

PACIENTE HOSPITALIZADO POR IC CONSIDERACIONES ANTES DEL ALTA

El presente documento propone las principales cuestiones que el internista debe tener en cuenta a la hora de dar el alta a un paciente hospitalizado por IC.

La aplicación de estas recomendaciones en la práctica clínica puede ser de utilidad para optimizar el manejo y seguimiento de estos pacientes antes del alta, disminuyendo la tasa de reingresos precoces por IC.¹

1. ¿Se han identificado y controlado los factores precipitantes?
2. ¿Se han evaluado las comorbilidades?
3. ¿Está el paciente descongestionado?^a
4. ¿Se conoce la FEVI?
5. Si la FEVI es <40%, ¿está el paciente optimizado con
 - ✓ Sacubitrilo/valsartán, IECA o ARA II
 - ✓ BB y
 - ✓ ARM?
6. ¿Se ha revisado el resto de medicación?
7. ¿Se han valorado la función renal y los iones?
8. ¿Se conoce la PAS, el ritmo, la FC, y la duración del QRS?^c
9. ¿Se ha educado sobre la enfermedad al paciente/cuidador y se han proporcionado recomendaciones?^d
10. ¿El paciente tiene programada una cita precoz en atención primaria y/o especializada?^e

(ver reverso para información complementaria)

AINES: Antiinflamatorios no esteroideos; **ARA II:** Antagonista del receptor de la angiotensina II; **ARM:** Antagonista de los receptores mineralocorticoides; **BB:** Betabloqueante; **CV:** Cardiovascular; **FC:** Frecuencia cardiaca; **FEr:** Fracción eyección reducida; **FEVI:** Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; **IC:** Insuficiencia cardiaca; **IECA:** Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; **NT-proBNP:** Fracción N-terminal del péptido natriurético tipo B; **PA:** Presión arterial; **PAS:** Presión arterial sistólica; **RS:** Ritmo sinusal.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

3-a Valorar los signos y síntomas relevantes de la IC (disnea, ortopnea, fatiga, ingurgitación yugular, crepitantes y edema²) para evaluar la corrección de la sobrecarga de volumen³.

5-b Los tratamientos indicados son modificadores de la IC-FER (reducen la mortalidad y la hospitalización por IC, y en algún caso mejoran la calidad de vida)³⁻⁵. Adicionalmente a la evidencia del estudio PARADIGM-HF en pacientes ambulatorios con IC-FER⁶, el ensayo PIONEER-HF, que incluyó pacientes hospitalizados, también demostró superioridad de sacubitrilo/valsartán frente a enalapril, en cuanto a reducción de los niveles basales de NT-proBNP (29%)* y re-hospitalizaciones por IC (44%) a las 8 semanas de seguimiento, con un perfil de seguridad y tolerabilidad comparable a enalapril.⁷

8-c Considerar iniciar ivabradina ambulatoriamente si el paciente presenta FEVI reducida en RS y FC \geq 70 lpm, a pesar de recibir tratamiento con una dosis basada en la evidencia de BB (o máxima dosis tolerada por debajo de ésta), IECA (o ARA II) y ARM.³

9-d Educación y recomendaciones (valorar la entrega de materiales al paciente/cuidador)^{3,8}

- ▶ Control de la FC (50-70 lpm en RS)^{9,10} y PA (<140-90 mmHg)¹¹
- ▶ Evitar AINES
- ▶ Ejercicio físico moderado
- ▶ Vacunación (antigripal y neumococo)
- ▶ Reconocer los signos de alarma
- ▶ Adherencia
- ▶ Restricción de sal, abstinencia de tabaco y alcohol
- ▶ Control de líquidos y peso
- ▶ Uso flexible de diuréticos. Aumentar dosis hasta estabilización si:
 - Aumento de edemas o disnea
 - Aumento de \geq 2 kg en 3 días

10-e Cita precoz: 7-10 días tras el alta o \leq 1mes si no hubiera disponibilidad.

- ▶ El primer mes tras el alta es el periodo más vulnerable para el paciente, con un elevado riesgo de reingreso, mortalidad total y mortalidad CV.^{12,13}

AUTORES

José María Fernández, Manuel Beltrán, Miguel Camafort, Jesús Casado, José Manuel Cerqueiro, Alicia Conde, Francesc Formiga, Pau Llàcer, Luis Manzano, José Pérez y José María Cepeda.

*Desde valores basales hasta promedio 4-8 semanas.

Bibliografía: **1.** Basoor A, et al. *Congest Heart Fail.* 2013 19(4):200-6; **2.** Ambrosy AP, et al. *Eur Heart J.* 2013;34(11):835-43; **3.** Ponikowski P, et al. *Eur Heart J.* 2016;37(27):2129-2200; **4.** Chandra A, et al. *JAMA Cardiol.* 2018;3(6):498-505; **5.** Lewis EF, et al. *Circ Heart Fail.* 2017;10(8). pii: e003430; **6.** McMurray JJ, et al. *N Engl J Med.* 2014;371(11):993-1004; **7.** Velazquez EJ, et al. *N Engl J Med.* 2018; doi: 10.1056/NEJMoa1812851. [Epub ahead of print]; **8.** Yancy CW, et al. *Circulation.* 2016;134(13):e282-93; **9.** Kotecha D, et al. *J Am Coll Cardiol.* 2017;69:2885-96; **10.** Swedberg K, et al. *Lancet.* 2010;376(9744):875-85; **11.** Williams B, et al. *Eur Heart J.* 2018;39:3021-3104 doi: 10.1093/eurheartj/ehy339; **12.** Dharmarajan K, et al. *BMJ.* 2015;350:h411; **13.** Solomon SD, et al. *Circulation.* 2007;116(13):1482-7.