

#### Resumen

# Guía para la atención multidisciplinar e integral de la insuficiencia cardiaca









### Septiembre 2018

La Heart Failure Policy Network es una plataforma multidisciplinaria independiente, cuya creación ha sido posible gracias al apovo 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

## Resumen ejecutivo

Insuficiencia cardiaca

a



causa de ingresos no planificados



algún momento de su vida



aumento de los ingresos hospitalarios por insuficiencia cardiaca durante los próximos 25 años



#### La insuficiencia cardiaca (IC) supone un reto para la sostenibilidad de la atención sanitaria.

- La IC es una enfermedad común. Es el resultado de que el corazón pierda su potencia contráctil o incremente su rigidez, que afecta a su capacidad para bombear la suficiente sangre al resto del organismo y/o incremente sus presiones de llenado.<sup>2</sup>
- En Europa, al menos 15 millones de personas viven con IC.3 Una de cada cinco personas podría sufrir una IC en algún momento de su vida.4
- La carga de la IC es alta. 56 La calidad de vida y la supervivencia siguen siendo deficientes. peor que los tipos de cáncer más comunes.7
- La IC es la principal causa de reingresos hospitalarios no planificados.<sup>8</sup> Además, la IC también es la causa más común de ingresos en personas mayores de 65 años.9
- La incidencia de la IC va en aumento. Esto se debe parcialmente al envejecimiento de la población y a la mejora de la supervivencia de otras enfermedades cardiovasculares o crónicas. 10 11
- Se espera que los ingresos hospitalarios causados por la IC aumenten en un 50 % durante los próximos 25 años.9



#### Aunque el pronóstico no es alentador, un adecuado plan de atención puede marcar una gran diferencia para las personas que viven con IC.

- La atención y apoyo adecuado pueden suponer el aumento de la esperanza y la calidad de vida para el paciente con IC. 12 13 La hospitalización puede también reducirse hasta un 30 %.14-17
- Tanto la atención como el apoyo deben adaptarse a las necesidades y preferencias de la persona que vive con IC. Esto podría contribuir a mejorar los resultados clínicos y activar al paciente para que viva y autocontrole la IC.2618
- El mejor modelo de atención es un programa de gestión de la IC: un plan de atención sanitaria personalizado que incluya apoyo para su autogestión, rehabilitación y cuidado preventivo, revisiones rutinarias y su intensificación en caso de agudizaciones. 619
- · La buena praxis pasa por una atención multidisciplinar liderada por especialistas. incluyendo a cardiólogos y enfermeras especializadas en IC, que trabajen en centros especializados/unidades de IC.612 Otros roles esenciales a incorporar son los médicos de atención primaria, los especialistas en rehabilitación cardiaca, fisioterapeutas y farmacéuticos.
- Las visitas a domicilio y la asistencia telefónica estructurada (liderada por enfermeras especializadas en IC) representan modelos innovadores en la reducción de los ingresos hospitalarios y la mortalidad relacionados con la IC.<sup>17</sup>

#### Los sistemas sanitarios europeos no están actualmente preparados para la IC.

- Los sistemas sanitarios suelen encontrar dificultades para lidiar con los modelos de enfermedades crónicas, y la IC no es una excepción. La asistencia suele estar fragmentada<sup>6 19</sup> y es poco común que ésta se base en las guías de práctica clínica.<sup>2 9 20</sup>
- Los mayores retos y oportunidades radican en cinco puntos a lo largo del recorrido de la IC: presentación y diagnóstico, alta hospitalaria y seguimiento, gestión clínica, empoderamiento del paciente y autocuidado, y planificación anticipada de los cuidados.
- Necesitamos crear nuevos perfiles y reforzar los existentes si queremos mantener a los pacientes alejados del hospital. En particular, falta enfermería especializada en IC19 y es necesario formar mejor e involucrar a los médicos de atención primaria y a los farmacéuticos. Todos los profesionales sanitarios deberían poder reconocer los síntomas básicos.
- Tenemos que superar la inercia, la falta de concienciación y la falta de control a todos los niveles, incluyendo a los responsables políticos, a las instituciones públicas, a los profesionales, a los pacientes y al público en general.

### Llamada a la acción

## Hacemos un llamamiento a los gobiernos para que reconozcan que la insuficiencia cardiaca (IC) representa un reto urgente para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios del siglo XXI. Por ello. los gobiernos de toda Europa deberían:

- Contar con una estrategia formal para la IC v su impacto en el sistema sanitario v en la sociedad, incluida la modelización de futuros escenarios. Ésta debe elaborarse en estrecha colaboración con pacientes y clínicos.
- Invertir en modelos de atención sostenibles y especializados en la IC más allá de los servicios de cuidados agudos, por ejemplo, enfermería y centros ambulatorios especializados en la IC. También deberían promover la educación profesional y, cuando sea posible, una acreditación especializada complementaria para los médicos de atención primaria, internistas, enfermería de atención primaria y pacientes expertos.
- · Garantizar que las guías nacionales y los protocolos asistenciales a nivel local integren la visión de la calidad en su práctica clínica diaria, trabajando con las sociedades científicas. los representantes de los pacientes y los profesionales sanitarios para consequirlo.
- Impulsar auditorías nacionales públicas y robustas con el fin de garantizar la rendición de cuentas a los ciudadanos sobre la supervivencia de los pacientes, calidad de vida y experiencia en cuanto a la atención recibida, además de orientar las inversiones e incentivos. La reducción de forma segura de los reingresos hospitalarios debería ser un objetivo estratégico principal que indicaría un enfoque sostenible de la atención en la IC.

## Hacemos un llamamiento a los gobiernos para que demuestren mejoras medibles para los siguientes estándares mínimos e indicadores básicos de calidad clave para todos los pacientes con IC:

- Diagnóstico dirigidopor especialistas. Es vital alcanzar un diagnóstico definitivo con un ecocardiograma, garantizando que las causas subyacentes de la IC son completamente entendibles, dirigidas y comunicadas a los pacientes.
- Determinación de Péptidos natriuréticos (BNP). Debería ser una herramienta disponible de forma rutinaria tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la especializada.
- Atención especializada en los hospitales. Los pacientes deben recibir la información a través de un cardiólogo y una enfermera especializada en IC.
- Altas hospitalarias con un plan de cuidados. Los planes de alta hospitalaria deben incluir indicaciones claras de contacto y un seguimiento adecuado realizado por especialistas.
- Rehabilitación cardiaca, educación terapéutica para el paciente y apoyo psicológico. El cuidado de la IC debe basarse en el compromiso total 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.

A continuación, presentamos las organizaciones que apoyan y avalan esta quía.













































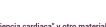












Puede consultar la "Guía para la atención multidisciplinar e integral de la insuficiencia cardiaca" y otro material adicional en la página web www.hfpolicynetwork.eu

## Bibliografía

- NHS Choices, 2016, Heart Failure: Overview. Available from: https://www.nhs.uk/conditions/heart-
- 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. European Journal of Heart Failure 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
- 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). European Heart Journal 37(27): 2129-200
- 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
- 8. Gheorghiade M, Vaduqanathan M, Fonarow GC, et al. 2013. Rehospitalization for Heart Failure: Problems and Perspectives. Journal of the American College of Cardiology 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 and Cleland J. 2015. Multidisciplinary approach for patients hospitalized with heart failure. Revista Española de Cardiologia (English edition) 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. European Journal of Heart Failure 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. Revista Española de Cardiologia (English edition) 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 EuropePart 1: patient characteristics and diagnosis, European Heart Journal 24(5): 442-63
- 21. NHS England. Integrated care and support [online]. Available from: https://www.england.nhs.uk/ ourwork/part-rel/transformation-fund/ [Accessed 26/07/18]
- 22. Jaarsma T and Stromberg A. 2014. Heart failure clinics are still useful (more than ever?). Can J Cardiol 30(3): 272-5
- 23. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2016. Management of chronic heart failure. Edinburgh: SIGN
- 24. 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

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.

¿En qué consiste la atención multidisciplinar e integral para la insuficiencia cardiaca? failure/ [Accessed 20/08/18]

#### La atención multidisciplinar e integral consiste en proporcionar la mejor atención posible

La atención integral tiene como objetivo potenciar los equipos multidisciplinares para promover una atención coordinada y centrada en la persona, adaptada a las necesidades y preferencias del paciente, sus familiares y cuidadores.<sup>21</sup> La atención efectiva de la IC debe garantizar la gestión de las comorbilidades, las necesidades cambiantes y el apoyo a lo largo de los distintos niveles de atención, incluyendo a profesionales especializados en la IC.6 Se espera que los miembros del equipo trabajen en estrecha coordinación entre sí, incluyendo al paciente, con respeto mutuo, comunicación clara y una clara división de responsabilidades. 19 Esto es especialmente importante cuando una persona con IC circula entre los distintos niveles y especialidades de la atención sanitaria.

## La atención multidisciplinar e integral cambia a lo largo de la evolución

Las necesidades de los pacientes con IC no son estáticas y cada persona con IC tiene una evolución particular. Sin embargo, existen tres fases típicas: diagnóstico; atención y seguimiento; y convivencia con la IC.<sup>2</sup> <sup>22</sup> La última fase representa la experiencia a largo plazo de las personas que aprenden a vivir con la enfermedad y su autocuidado. Dependiendo de la evolución de la enfermedad, las personas con IC pueden sufrir episodios en los que necesiten volver a cuidados agudos o reguieran una meior supervisión médica.

The Heart Failure Policy Network Secretariat (Secretaría de la Red de políticas sobre la Insuficiencia Cardiaca) desarrolló la guía para la atención multidisciplinar e integral de la insuficiencia cardiaca en colaboración con el 2018 Project Advisory Group (Grupo consultivo del proyecto) y comprende a representantes de los pacientes, cardiólogos y representantes de asociaciones profesionales. La Heart Failure Policy Network quiere expresar su agradecimiento y reconocer la colaboración de todos los miembros de la Red y a los responsables de los casos prácticos que han ofrecido su tiempo y perspectiva.



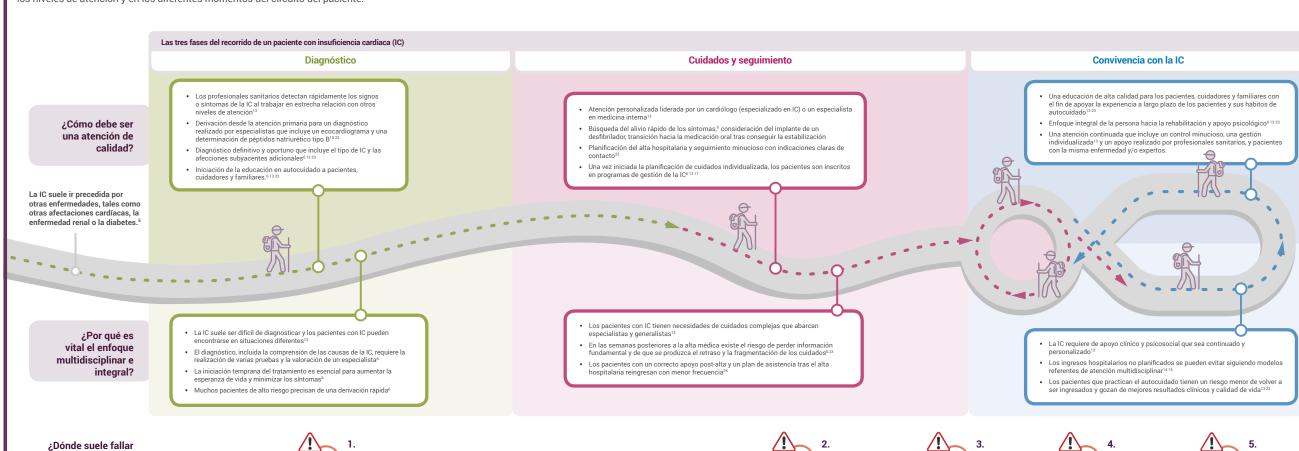
La guía para la atención multidisciplinar e integral de la insuficiencia cardiaca está disponible en www.hfpolicynetwork.eu

#### 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 circuito del paciente.

la atención sanitaria

a los pacientes?



Los puntos de fricción representan áreas problemáticas bien conocidas en las

fricción 4 v 5 pueden ocurrir en cualquier lugar tras el diagnóstico.

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

anticipada de