



Mi Universidad

Síntesis.

Daniela Montserrat Lopez Perez.

1er parcial.

Cardiología.

Dr. Alonso Díaz Reyes.

Medicina Humana.

Quinto semestre, grupo “C”.

Comitán de Domínguez, Chiapas a 12 de septiembre del 2025.

Cuidado transicional en la insuficiencia cardíaca: estudio aleatorizado (Rev Esp Cardiol)

La insuficiencia cardíaca (IC) es muy prevalente y genera elevada morbimortalidad y costes sanitarios. Muchos ingresos por IC podrían evitarse si los pacientes mejoraran conocimientos, adherencia al tratamiento y manejo precoz de síntomas. En particular, la transición entre el alta hospitalaria y el seguimiento ambulatorio es una fase crítica que puede desencadenar descompensaciones y reingresos precoces. Para mejorar esta continuidad asistencial, se han propuesto programas de cuidado transicional (visitas domiciliarias y seguimiento telefónico) liderados por profesionales entrenados. Este artículo presenta los resultados del estudio IC-DOM, un ensayo clínico en Atención Primaria que evaluó si un programa intensivo de atención domiciliaria por enfermería reduce la mortalidad y los reingresos en pacientes con IC.

Diseño del estudio

Tipo: Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado y abierto con grupo control paralelo.

Población: 283 pacientes consecutivos con diagnóstico clínico de IC dados de alta tras ingreso hospitalario (edad media ~76 años, 55% mujeres, ~90% en clase funcional III-IV). Se reclutaron en cuatro hospitales (dos universitarios y dos comunitarios) de Catalunya.

Intervención: Atención domiciliaria intensiva por enfermeras especializadas. Antes del alta se educó a cada paciente sobre su enfermedad y tratamiento. Tras el alta se realizaron visitas domiciliarias mensuales durante 1 año con llamadas telefónicas quincenales intermedias. En cada visita se proporcionó educación exhaustiva (autocontrol, reconocimiento de síntomas de alarma y hábitos de vida), se revisaron la medicación y signos vitales, y se coordinó con médicos de familia y cardiólogos según protocolo.

Grupo control: Seguimiento habitual. Tras el alta se remitió a los pacientes a su médico de familia y/o cardiólogo de referencia, programando una visita de control al año.

Duración: 1 año de seguimiento para todos los pacientes.

Criterios de valoración: Objetivo principal combinado (muerte por cualquier causa o reingreso por IC) al año. Secundarios: mortalidad cardiovascular, reingresos por causas cardiovasculares, calidad de vida (cuestionario MLHF), adherencia al tratamiento y satisfacción del paciente.

Resultados principales: A un año, el evento combinado (muerte total o reingreso por IC) ocurrió en el 41,7% del grupo intervención vs 54,3% del control, con una reducción significativa de riesgo (HR=0,70). Al ajustar por factores clínicos relevantes, la HR fue 0,62.

El número total de muertes (26 vs 29) y los reingresos por IC (media 1,01 vs 1,3 por paciente) fueron menores en el grupo intervención, aunque estas diferencias aisladas no alcanzaron significación estadística.

Calidad de vida: El grupo intervención mostró una mejoría significativamente mayor: puntuación media MLHF 18,57 vs 31,11 en el control al final del estudio.

Adherencia y satisfacción: El 86,1% de pacientes en intervención fueron cumplidores del tratamiento vs 75,5% en control (tendencia). Además, los pacientes intervenidos expresaron mayor satisfacción con la información recibida sobre su enfermedad y con la atención del equipo sanitario.

Discusión de hallazgos clave

Este ensayo demuestra que un programa de atención domiciliaria muy estructurado por enfermería especializada puede ser efectivo en el manejo de la IC. Los resultados coinciden con revisiones previas que concluyen que los programas multidisciplinarios de seguimiento post-alta reducen reingresos y mejoran pronóstico. A diferencia de otros estudios, en este ensayo la población fue predominantemente de alto riesgo (90% NYHA III-IV, edad avanzada y múltiples comorbilidades), pero aun así se obtuvo un beneficio clínico relevante. Parte de este efecto parece estar relacionado con un mayor contacto ambulatorio: las enfermeras fomentaron y facilitaron que los pacientes fueran vistos por su médico de familia y cardiólogo cuando era necesario, lo que puede haber reforzado el cuidado integral.

Se reconocen varias limitaciones. Al ser un estudio abierto no fue posible ocultar la asignación, lo que puede introducir sesgos en la percepción del paciente. La intervención fue multifactorial, por lo que no se identifica qué componente fue el más determinante. Además, solo el 25% de los pacientes

evaluados inicialmente fue finalmente aleatorizado (283 de 1.125), limitando la extrapolación de los resultados a toda la población con IC. Pese a ello, los participantes reflejan un perfil típico de la práctica clínica, lo que sugiere aplicabilidad real.

Implicaciones clínicas

En la práctica clínica primaria, estos hallazgos apoyan la incorporación de modelos de cuidado transicional estructurado para pacientes con IC tras el alta hospitalaria. Un programa de enfermería especializada (visitas domiciliarias regulares y seguimiento telefónico intenso) puede mejorar la continuidad asistencial y reducir la carga de rehospitalizaciones. La intervención resultó factible de implementar por personal de enfermería entrenado, por lo que podría generalizarse en equipos de atención primaria con apoyo de especialistas. En resumen, integrar estrategias de cuidado transicional en el manejo desde atención primaria ofrece una vía práctica y efectiva para mejorar los resultados en pacientes con insuficiencia cardíaca en el mundo real.

Referencias.

- Brotons, C., Martínez, M., Rayó, E., Morralla, C., Ballarín, E., Pérez, E., et al. (2005). Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la efectividad de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardíaca: estudio IC-DOM. Revista Española de Cardiología, <https://www.revespcardiol.org/es-ensayo-clinico-aleatorizado-controlado-valorar-articulo-13109644>