

DECÁLOGO SOBRE LA TRANSICIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

- 1.** La **transición** en un **paciente hospitalizado por insuficiencia cardíaca descompensada** (o aguda) hace referencia al **proceso asistencial organizado** cuyo objetivo es **evitar nuevas hospitalizaciones y ralentizar la progresión de la enfermedad**.
- 2.** La **transición comienza durante la hospitalización**, una vez que existe **estabilidad hemodinámica** y el paciente **no precisa fármacos intravenosos**, y **continúa tras el alta por un tiempo variable** para cada individuo, que al menos será de **30 días**.
- 3.** Una transición óptima requiere obligatoriamente de la **integración de recursos hospitalarios y ambulatorios**, que de forma coordinada faciliten a cada paciente una **atención continuada y personalizada**, basada en medidas de **monitorización, educación, soporte y mejora terapéutica**. Se recomienda el diseño de una estructura adaptada a cada área de salud en la que participen los equipos de atención primaria, las unidades de insuficiencia cardíaca (cardiólogos, internistas y enfermería) y las enfermeras gestoras de casos (enfermeras de enlace). **La participación de enfermería** con formación específica, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio **es fundamental**, por lo que debe fomentarse.
- 4.** La **optimización terapéutica** es un elemento clave en la transición. Debe **iniciarse siempre durante la hospitalización**, dado que la misma refleja un empeoramiento de la enfermedad y **un aumento significativo del riesgo del paciente**, que durante el ingreso es más receptivo a modificar sus hábitos de vida e implementar la adherencia al tratamiento. Dicha optimización **debe incluir**:
 - a) el **tratamiento etiológico**
 - b) la **resolución de precipitantes** de la **descompensación**
 - c) la mejora de **comorbilidades**
 - d) la mejora del **tratamiento farmacológico** con evidencia de **beneficio pronóstico** tras la hospitalización
- 5.** Además, **una adecuada transición requiere al alta**:
 - a) la **resolución** (o mejora) de los **síntomas** y signos **congestivos**
 - b) una **función renal** y **electrolitos estables** o en fase de mejoría (48 horas)
 - c) una **frecuencia cardíaca <70 lpm** (en ritmo sinusal y con FEVI<40 %)
 - d) la **educación del paciente para el autocuidado**, incluyendo signos de alarma y efectos secundarios
 - e) en caso de disponibilidad, una **determinación al alta de péptidos natriuréticos**;
 - f) un **plan de continuidad de cuidados**, tanto médico como de enfermería, que aborde tanto la esfera médica como la socio-familiar e identifique barreras y oportunidades de mejora
 - g) un **registro de monitorización** que al menos incluya peso, talla y frecuencia cardíaca
 - h) un plan de **recomendaciones claras y concretas** sobre cómo actuar, tanto para el **paciente** como para sus **cuidadores**.

6. Todo **paciente con IC y FEVI <40 %** debería ser **dado de alta con un betabloqueante, un IECA/ARA II o sacubitrilo-valsartan** y un **antagonista del receptor mineralocorticoide**, atendiendo a las características clínicas y hemodinámicas de cada paciente, así como a las guías de práctica clínica, dada la **mejora en la supervivencia** que han demostrado en este grupo de pacientes.

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

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

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

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

- a) **ausencia de progresión de síntomas** congestivos, **estabilidad hemodinámica** (presión arterial sistólica ≥ 100 mmHg y/o frecuencia cardíaca < 70 lpm),
- b) **función renal** y **electrolitos estables**,
- c) conocimientos en **autocuidado** y **adherencia** a los fármacos.

Además, en **pacientes con IC y FEVI <40 %**, las dosis de fármacos basados en la evidencia deberían ser las **máximas toleradas** y **preferiblemente ≥ 50 % de la dosis máxima recomendada**.

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

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