Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar

ARTÍCULO ESPECIAL

Capítulo 1. Introducción

Adriana Torres

Cardiología e insuficiencia cardiaca, Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia

Recibido el 1 de diciembre de 2015; aceptado el 12 de enero de 2016

Disponible en Internet el 4 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia
cardiaca;
Pronóstico;
Estudios de
seguimiento

KEYWORDS

Heart failure;
Prognosis;
Follow-up studies

Resumen Las Unidades de Insuficiencia Cardiaca son, a la luz de la evidencia actual, una estrategia de atención de buena calidad y con altos estándares de costo-efectividad, impacto en calidad de vida, aumento de la supervivencia y disminución de rehospitalizaciones y costos en una patología de gran impacto en salud pública. Por esta razón en este documento se plantea la definición de unidad, sus elementos y estrategias para su desarrollo, así como también objetivos estratégicos, superación de limitaciones de oportunidad y acceso, con base en la estructura de un equipo multidisciplinario y de recursos físicos, humanos y tecnológicos de la unidad, enfocando los esfuerzos en el grupo de pacientes de alto riesgo y construyendo vías de integración con atención primaria para el seguimiento de pacientes estables o de acompañamiento de fin de vida.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Chapter 1. Introduction

Abstract The current evidence is that heart failure units constitute a good quality care strategy with high cost-effectiveness standards; they have an impact on quality of life, increased survival and reduced rehospitalisation and costs for a disorder which greatly affects public health. This is why this document provides a definition of the unit, its elements and strategies for its development, along with strategic objectives and how to overcome opportunity and access constraints, based on the structure of a multidisciplinary team and the physical, human and technological resources of the unit, focusing efforts on high risk patients and constructing paths of integration with primary healthcare in order to monitor stable patients and ensure them good end-of-life care.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correo electrónico: torrnava@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.003>

0120-5633/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La falla cardíaca es una enfermedad de alta prevalencia, que afecta a 26 millones de personas en el mundo^{1,2}. Se ha convertido en un importante problema de salud pública en los países industrializados debido a los gastos que genera su atención, principalmente por la alta tasa de rehospitalizaciones y los costos de los tratamientos desarrollados para atender la insuficiencia cardíaca avanzada, como la asistencia ventricular mecánica y el trasplante de corazón³.

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en Colombia. En 2012, según datos del Ministerio de salud y de la protección social, la prevalencia de la enfermedad en la población general era del 2,3%, es decir casi 1.100.000 colombianos, mayor en hombres (59,7%) que en mujeres (40,3%). Entre 2009 a 2012 el número de consultas por falla cardíaca descompensada en la sala de urgencias incrementó en un 50%, en tanto que el número de hospitalizaciones creció en un 30%⁴. Estas estadísticas generan preocupación y plantean la necesidad de desarrollar estrategias costo-efectivas para el tratamiento de la enfermedad. Adicionalmente, es importante contar con herramientas que permitan identificar de forma precisa a quienes más se benefician del seguimiento en clínicas de falla cardíaca de alto nivel de complejidad y diferenciarlos de aquellos que pueden continuar seguimiento en unidades de atención de segundo y primer nivel.

La mortalidad atribuible a la falla cardíaca depende de factores como la severidad, el compromiso de la fracción de eyección, la etiología, el tratamiento y el momento del diagnóstico. El riesgo de muerte a cinco años varía según el estadio; así, para el A es del 3%, para el B es del 4%, para el C es del 25% y para el D es del 80%³. Esta información sobre el pronóstico es básica para entender que la tasa de eventos es mayor en la población con enfermedad más avanzada y precisamente este grupo de alto riesgo es el que más se beneficia del seguimiento y el abordaje multidisciplinario en una clínica de falla cardíaca.

Los objetivos del tratamiento son aliviar los síntomas y signos, evitar la hospitalización y mejorar la supervivencia. Si bien el enfoque de los ensayos clínicos anteriormente fue la mortalidad, ahora se reconoce que la prevención de la hospitalización es importante para los pacientes y los sistemas sanitarios. Las reducciones en las tasas de mortalidad y de hospitalización reflejan la capacidad de los tratamientos eficaces para retardar o prevenir el empeoramiento progresivo de la falla cardíaca¹.

Las clínicas de falla cardíaca fueron diseñadas para proveer un enfoque multidisciplinario con un grupo que implica

Enfermería, Nutrición, Psicología, Trabajo social, Rehabilitación y Cardiología⁹, programas que son responsables de la educación y optimización del tratamiento farmacológico, al igual que de buscar la adherencia y educación del paciente y sus cuidadores, además de la evaluación del entorno de los pacientes, el soporte social con el que cuentan y los factores económicos y culturales que puedan predisponer a la readmisión hospitalaria⁵.

De otra parte, en el proceso de planeación de objetivos estratégicos para la generación, la sostenibilidad o el crecimiento de las unidades de falla cardíaca, se deben tener claros varios aspectos:

1. La ruta de ingreso del paciente.
2. Las intervenciones a realizar por parte del grupo.
3. Los criterios de selección de los pacientes con quienes se desarrollarán las actividades de intervención.
4. Los estándares de calidad de atención, adheridos a la evidencia clínica, con los que se demuestren resultados de costo-efectividad⁶.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Eur J Heart Fail.* 2012;14(8):803–69.
2. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62(16):e147–239.
3. Pani L, Pecorelli S, Rosano G, Anker SD, Peracino A, Fregonese L, et al. Steps forward in regulatory pathways for acute and chronic heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2015;17(1):3–8.
4. Buggey J, Mentz RJ, Galanos AN. End-of-life heart failure care in the United States. *Heart Fail Clin.* 2015;11(4):615–23.
5. Baudendistel I, Noest S, Peters-Klimm F, Herzberg H, Scherer M, Blozik E, et al. Bridging the gap between patient needs and quality indicators: a qualitative study with chronic heart failure patients. *Patient Prefer Adherence.* 2015;9:1397–405.
6. Freeman, George K. Holding relationships in general practice: What are they? How do they work? Are they worth having? *Brit J Gen Pract.* 2011;61(589):487–8.