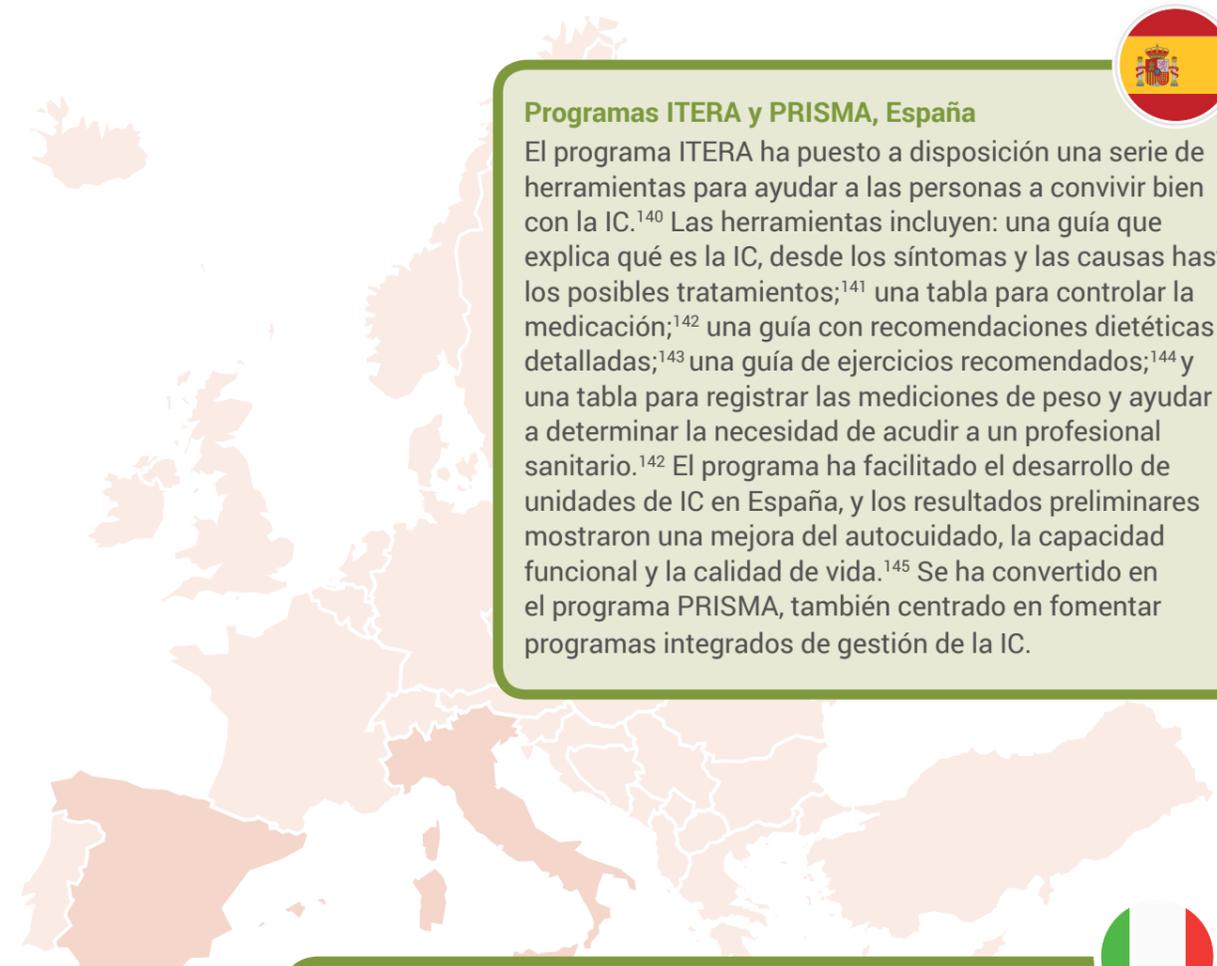
La formación para el autocuidado y el apoyo deben comenzar lo antes posible tras el diagnóstico, preferentemente en el hospital.^{6 9} Se han demostrado modelos efectivos de autocuidado tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados.^{6 13 18 35 36}

Es importante involucrar a un equipo multidisciplinar en la educación sanitaria para el autocuidado del paciente.^{6 9} Las personas que conviven con la IC, los cuidadores, familiares y profesionales sanitarios son cruciales para alcanzar este objetivo^{134 135}, especialmente el personal de enfermería especializado en IC¹⁹ y las organizaciones de pacientes.^{9 31}

3 ¿Qué funciona y qué se puede lograr?

- El autocuidado reduce el riesgo de reingreso hospitalario^{9 136-138} y otras manifestaciones clínicas, como la depresión.^{18 132 139}
- Involucrar a las personas en su propio cuidado de la IC las hace más propensas a adoptar cambios en el estilo de vida, que ayudan a mantener la salud y controlar los síntomas, sí como a mejorar la adherencia al tratamiento,^{134 135 137} y la reducción del gasto en atención sanitaria por paciente.¹³⁶

Casos prácticos seleccionados



Programas ITERA y PRISMA, España

El programa ITERA ha puesto a disposición una serie de herramientas para ayudar a las personas a convivir bien con la IC.¹⁴⁰ Las herramientas incluyen: una guía que explica qué es la IC, desde los síntomas y las causas hasta los posibles tratamientos;¹⁴¹ una tabla para controlar la medicación;¹⁴² una guía con recomendaciones dietéticas detalladas;¹⁴³ una guía de ejercicios recomendados;¹⁴⁴ y una tabla para registrar las mediciones de peso y ayudar a determinar la necesidad de acudir a un profesional sanitario.¹⁴² El programa ha facilitado el desarrollo de unidades de IC en España, y los resultados preliminares mostraron una mejora del autocuidado, la capacidad funcional y la calidad de vida.¹⁴⁵ Se ha convertido en el programa PRISMA, también centrado en fomentar programas integrados de gestión de la IC.



Apoyo móvil para pacientes, Asociación italiana de pacientes con insuficiencia cardiaca, Italia

La Asociación italiana de pacientes con insuficiencia cardiaca (Associazione Italiana Scompensati Cardiaci) ha desarrollado un programa de apoyo a las personas que conviven con la IC y para concienciar sobre la IC en todo el país.^{146 147} La asociación distribuye material educativo en reuniones y ofrece visitas de especialistas in situ.



Más casos prácticos disponibles en www.hfpolicynetwork.eu



Punto de fricción 5: Planificación anticipada de los cuidados



1 ¿Cuál es el problema?

Un plan de voluntades anticipadas permite a la persona que convive con una enfermedad crónica comprender y definir los objetivos del tratamiento paliativo en etapas avanzadas de la enfermedad.¹⁴⁸ No tiene la intención de acelerar o posponer la muerte, sino más bien comprender y abordar las necesidades, deseos y preferencias de la persona para asegurar que esté cómoda durante la progresión de la enfermedad.^{148 149} Esto es vital, ya que los síntomas y comorbilidades de la enfermedad avanzan^{150 151} y exigen una reevaluación continua de los objetivos de atención.^{87 152 153}

2 ¿Cómo debería realizarse?

Un plan de voluntades anticipadas debe comenzarse cuanto antes, ya que las decisiones sobre los cuidados paliativos no deben dar respuesta a necesidades urgentes.^{6 10 13 86 87} Esto garantiza que las personas que conviven con la IC puedan comunicar sus deseos y preferencias a tiempo, por ejemplo, en relación con la reanimación o la desactivación de dispositivos implantados.⁸⁵ Esto también le da a la persona y a su familia más tiempo para asimilarlo.¹⁵⁴

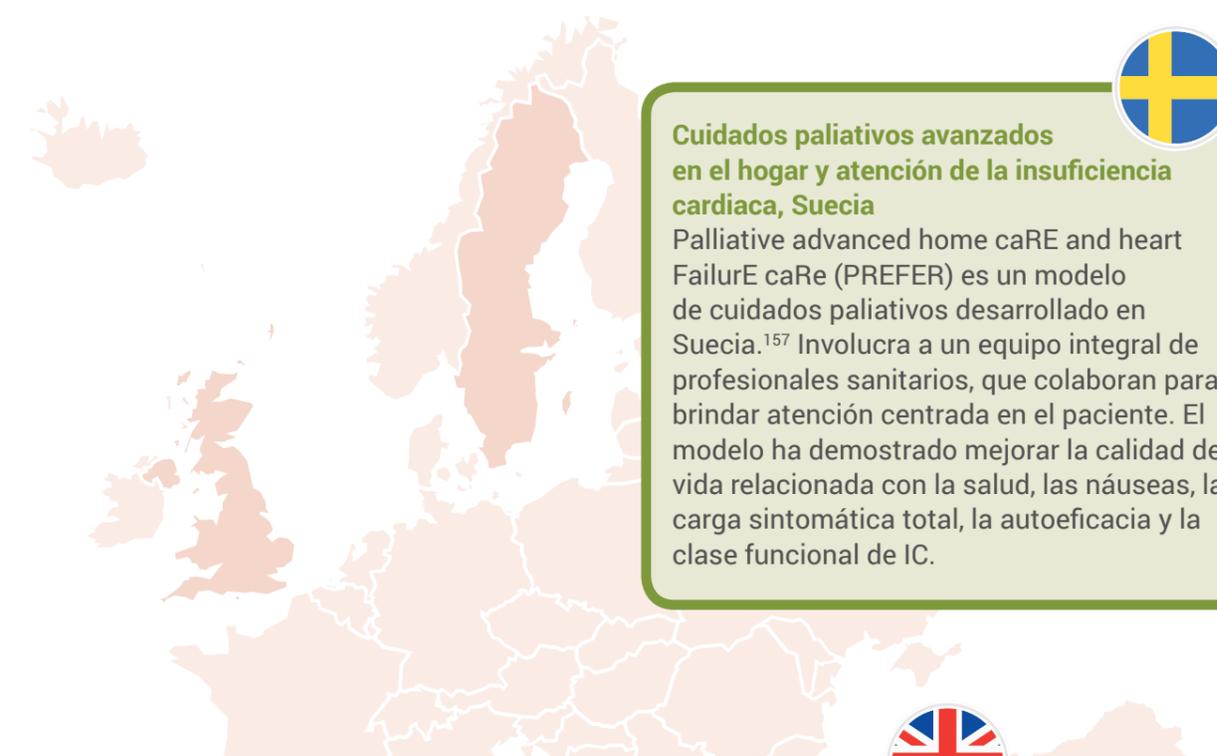
Todos los miembros del equipo multidisciplinar de IC tienen un papel en la prestación de cuidados paliativos de alta calidad¹⁵³ y deben adaptar la información que se proporciona al paciente a su nivel educativo, sus valores, estilo y capacidad de comunicación.¹⁴⁸ En la etapa más avanzada de la IC, los especialistas en cuidados paliativos pueden tener que asumir la coordinación del cuidado.¹⁵⁴

Los beneficios del cuidado paliativo dependen, en gran medida, de los centros y las infraestructuras de apoyo. Por lo general, se entiende que la atención paliativa se brinda mejor en el hogar o en un centro residencial, como una unidad de cuidados paliativos.⁸⁷ Los proveedores de atención sanitaria deben coordinar las responsabilidades y permitir el intercambio de información entre diferentes organizaciones y centros, posiblemente mediante historias clínicas electrónicas.¹⁵⁵

3 ¿Qué funciona y qué se puede mejorar?

- Los modelos de plan de voluntades anticipadas y cuidados paliativos pueden reducir las hospitalizaciones y los síntomas, a la vez que mejoran la autoeficacia, la satisfacción y la calidad de vida del paciente.^{150 156-159}
- Muchos modelos de plan de voluntades anticipadas y cuidados paliativos son rentables y reducen los gastos, por ejemplo, de las hospitalizaciones.^{148 149 159}

Casos prácticos seleccionados



Cuidados paliativos avanzados en el hogar y atención de la insuficiencia cardiaca, Suecia

Palliative advanced home caRE and heart FailurE caRe (PREFER) es un modelo de cuidados paliativos desarrollado en Suecia.¹⁵⁷ Involucra a un equipo integral de profesionales sanitarios, que colaboran para brindar atención centrada en el paciente. El modelo ha demostrado mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, las náuseas, la carga sintomática total, la autoeficacia y la clase funcional de IC.



Programa avanzado de mejora de la insuficiencia cardiaca, Brent y Harrow, Reino Unido

El St Luke's Hospice en Harrow (Reino Unido) desarrolló un programa con los consorcios locales del National Health Service para mejorar la atención avanzada de la IC. El programa desarrolló una herramienta para ayudar al personal de enfermería comunitaria en IC a identificar a los pacientes que podrían beneficiarse de los cuidados paliativos.¹⁶⁰ El programa ha aumentado la adopción de la terminología de cuidados paliativos, el acceso a planes de voluntades anticipadas y los servicios especializados en cuidados paliativos, el fallecimiento extrahospitalario y la satisfacción laboral del personal de enfermería comunitaria en IC.



Más casos prácticos disponibles en www.hfpolicynetwork.eu



Conclusión

Los sistemas sanitarios deberían basarse en la evidencia científica, pero, de forma frecuente, se rigen por la voluntad y los contextos políticos. La IC es, ciertamente, una prueba de ello.

Por un lado, hay mucho que celebrar. La IC se ha convertido en una enfermedad tratable y prevenible, un gran triunfo del esfuerzo humano colectivo en muchos niveles. La mayoría de las personas que conviven con la IC ahora pueden hacer frente a los años de vida con esperanza y con apoyo efectivo.

Sin embargo, en la práctica, existen barreras que dificultan la práctica clínica básica. Esto, junto con la enorme carga económica que implica la IC, se convierte en un desafío urgente.

La necesidad de un cambio organizacional no debe distraer la prestación de cuidados. Las consecuencias de la falta de preparación estructural para la gestión de las enfermedades crónicas son un ejemplo claro en la IC. Cada año, millones de familias en toda Europa son testigos del sufrimiento, el aislamiento, la desesperación y la pérdida irreparable y evitable de años de vida de aquellos a los que quieren.

Los países o regiones que carecen de un sistema riguroso de evaluación de resultados corren el mayor peligro. Disponer de datos no es hoy en día un lujo en un sistema sanitario complejo y con recursos limitados, son el elemento vital para mejorar la atención del paciente y para la evaluación por parte de los responsables políticos. La recopilación de datos debe ayudar a establecer un liderazgo coherente en los breves ciclos políticos y es cada vez más importante para mejorar el servicio hospitalario y clínico. Sin datos, los objetivos estratégicos para reducir las desigualdades o perseguir inversiones basadas en valores, probablemente, serán solo una promesa.

Este manual tiene por objeto poner en manos de los representantes clínicos y de los pacientes una descripción de las políticas que se están desarrollando en IC, pero no sirve de nada a quienes conviven con la IC, si no logramos generar un consenso político para el cambio.

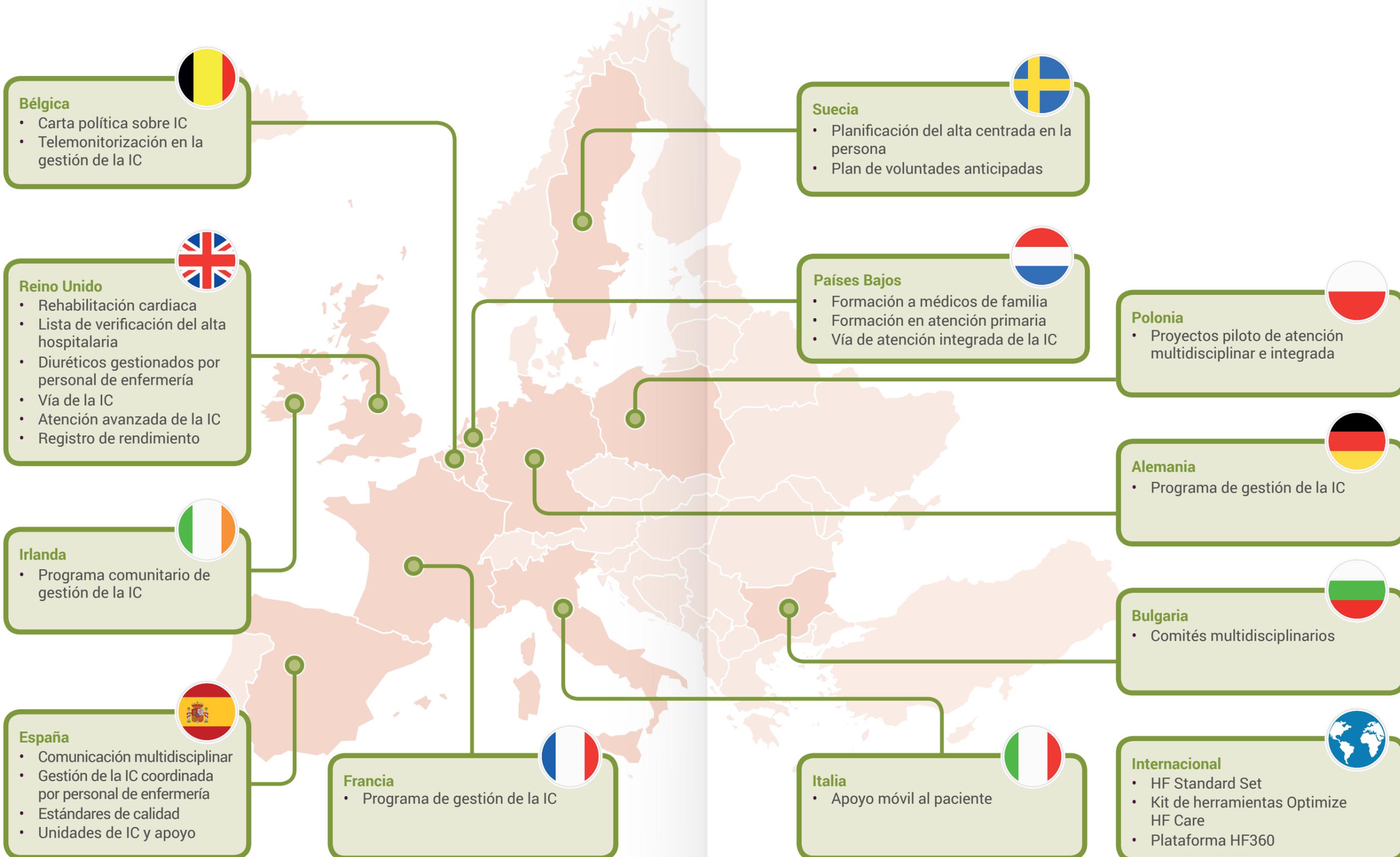


Ayúdenos a alcanzar el cambio ante los gobiernos europeos.

En nombre del Heart Failure Policy Network Steering Committee, Project Advisory Group (2018) y Secretariat.



Mapa de casos prácticos



Detalle de casos prácticos

País y caso práctico	Descripción	Organización
 Belgium		
TELeMonitoring in the MAnagement of Heart Failure (TEMA-HF)	Telemonitorización dirigida por un médico de familia/ Colaboración de la Unidad de IC en siete hospitales de Bélgica	Hospital Genk
Belgian Charter for Heart Failure	El Charter pide a las autoridades sanitarias que mejoren la atención de la IC, por ejemplo, reembolsando las pruebas diagnósticas de la IC recomendadas por las guías clínicas.	Belgium Working Group on Heart Failure (BWGHF), Mon Coeur entre Parenthèses, Belgian Society of Cardiology, Belgian Working Group of Cardiovascular Nursing y Ligue Cardiologique Belge
 Bulgaria		
Comités multidisciplinares	Debates de equipo multidisciplinar en el hospital	Universidad de Medicina, Pleven y Second City Hospital, Sofía
 Francia		
Insuffisance CArdiaque en LORraine (ICALOR)	Gestión óptima del paciente, formación continua y seguimiento	Centro Hospitalario Regional Universitario de Nancy, INSERM y Universidad de Lorena
 Alemania		
HeartNetCare-HF	Programa de IC con monitorización por teléfono, atención coordinada por personal de enfermería y protocolos de autocontrol para la educación sanitaria del paciente	Centro integral de insuficiencia cardiaca de Wurzburg
 Irlanda		
Community Heart Failure Management Programme (CHAMP)	Seguimiento y formación del paciente coordinados por personal de enfermería especializado en IC mediante consultas ambulatorias y domiciliarias	Iniciativa conjunta entre Galway Primary, Community and Continuing Care (PCCC), Hospital Universitario Galway, Hospital Portiuncula, Croí, Departamento de Medicina General y Universidad Nacional de Irlanda, Galway

País y caso práctico	Descripción	Organización
 Italia		
Apoyo móvil al paciente	Programa itinerante de concienciación y apoyo a la IC	Associazione Italiana Scompensati Cardiaci (AISC)
 Países Bajos		
Formación de médicos de familia	Formación de médicos de familia para aumentar los conocimientos en atención primaria y la comunicación con especialistas a través de reuniones educativas en grupos pequeños, dirigidos por personal de enfermería de IC y un cardiólogo	Hospital Deventer
Formación en atención primaria	Formación especializada para médicos de atención primaria sobre atención óptima y formación del paciente	Centro médico de la Universidad de Maastricht
Vía de atención integrada de la IC	Citas coordinadas por personal de enfermería en clínicas ambulatorias. Varios profesionales sanitarios y sociales están involucrados; los servicios son supervisados por cardiólogos especializados en IC	Centro médico universitario de Utrecht
 Polonia		
Proyectos piloto de atención multidisciplinar e integral	Proyectos piloto para garantizar el trabajo multidisciplinar y mejorar la integración en la atención de la IC entre centros de atención primaria y hospitales	Heart Failure Working Group del Polish Cardiac Society



Detalle de casos prácticos

País y caso práctico	Descripción	Organización
 España		
Comunicación multidisciplinar	Iniciar y aumentar la comunicación entre la atención primaria y secundaria	Departamento de cardiología del Hospital Universitario de Álava y Osakidetza (sistema sanitario del País Vasco)
Gestión de la IC coordinada por personal de enfermería	Programa de gestión de la IC coordinada por personal de enfermería en atención primaria	Hospital Universitario de Bellvitge y Servicio catalán de salud
Estándares de calidad	Estándares de calidad y acreditación para las unidades de IC conformes con las recomendaciones de las guías clínicas para garantizar una atención de la IC de alta calidad	Sociedad Española de Cardiología
Programas ITERA y PRISMA	Programa que desarrolla herramientas para ayudar a las personas que conviven con la IC y apoya el desarrollo de unidades de IC	Laboratorios Menarini
 Suecia		
Planificación del alta centrada en la persona	Atención centrada en la persona, dirigida por personal de enfermería y planificación del alta hospitalaria	Universidad de Gotemburgo
Cuidados paliativos avanzados en el hogar y atención de la insuficiencia cardiaca (PREFER)	Prestación de cuidados paliativos avanzados a domicilio centrados en el paciente y atención integral de la IC	Universidad de Umeå

País y caso práctico	Descripción	Organización
 Reino Unido		
Rehabilitación cardiaca	Rehabilitación cardiaca y formación del paciente del hospital al equipo de atención comunitaria	NHS Ayrshire y Arran
Lista de verificación del alta	Lista de verificación con diez criterios para el alta y para apoyar la toma de decisiones y la auditoría de los informes de alta	University College London Partners y Hospital St Bartholomew's
Diuréticos gestionados por personal de enfermería	Personal de enfermería especializado en IC coordinador de diuréticos intravenosos en el domicilio y el centro comunitario	British Heart Foundation
Vía clínica de la IC	Rediseño de la vía clínica de la IC para garantizar una relación estrecha entre médicos de familia y especialistas, incluidas sesiones formativas y «clínicas virtuales»	Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust y King's College Hospital NHS Foundation Trust
Atención avanzada de la IC	Personal de enfermería comunitario en IC que trabaja para identificar pacientes de cuidados paliativos	St Luke's Hospice, Brent y Harrow
Registro de rendimiento	Registro de rendimiento para dos vías diferentes de atención: hospital (aguda) y comunitaria	Kent Surrey Sussex Academic Health Science Network
Internacional		
HF Standard Set	Conjunto de indicadores específicos de IC para medir los resultados de los pacientes y evaluar la atención de la IC	International Consortium for Health Outcomes Measurement
Optimize HF Care	Programa para mejorar la atención de la IC a través de iniciativas asequibles, como los protocolos de atención	Servier
Plataforma HF360	Colección de herramientas para apoyar la atención de transición de la IC	Novartis Pharma AG



Más casos prácticos disponibles en www.hfpolicynetwork.eu



Otros trabajos disponibles de la Heart Failure Policy Network

Establecida en 2015, la Heart Failure Policy Network ha publicado muchos materiales innovadores para ayudar a concienciar sobre la insuficiencia cardiaca como una prioridad política urgente.



Bibliografía

1. NHS Choices. 2016. Heart Failure: Overview [online]. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/heart-failure/> [Accessed 15/08/18]
2. Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, et al. 2014. Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Fail* 1(1): 4-25
3. Dickstein K, Cohen Solal A, Filippatos G, et al. 2008. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *Eur J Heart Fail* 10(10): 933-89
4. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP, et al. 2002. Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. *Circulation* 106(24): 3068-72
5. Jeon YH, Kraus SG, Jowsey T, et al. 2010. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res* 10: 77
6. Ponikowski P, Voors A, Anker S, et al. 2016. 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). *Eur Heart J* 37(27): 2129-200
7. Mamas MA, Sperrin M, Watson MC, et al. 2017. Do patients have worse outcomes in heart failure than in cancer? A primary care-based cohort study with 10-year follow-up in Scotland. *Eur J Heart Fail* 19(9): 1095-104
8. Gheorghiane M, Vaduganathan M, Fonarow GC, et al. 2013. Rehospitalization for Heart Failure: Problems and Perspectives. *J Am Coll Cardiol* 61(4): 391-403
9. Cowie M, Anker S, Cleland J, et al. 2014. Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalization. *ESC Heart Failure* 1(2): 110-45
10. National Institute for Health and Care Excellence. 2010. *Chronic heart failure in adults: management*. London: NICE
11. Frankenstein L, Fröhlich H, Cleland J. 2015. Multidisciplinary approach for patients hospitalized with heart failure. *Rev Esp Cardiol (Engl ed)* 68(10): 885-91
12. McDonagh T, Blue L, Clark A, et al. 2011. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *Eur J Heart Fail* 13(3): 235-41
13. National Institute for Health and Care Excellence. 2018. *Chronic heart failure: Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care (update)*. Draft for consultation. London: NICE
14. McAlister F, Stewart S, Ferrua S, et al. 2004. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 44(4): 810-9
15. Comin-Colet J, Verdu-Rotellar J, Vela E, et al. 2014. Efficacy of an integrated hospital-primary care program for heart failure: a population-based analysis of 56,742 patients. *Rev Esp Cardiol (Engl ed)* 67(4): 283-93
16. Comin-Colet J, Enjuanes C, Verdu-Rotellar JM, et al. 2016. Impact on clinical events and healthcare costs of adding telemedicine to multidisciplinary disease management programmes for heart failure: Results of a randomized controlled trial. *J Telemed Telecare* 22(5): 282-95
17. Feltner C, Jones C, Cene C, et al. 2014. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 160(11): 774-84
18. Ekman I, Wolf A, Olsson LE, et al. 2012. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Eur Heart J* 33(9): 1112-9
19. Glogowska M, Simmonds R, McLachlan S, et al. 2015. Managing patients with heart failure: a qualitative study of multidisciplinary teams with specialist heart failure nurses. *Ann Fam Med* 13(5): 466-71
20. Cleland JGF, Swedberg K, Follath F, et al. 2003. The EuroHeart Failure survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe Part 1: patient characteristics and diagnosis. *Eur Heart J* 24(5): 442-63
21. Savarese G, Lund LH. 2017. Global Public Health Burden of Heart Failure. *Card Fail Rev* 3(1): 7-11
22. Zannad F. 2018. Rising incidence of heart failure demands action. *The Lancet* 391(10120): 518-19
23. Bozkurt B, Aguilar D, Deswal A, et al. 2016. Contributory Risk and Management of Comorbidities of Hypertension, Obesity, Diabetes Mellitus, Hyperlipidemia, and Metabolic Syndrome in Chronic Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 134(23): e535-e78
24. Lang CC, Mancini DM. 2007. Non cardiac comorbidities in chronic heart failure. *Heart* 93(6): 665-71
25. All-Party Parliamentary Group on Heart Disease. 2016. *Focus on Heart Failure: 10 recommendations to improve care and transform lives*. London: British Heart Foundation
26. Neumann T, Biermann J, Erbel R, et al. 2009. Heart Failure: the Commonest Reason for Hospital Admission in Germany: Medical and Economic Perspectives. *Deutsches Ärzteblatt International* 106(16): 269-75
27. The Heartbeat Trust, Irish Heart Foundation, NUI Galway. 2015. *The Cost of Heart Failure in Ireland: The social, economic and health implications of Heart Failure in Ireland*. Dublin: The Heartbeat Trust
28. NHS England. Integrated care and support [Online]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/transformation-fund/> [Accessed 21/08/18]
29. Jaarsma T, Stromberg A. 2014. Heart failure clinics are still useful (more than ever?). *Can J Cardiol* 30(3): 272-5
30. Bajorek Z, Hind A, Bevan S. 2016. *The impact of long term conditions on employment and the wider UK economy*. London: The Work Foundation
31. Pumping Marvellous. Advocacy in heart failure [Online]. Available from: <http://pumpingmarvellous.org/what-we-do/advocacy-in-heart-failure/> [Accessed 14/05/18]
32. Antolín A, Sánchez M, Llorens P, et al. 2010. Knowledge About Disease Course and Living Wills Among Patients With Heart Failure. *Rev Esp Cardiol (Engl ed)* 63(12): 1410-18
33. Neudert S, Steinbüchel T, Schowalter M, et al. 2005. Schulungsbedürfnis bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. *Z Med Psychol* 14: 1-9
34. Jaarsma T, Halfens R, Huijter Abu-Saad H, et al. 1999. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *Eur Heart J* 20(9): 673-82
35. Stromberg A, Martensson J, Fridlund B, et al. 2003. 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* 24(11): 1014-23
36. Riegel B, Jaarsma T, Stromberg A. 2012. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci* 35(3): 194-204
37. Walsh J. 2017. A Nurse Led Clinic's contribution to Patient Education and Promoting Self-care in Heart Failure Patients: A Systematic Review. *Int J Integr Care* 17(5): A492
38. Price A. 2012. Specialist nurses improve outcomes in heart failure. *Nursing times* 108(40):22-4:
39. Riley J. 2015. The Key Roles for the Nurse in Acute Heart Failure Management. *Card Fail Rev* 1(2): 123-27
40. Strömberg A, Mårtensson J, Fridlund B, et al. 2001. Nurse led heart failure clinics in Sweden. *Eur J Heart Fail* 3(1): 139-44
41. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2016. *Management of chronic heart failure*. Edinburgh: SIGN
42. Bradley EH, Sipsma H, Horwitz LI, et al. 2015. Hospital strategy uptake and reductions in unplanned readmission rates for patients with heart failure: a prospective study. *J Gen Intern Med* 30(5): 605-11
43. Moertl D, Altenberger J, Bauer N, et al. 2017. Disease management programs in chronic heart failure: Position statement of the Heart Failure Working Group and the Working Group of the Cardiological Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology. *Wien Klin Wochenschr* 129(23): 869-78

Bibliografía

44. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al. 2012. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 33(14): 1787-847
45. British Heart Foundation. 2015. *An integrated approach to managing heart failure in the community*. London: British Heart Foundation
46. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, et al. 2013. *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: Key lessons and markers for success*. London: The King's Fund
47. Shaw S, Rosen, R, Rumbold, B. 2017. *What is integrated care?* London: The Nuffield Trust
48. The King's Fund. 2018. Making sense of integrated care systems, integrated care partnerships and accountable care organisations in the NHS in England [Online]. Available from: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-sense-integrated-care-systems#what> [Accessed 26/07/18]
49. Poyet L. 2013. *Infirmière libérale: consultation d'éducation thérapeutique pour l'insuffisant cardiaque*. Clermont-Ferrand: Ipsi Clermont-Ferrand
50. Wang Y, Ng K, Byrd RJ, et al. 2015. Early Detection of Heart Failure with Varying Prediction Windows by Structured and Unstructured Data in Electronic Health Records. Conference proceedings: Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society 2015: 2530-33
51. Audit Scotland. 2012. Health inequalities in Scotland. Edinburgh: Audit Scotland
52. NHS Scotland. 2011. Heart Disease Improvement Programme: National Overview – Take Heart. Edinburgh: Healthcare Improvement Scotland
53. Fuat A, Hungin APS, Murphy JJ. 2003. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. *BMJ* 326(7382): 196
54. Hancock HC, Close H, Fuat A, et al. 2014. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure have not changed in the past 10 years: a qualitative study and national survey. *BMJ Open* 4(3): e003866
55. Devroey D, Van Casteren V. 2011. Signs for early diagnosis of heart failure in primary health care. *Vasc Health Risk Manag* 7: 591-6
56. Braun V, Heintze C, Rufer V, et al. 2011. Innovative strategy for implementing chronic heart failure guidelines among family physicians in different healthcare settings in Berlin. *Eur J Heart Fail* 13(1): 93-9
57. Irish Cardiac Society. 2016. Irish Cardiac Society calls for rapid Community Heart Failure diagnosis [Online]. Available from: http://www.irishcardiacsociety.com/pages/news_box.asp?NewsID=19792213 [Accessed 03/08/18]
58. Donkor A, McDonagh T, Hardman S. 2017. *National Heart Failure Audit*. London: Healthcare Quality Improvement Partnership
59. Mueller C, Christ M, Cowie M, et al. 2017. European Society of Cardiology-Acute Cardiovascular Care Association Position paper on acute heart failure: A call for interdisciplinary care. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 6(1): 81-86
60. Riley JP, Masters J. 2016. Practical multidisciplinary approaches to heart failure management for improved patient outcome. *Eur Heart J Suppl* 18(suppl_G): G43-G52
61. Tuppini P, Cuerq A, de Peretti C, et al. 2013. First hospitalization for heart failure in France in 2009: Patient characteristics and 30-day follow-up. *Arch Cardiovasc Dis* 106(11): 570-85
62. Kul S, Barbieri A, Milan E, et al. 2012. Effects of care pathways on the in-hospital treatment of heart failure: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord* 12(1): 81
63. Cowie M, Bell D, Butler J, et al. 2013. Acute heart failure – a call to action. *Br J Cardiol* 20: S1-S11
64. Browne S, Macdonald S, May CR, et al. 2014. Patient, carer and professional perspectives on barriers and facilitators to quality care in advanced heart failure. *PLoS One* 9(3): e93288
65. Pirmohamed M, James S, Meakin S, et al. 2004. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ* 329(7456): 15-9
66. Ouwerkerk W, Voors AA, Anker SD, et al. 2017. Determinants and clinical outcome of uptitration of ACE-inhibitors and beta-blockers in patients with heart failure: a prospective European study. *Eur Heart J* 38(24): 1883-90
67. The Health Policy Partnership. 2016. *Heart Failure Country Barometer: Ireland*. London: HPP
68. Sagar VA, Davies EJ, Briscoe S, et al. 2015. Exercise-based rehabilitation for heart failure: systematic review and meta-analysis. *Open Heart* 2(1): e000163
69. Taylor RS, Sagar VA, Davies EJ, et al. 2014. Exercise-based rehabilitation for heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* (4): Cd003331
70. Bjarnason-Wehrens B, McGee H, Zwisler A-D, et al. 2010. Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey. *Eur J Cardiovasc Prev Rehab* 17(4): 410-18
71. De Vleminck A, Pardon K, Beernaert K, et al. 2014. Barriers to advance care planning in cancer, heart failure and dementia patients: a focus group study on general practitioners' views and experiences. *PLoS One* 9(1): e84905
72. Brannstrom M, Forssell A, Pettersson B. 2011. Physicians' experiences of palliative care for heart failure patients. *Eur J Cardiovasc Nurs* 10(1): 64-9
73. Cancian M, Battaggia A, Celebrano M, et al. 2013. The care for chronic heart failure by general practitioners. Results from a clinical audit in Italy. *Eur Journal Gen Prac* 19(1): 3-10
74. Jourdain P, Juilliere Y. 2011. Therapeutic education in patients with chronic heart failure: proposal for a multiprofessional structured programme, by a French Task Force under the auspices of the French Society of Cardiology. *Arch Cardiovasc Dis* 104(3): 189-201
75. Health Service Executive, Irish Hospice Foundation. 2008. *Palliative Care for All: Integrating Palliative Care into Disease Management Frameworks*. Dublin: IHF
76. Muschalla B, Glatz J, Karger G. 2011. Kardiologische Rehabilitation mit strukturierter Schulung bei Herzinsuffizienz – Akzeptanz bei Patienten und Veränderungen in Krankheitswissen und Wohlbefinden. *Rehabilitation* 50(2): 103-10
77. Jourdain P, Juilliere Y, Boireau A, et al. 2009. Éducation thérapeutique des patients insuffisants cardiaques en France. *Presse Med* 38: 1797-804
78. Cocchieri A, Riegel B, D'Agostino F, et al. 2015. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *Eur J Cardiovasc Nurs* 14(2): 126-36
79. Jaarsma T, Stromberg A, Ben Gal T, et al. 2013. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Educ Couns* 92(1): 114-20
80. van der Wal MH, van Veldhuisen DJ, Veeger NJ, et al. 2010. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *Eur Heart J* 31(12): 1486-93
81. Vellone E, Fida R, Ghezzi V, et al. 2017. Patterns of Self-care in Adults With Heart Failure and Their Associations With Sociodemographic and Clinical Characteristics, Quality of Life, and Hospitalizations: A Cluster Analysis. *J Cardiovasc Nurs* 32(2): 180-89
82. Kato N, Kinugawa K, Nakayama E, et al. 2013. Insufficient self-care is an independent risk factor for adverse clinical outcomes in Japanese patients with heart failure. *Int Heart J* 54(6): 382-9
83. Juilliere Y, Jourdain P, Roncalli J, et al. 2009. Therapeutic education unit for heart failure: Setting-up and difficulties. Initial evaluation of the I-CARE programme. *Arch Cardiovasc Dis* 102: 19-27

Bibliografía

84. Siouta N, van Beek K, Preston N, et al. 2016. Towards integration of palliative care in patients with chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic literature review of European guidelines and pathways. *BMC Palliat Care* 15: 18
85. Janssen DJA, Spruit MA, Schols J, et al. 2011. A call for high-quality advance care planning in outpatients with severe COPD or chronic heart failure. *Chest* 139(5): 1081-88
86. den Herder-van der Eerden M, Ebenau A, Payne S, et al. 2018. Integrated palliative care networks from the perspectives of patients: a cross-sectional explorative study in five European countries. *Palliat Med*: 1-11
87. MacIver J, Ross H. 2018. A palliative approach for heart failure end-of-life care. *Curr Opin Cardiol* 33(2): 202-7
88. Gadoud A, Kane E, Macleod U, et al. 2014. Palliative care among heart failure patients in primary care: a comparison to cancer patients using English family practice data. *PLoS One* 9(11): e113188
89. Remme WJ, McMurray JJ, Rauch B, et al. 2005. Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE. *Eur Heart J* 26(22): 2413-21
90. Lainscak M, Letonja M, Kovacic D, et al. 2014. General public awareness of heart failure: results of questionnaire survey during Heart Failure Awareness Day 2011. *Arch Med Sci* 10(2): 355-60
91. Zelenak C, Radenovic S, Musial Bright L, et al. 2017. Heart failure awareness survey in Germany: general knowledge on heart failure remains poor. *ESC Heart Fail* 4(3): 224-31
92. Smeets M, Van Roy S, Aertgeerts B, et al. 2016. Improving care for heart failure patients in primary care, GPs' perceptions: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open* 6(11): 1-12
93. Seferovic PM, Stoerk S, Filippatos G, et al. 2013. Organization of heart failure management in European Society of Cardiology member countries: survey of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology in collaboration with the Heart Failure National Societies/Working Groups. *Eur J Heart Fail* 15(9): 947-59
94. Kaszuba E, Odeberg H, Råstam L, et al. 2016. Heart failure and levels of other comorbidities in patients with chronic obstructive pulmonary disease in a Swedish population: a register-based study. *BMC Res Notes* 9: 215
95. Castro-Beiras A, Anguita-Sánchez M, Comín J, et al. 2015. Organization of Heart Failure Care in Spain: Characteristics of Heart Failure Units. *Rev Esp Cardiol (Engl ed)* 68(07): 633-35
96. British Heart Foundation. 2011. *Policy statement: Specialist cardiac nursing*. London: BHF
97. Jaarsma T, Larsen T, Strömberg A. 2013. Practical guide on home health in heart failure patients. *Int J Integr Care* 13: e043
98. The Belgian Working Group on Cardiovascular Nursing (BWGCVN). 2016. Belgian Heart Failure Nurses. Available from: <http://www.bwgcvn.be/belgian-heart-failure-nurses> [Accessed 21/08/18]
99. Howlett J, Comin-Colet J, Dickstein K, et al. 2018. Clinical practices and attitudes regarding the diagnosis and management of heart failure: findings from the CORE Needs Assessment Survey. *ESC Heart Fail* 5(1): 172-83
100. Jaarsma T, Stromberg A, De Geest S, et al. 2006. Heart failure management programmes in Europe. *Eur J Cardiovasc Nurs* 5(3): 197-205
101. Ärzteblatt. 2013. Wer künftig Herzinsuffizienz-Patienten betreut. [Updated 30/04/13]. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54249/Wer-kuenftig-Herzinsuffizienz-Patienten-betreut> [Accessed 08/04/18]
102. Ziehm J, Farin E, Schäfer J, et al. 2016. Palliative care for patients with heart failure: facilitators and barriers - a cross sectional survey of German health care professionals. *BMC Health Serv Res* 16(361): 1-10
103. National Institute for Health and Care Excellence. 2016. Using Quality & Productivity to Enhance Heart Failure Pathway in Primary Care: Enhancing the Quality of Heart Failure Care. Available from: <https://www.nice.org.uk/contents/item/display/30860> [Accessed 21/08/18]
104. Blecker S, Katz SD, Horwitz LI, et al. 2016. Comparison of Approaches for Heart Failure Case Identification from Electronic Health Record Data. *JAMA Cardiol* 1(9): 1014-20
105. Feldman J, Otting R, Otting C, et al. 2018. A community pharmacist-led service to facilitate care transitions and reduce hospital readmissions. *J Am Pharm Assoc* 58(1): 36-43
106. Lopez-Sendon J, Gonzalez-Juanatey JR, Pinto F, et al. 2015. 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 Area del Corazon): A SEC/SECTCV Consensus Position Paper. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 68(11): 976-95.e10
107. Fitzgerald AA, Allen LA, Masoudi FA. 2012. The evolving landscape of quality measurement for heart failure. *Ann N Y Acad Sci* 1254: 131-9
108. Fonseca C. 2006. Diagnosis of heart failure in primary care. *Heart Fail Rev* 11(2): 95-107
109. Mejhert M, Kahan T. 2015. A management programme for suspected heart failure in primary care in cooperation with specialists in cardiology. *Eur J Gen Pract* 21(1): 26-32
110. Department of Health. 2013. Cardiovascular Disease Outcomes Strategy Improving outcomes for people with or at risk of cardiovascular disease [online]. Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/217118/9387-2900853-CVD-Outcomes_web1.pdf [Accessed 21/08/18]
111. Ledwidge M, Gallagher J, Conlon C, et al. 2013. Natriuretic peptide-based screening and collaborative care for heart failure: the STOP-HF randomized trial. *JAMA* 310(1): 66-74
112. Wright JT Jr., Williamson JD, Whelton PK, et al. 2015. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med* 373(22): 2103-16
113. Lodewijks-van der Bolt CLB, Baur LHB, Lenderink T, et al. 2007. The Dutch experience of open access echocardiography. *Neth Heart J* 15(10): 342-47
114. van Gurp N, Boonman-De Winter LJM, Meijer Timmerman Thijssen DW, et al. 2013. Benefits of an open access echocardiography service: a Dutch prospective cohort study. *Neth Heart J* 21(9): 399-405
115. Lobos Bejarano JM, Horrillo Garcia C, Gonzalez-Gonzalez AI, et al. 2012. [Validity and usefulness of B-type natriuretic peptide (BNP) for early detection of left ventricular dysfunction in high-risk patients in primary care]. *Aten Primaria* 44(1): 13-9
116. Barrios V, Llisterri JL, Escobar C, et al. 2011. Clinical applicability of B-type natriuretic peptide in patients with suspected heart failure in primary care in Spain: the PANAMA study. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 9(5): 579-85
117. Anguita Sanchez M, Lambert Rodriguez JL, Bover Freire R, et al. 2016. Classification and Quality Standards of Heart Failure Units: Scientific Consensus of the Spanish Society of Cardiology. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 69(10): 940-50
118. Belgian Working Group on Heart Failure, Belgian Society of Cardiology, Belgian Working Group on Cardiovascular Nursing, et al. Charte pour les patients insuffisants cardiaques. Available from: http://www.fr.docvadis.be/moncoeur/document/moncoeur/charte_de_l_insuffisance_cardiaque2/fr/metadata/files/0/file/1Charte-grand%20public%20FR.pdf [Accessed 22/08/18]
119. Maggioni AP, Dahlstrom U, Filippatos G, et al. 2010. EURObservational Research Programme: the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Eur J Heart Fail* 12(10): 1076-84
120. National Institute for Health and Care Excellence. 2014. Acute heart failure: diagnosis and management. London: NICE
121. Joynt KE, Jha AK. 2011. Who has higher readmission rates for heart failure, and why? Implications for efforts to improve care using financial incentives. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 4(1): 53-9

Bibliografía

122. Desai AS, Stevenson LW. 2012. Rehospitalization for heart failure: predict or prevent? *Circulation* 126(4): 501-6
123. Arrigo M, Nijst P, Rudiger A. 2018. Optimising Heart Failure Therapies in the Acute Setting. *Card Fail Rev* 4(1): 38-42
124. Lee CS, Tkacs NC, Riegel B. 2009. The influence of heart failure self-care on health outcomes: hypothetical cardioprotective mechanisms. *J Cardiovasc Nurs* 24(3): 179-87; quiz 88-9
125. Bodagh N, Farooqi F. 2017. Improving the quality of heart failure discharge summaries. *Br J Cardiol* 24: 75-8
126. Cobretti MR, Page RL, Linnebur SA, et al. 2017. Medication regimen complexity in ambulatory older adults with heart failure. *Clin Interv Aging* 12: 679-86
127. Abel AA. 2018. Highlights from the British Society for Heart Failure 20th Annual Autumn Meeting: three decades of heart failure. *Future Cardiol* 14(3): 203-06
128. Laborde-Casterot H, Agrinier N, Zannad F, et al. 2016. Effectiveness of a multidisciplinary heart failure disease management programme on 1-year mortality: Prospective cohort study. *Medicine (Baltimore)* 95(37): e4399
129. British Heart Foundation. 2017. The National Audit of Cardiac Rehabilitation: Annual Statistical Report 2017. London: BHF
130. Turner KM, Winder R, Campbell JL, et al. 2017. Patients' and nurses' views on providing psychological support within cardiac rehabilitation programmes: a qualitative study. *BMJ Open* 7(9): e017510
131. Bakosis G, Christofilis I, Karavidas A. 2017. Treatment goals and discharge criteria for hospitalized patients with acute heart failure. *Continuing Cardiology Education* 3(3): 100-06
132. Jaarsma T, Cameron J, Riegel B, et al. 2017. Factors Related to Self-Care in Heart Failure Patients According to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness: a Literature Update. *Curr Heart Fail Rep* 14(2): 71-77
133. Aidemark J, Askenäs L, Mårtensson J, et al. 2014. Challenges for Heart Failure Patients' Self-Care Systems – Analysis of Patients' Needs. *Procedia Technology* 16: 1256-64
134. da Conceição AP, dos Santos MA, dos Santos B, et al. 2015. Self-care in heart failure patients. *Rev Lat Am Enfermagem* 23(4): 578-86
135. Giordano A, Scalvini S, Zanelli E, et al. 2009. Multicenter randomised trial on home-based telemanagement to prevent hospital readmission of patients with chronic heart failure. *Int J Cardiol* 131(2): 192-9
136. Krumholz H, Amatruda J, Smith G, et al. 2002. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 39(1): 83-9
137. McNeely E. 2017. Treatment considerations and the role of the clinical pharmacist throughout transitions of care for patients with acute heart failure. *J Pharm Pract* 30(4): 441-50
138. Shively MJ, Gardetto NJ, Kodiath MF, et al. 2013. Effect of patient activation on self-management in patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 28(1): 20-34
139. Lopez-Fernandez S, Puga-Martinez M, Jimenez-Fernandez M, et al. 2013. Nurse-based educational intervention in a heart failure unit improves outcomes in self-care, quality of life and depression of high-risk patients with chronic heart failure. *Eur Heart J* 34(Suppl 1): P643
140. Laboratorios Menarini. 2017. Insuficiencia cardíaca (Programa ITERA). Available from: <https://www.menarini.es/salud/areas-terapeuticas/riesgo-cardiovascular/insuficiencia-cardiaca-programa-itera.html> [Accessed 31/07/18]
141. ITERA. Guía para pacientes con insuficiencia cardiaca. Available from: <https://www.menarini.es/images/riesgo-cardiovascular/itera-guia.pdf> [Accessed 31/07/18]
142. ITERA. Libreta de control para pacientes con insuficiencia cardiaca. Available from: <https://www.menarini.es/images/riesgo-cardiovascular/itera-libreta-control.pdf> [Accessed 31/07/18]
143. ITERA. Libreta de control de fármacos para pacientes con insuficiencia cardiaca. Available from: <https://www.menarini.es/images/riesgo-cardiovascular/itera-LibretaControlDeFarmacosParaPacientesConIC.pdf> [Accessed 31/07/18]
144. ITERA. Guía de alimentación para pacientes con insuficiencia cardiaca. Available from: <https://www.menarini.es/images/riesgo-cardiovascular/itera-DietasPacientesConIC.pdf> [Accessed 31/07/18]
145. Pereira Moral JR. 2011. *Cuando un hospital apuesta por una Unidad de Insuficiencia Cardíaca*. IV Curso de Formación del Programa ITERA: Cómo iniciar y desarrollar una Unidad de Insuficiencia Cardíaca multidisciplinaria: trabajando para el futuro; 30/09/11; Barcelona
146. Associazione Italiana Scompensati Cardiaci. 2018. Il 24 Maggio 2018 Ti Aspettiamo Presso Piazza Caduti di Nassirya a Fiano Romano. Available from: <http://www.associazioneaisc.org/news/250-il-24-maggio-2018-ti-aspettiamo-presso-piazza-caduti-di-nassirya-a-fiano-romano.html> [Accessed 09/08/18]
147. Associazione Italiana Scompensati Cardiaci. 2016. Settimana Europea dello Scompenso Cardiaco: Voce Ai Pazienti, con AISC, per Diffondere la Conoscenza della Patologia e Prevenirla. Available from: <http://www.associazioneaisc.org/news/160-settimana-europea-dello-scompenso-cardiaco-voce-ai-pazienti-con-aisc-per-diffondere-la-conoscenza-della-patologia-e-prevenirla.html> [Accessed 10/08/18]
148. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. 2017. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* 18(9): e543-e51
149. World Health Organization. WHO Definition of palliative care. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Accessed 26/03/18]
150. LeMond L, Goodlin SJ. 2015. Management of Heart Failure in Patients Nearing the End of Life—There is So Much More To Do. *Card Fail Rev* 1(1): 31-34
151. Dodson JA, Truong TT, Towle VR, et al. 2013. Cognitive impairment in older adults with heart failure: prevalence, documentation, and impact on outcomes. *Am J Med* 126(2): 120-6
152. Stevenson L, Hellkamp A, Leier C, et al. 2008. Changing preferences for survival after hospitalization with advanced heart failure. *J Am Coll Cardiol* 52(21): 1702-8
153. Allen L, Stevenson L, Grady K, et al. 2012. Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 125(15): 1928-52
154. Fendler T, Swetz K, Allen L. 2015. Team-based palliative and end-of-life care for heart failure. *Heart Fail Clin* 11(3): 479-98
155. Payne S, Eastham R, Hughes S, et al. 2017. Enhancing integrated palliative care: what models are appropriate? A cross-case analysis. *BMC Palliat Care* 16(64): 1-10
156. Evangelista L, Lombardo D, Malik S, et al. 2012. Examining the effects of an outpatient palliative care consultation on symptom burden, depression, and quality of life in patients with symptomatic heart failure. *J Card Fail* 18(12): 894-9
157. Brännström M, Boman K. 2014. Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. PREFER: a randomized controlled study. *Eur J Heart Fail* 16(10): 1142-51
158. Diop M, Rudolph J, Zimmerman K, et al. 2017. Palliative care interventions for patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *J Palliat Med* 20(1): 84-92
159. Sahlen K-G, Boman K, Brännström M. 2016. A cost-effectiveness study of person-centered integrated heart failure and palliative home care: Based on a randomized controlled trial. *Palliat Medicine* 30(3): 296-302
160. Hospice UK. 2017. *Heart failure and hospice care: how to make a difference*. London: Hospice UK



The Heart Failure Policy Network



Este documento es una traducción al español de *The handbook of multidisciplinary and integrated heart failure care*, publicado originalmente en inglés en septiembre de 2018. La traducción ha sido coordinada por Nephila Health Partnership con la colaboración de personas de habla hispana de la Heart Failure Policy Network. El diseño y la maquetación de la versión española se ha llevado a cabo por Jumpingstone. La lista de las organizaciones que apoyan este documento (página 7) se ha actualizado en esta versión.

La Heart Failure Policy Network es una plataforma multidisciplinaria independiente, cuya creación ha sido posible gracias al apoyo financiero de Vifor Pharma, Novartis Pharma y The International Heart Hub. El contenido producido por la Network no está sesgado respecto a ningún tratamiento o terapia específicos y cuenta con el respaldo de los miembros de la Network, a quienes también pertenece dicho contenido y quienes poseen su pleno control editorial. Todos los miembros colaboran de manera desinteresada.