

TRANSVERSALIDAD EN LA GESTIÓN ENFERMERA DE CUIDADOS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

TRANSVERSALITY IN NURSING CARE MANAGEMENT AFTER HOSPITAL DISCHARGE IN HEART FAILURE

Autores

Alba Villalobos Abelló¹, Josefina Arán Arán², Clara Simón Ramón³, Sonia Mirabet Pérez⁴, Anna Sangil Betriu⁵, Luis Álvaro Izquierdo Cárdenas⁵, Vanesa Garrigasait Vilaseca⁵, Marta de Antonio Ferrer³, Alba Maestro Benedicto³, Alicia Pastor del Amo²

¹ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Servicio de Cardiología, Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Enfermera Gestora de Casos.

² Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Servicio de Cardiología, Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Enfermera.

³ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Servicio de Cardiología, Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Adjunta de Cardiología.

⁴ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Servicio de Cardiología, Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Responsable de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca.

⁵ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Servicio de Medicina Interna, Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Adjunta de Medicina Interna/Geriatria.

Dirección para correspondencia

Alba Villalobos Abelló
C/ Sant Quintí, 89. 08025
Barcelona

Correo electrónico

avillalobos@santpau.cat

DOI:

RESUMEN

- **Introducción:** La transición asistencial tras el alta hospitalaria constituye un periodo de elevada vulnerabilidad en las personas con insuficiencia cardíaca (IC), especialmente en pacientes de edad avanzada, con fragilidad y multimorbilidad. El objetivo de este caso clínico es describir el abordaje enfermero y el circuito de continuidad asistencial liderado por la Enfermera Gestora de Casos (GC) durante la transición al alta hospitalaria de una paciente con IC compleja.
- **Descripción del caso clínico:** Mujer de 85 años, tras hospitalización por IC descompensada con seguimiento telemático precoz y primera visita presencial en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca (UIC).

Valoración de enfermería a través del modelo de Virginia Henderson. Necesidad alterada: respiración.

A través de la taxonomía NANDA; presenta riesgo de deterioro de la función cardiovascular, un riesgo potencial de desequilibrio electrolítico. Presenta autogestión ineficaz de la salud relacionado con dificultad para manejar el régimen terapéutico.



En la fase de planificación, se establecieron como indicadores de resultado: Control del riesgo: enfermedad cardiovascular. Detección del riesgo. Severidad de la sobrecarga de líquidos. Conducta de cumplimiento: medicación prescrita.

Se establecieron como intervenciones: Manejo del riesgo cardíaco. Manejo de la medicación. Monitorización de líquidos. Enseñanza de los medicamentos prescritos.

Se evaluaron los diferentes objetivos mediante escala Likert durante el seguimiento posterior al alta hospitalaria, mejorando el autocontrol de la tensión arterial y frecuencia cardíaca en la periodicidad indicada, así como la conducta de cumplimiento de la pauta de diurético prescrita. También mejoró el indicador de severidad de la sobrecarga de líquidos en tobillos y piernas.

- **Discusión:** este caso pone de manifiesto el valor de un modelo estructurado de continuidad de cuidados durante la transición al alta hospitalaria. La combinación de seguimiento telemático precoz, valoración clínica enfermera, coordinación entre niveles asistenciales y utilización de recursos como Hospitalización a Domicilio permitió adaptar la intensidad de la atención a la evolución clínica de la paciente.

Palabras clave: Insuficiencia Cardíaca, Alta del Paciente, Gestores de Casos, Atención de Enfermería, Atención Primaria de Salud, Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital, Fragilidad, Diuréticos.

ABSTRACT

- **Introduction:** The transition from hospital to home represents a period of increased vulnerability for patients with heart failure (HF), particularly among older adults with frailty and multimorbidity. The case report aims to describe the nursing approach and continuity-of-care pathway led by the Heart Failure Nurse Case Manager (CMN) during the transition from hospital discharge for a patient with complex HF.

- **Clinical case description:** An 85-year-old woman, hospitalized for decompensated HF, with early telehealth follow-up and her first in-person visit to the Heart Failure Unit (HFU).

Nursing assessment using the Virginia Henderson model. Altered need: respiration.

According to NANDA taxonomy, she presents with a risk of cardiovascular function deterioration and a potential risk of electrolyte imbalance. She exhibits ineffective health self-management related to difficulty adhering to her therapeutic regimen.

During the planning phase, the following outcome indicators were established: risk control: cardiovascular disease; risk detection: severity of fluid overload; and adherence: prescribed medication.

The following interventions were established: cardiac risk management, medication management, fluid monitoring, and education on prescribed medications.

The different objectives were evaluated using a Likert scale, showing improvement in the indicators and the patient's health status.

- **Discussion:** This case highlights the value of a structured continuity-of-care model during the transition from hospital to home. The combination of early telehealth follow-up, comprehensive nursing assessment, coordination across healthcare settings, and Hospital at Home services enabled the care intensity to be adapted according to the patient's clinical evolution.

Keywords: Heart Failure, Patient Discharge, Case Managers, Nursing Care, Primary Health Care, Hospital-Based Home Care Services, Frailty, Diuretics.



1. Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico, causado por una anomalía cardíaca estructural o funcional que produce una elevación de las presiones intracardíacas o un gasto cardíaco inadecuado en reposo o durante el ejercicio¹.

La incidencia total de IC está en aumento debido al envejecimiento de la población. Actualmente en Europa es de aproximadamente 5/1.000 personas-años en adultos². La prevalencia aumenta con la edad desde alrededor del 1% en menores de 55 años a más del 10% en los mayores de 70¹⁻². En España³, es la tercera causa de muerte de causa cardiovascular con más de 18.000 fallecimientos en 2024, y la quinta por detrás del cáncer de bronquios y pulmón, enfermedades cerebrovasculares y demencia.

A pesar de los avances en el tratamiento farmacológico y no farmacológico, la IC progresa y condiciona descompensaciones recurrentes que requieren hospitalizaciones y consultas en urgencias. Un 25% de los pacientes ingresados volverán a requerir un ingreso en el primer mes posterior al alta y hasta el 50% ingresarán durante el año siguiente a una hospitalización⁴. Además del gasto que esto representa, pues la hospitalización es la parte más importante del gasto sanitario en IC, estas descompensaciones y continuas hospitalizaciones o atenciones en urgencias condicionan una muy pobre calidad de vida⁵.

En los pacientes hospitalizados, además de la estabilización clínica, el estudio diagnóstico, la educación, la estratificación funcional y la elaboración del plan terapéutico es esencial planificar la coordinación al alta, hecho fundamental en la prevención de los reingresos⁶.

Las estrategias efectivas en el abordaje de la IC incluyen una atención integral que contemple todos los perfiles de pacientes, la continuidad asistencial y la coordinación entre los distintos niveles asistenciales⁶⁻⁷.

La transición asistencial tras el alta hospitalaria constituye uno de los periodos de mayor vulnerabilidad para las personas con IC. La persistencia de congestión residual, la complejidad del tratamiento farmacológico y la coexistencia de fragilidad y multimorbi-

dad incrementan el riesgo de reingreso precoz. En este contexto, las estrategias organizativas basadas en la continuidad asistencial, la coordinación entre niveles y el seguimiento precoz liderado por enfermería han adquirido un papel relevante en las recomendaciones actuales para mejorar los resultados clínicos y la experiencia del paciente⁸⁻¹⁰.

La figura de la Enfermera Gestora de Casos (GC) se centra en esta coordinación en pacientes con patologías de alta complejidad, múltiples comorbilidades y consumo elevado de recursos. En el caso de la GC de IC, realiza una función clave: asumir la responsabilidad de la continuidad, coordinación y atención integral del paciente complejo, realizar un seguimiento clínico estrecho, identificar signos de alarma y fomentar la adherencia al tratamiento¹¹.

En la revisión sistemática de Huntley AL et al¹², sugieren que la figura de gestión de casos, especialmente cuando se implementa desde el entorno hospitalario y con continuidad al alta, puede contribuir a disminuir tanto los reingresos no planificados como la duración de las estancias en pacientes con IC.

El objetivo de este caso clínico es describir el abordaje enfermero y el circuito de continuidad asistencial liderado por la GG de IC durante la transición al alta hospitalaria de una paciente con insuficiencia cardíaca compleja, destacando el seguimiento precoz y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales para la detección temprana de la descompensación.

Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación de este caso clínico. La información clínica se presenta de forma anonimizada, garantizando la confidencialidad y la protección de los datos personales conforme a la normativa vigente.

2. Descripción del caso

Mujer de 85 años, con antecedentes personales a destacar: diabetes mellitus tipo 2, miocardiopatía hipertensiva con fracción de



eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) conservada, fibrilación auricular paroxística, estenosis aortica moderada, clase funcional III de la NYHA y Síndrome de obesidad-hipoventilación por lo que es portadora de oxígeno domiciliario (16h/día). Además de: escoliosis dorsolumbar, estenosis del canal lumbar y lumbalgia de difícil control con analgesia y terapia de Estimulación Eléctrica Nerviosa Transcutánea (TENS). Vive en domicilio con su hijo y una cuidadora privada por las mañanas, mientras su hijo trabaja. Presenta un grado de dependencia moderado para las actividades de la vida diaria.

Acude a urgencias a finales de marzo de 2025 por disnea súbita nocturna asociada a ortopnea. Fue dada de alta el mismo día, indicándose un incremento en la dosis de furosemida como parte del ajuste terapéutico.

Reconsulta en urgencias, a las 48h → Tras evolución clínica desfavorable, 48 horas después precisó una nueva valoración en el servicio de Urgencias por aumento de la disnea y desaturación con trabajo respiratorio y tiraje. Se decide ingreso en el servicio de Medicina Interna durante 8 días (marzo – abril 2025) con diagnóstico médico de IC descompensada, derrame pleural derecho e insuficiencia respiratoria con hipercapnia.

Ha tenido varios ingresos por IC e infección urinaria durante el último año. Su último ecocardiograma muestra una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) moderadamente reducida. Peso al ingreso de 68,1kg. Durante su estancia en planta de medicina interna la paciente permanece estable hemodinámicamente, con mejoría de la disnea y adecuada progresión con tratamiento diurético aumentado.

Es dada de alta del servicio de Medicina Interna con pauta aumentada de furosemida 40mg vía oral (2-2-0) durante 1 semana y, posteriormente, volver a su pauta habitual de 2-1-0. Resto de tratamiento, sin cambios. Peso al alta de 66,5kg.

Se programa visita telemática con la GC a las 48h post alta y primera visita presencial en veinte días en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca (UIC9).

El objetivo de la visita presencial en la UIC es el de acabar de optimizar el tratamiento y manejar el riesgo de descompensación de IC.

La visita telemática precoz tras el alta hospitalaria tiene como objetivo garantizar la continuidad asistencial mediante la detección precoz de la descompensación clínica, la optimización del tratamiento y el refuerzo de la educación sanitaria

Valoración de cuidados

En la visita telemática de detección precoz de la GC el 4 de abril (2 días posteriores al alta), se realiza la valoración de enfermería a través del modelo de 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson.

- 1. Respiración y circulación:** Mantiene adherencia de oxígeno (O₂) domiciliario 16h/día. Presenta en la noche un episodio de disnea paroxística nocturna (DPN) de forma súbita. Ha dormido en su cama eléctrica, sin elevar el cabezal (duerme habitualmente con el cabecero elevado a 45°). En general, presenta disnea a esfuerzos moderados. No ha realizado control de constantes vitales en domicilio. Al alta hospitalaria, tensión arterial (TA): 95-111/56-74mmHg, FC: 77-95 latidos por minuto (lpm).
- 2. Alimentación:** Peso 66,8kg, talla 155cm, IMC 27,8 kg/m². Ligeramente sobrepeso. No es portadora de prótesis dental. Dieta baja en sodio. Evita los productos procesados, precocinados y enlatados de forma habitual. Muestra apetito conservado y tolerancia buena a las ingestas. No toma bebidas con alcohol ni con gas. Mantiene buen control de la ingesta de líquidos y una restricción de 1500cc de líquidos al día.
- 3. Eliminación:** El peso se mantiene estable respecto al alta. Continente doble con episodios de incontinencia de urgencia. Nicturia 1 vez/noche. Refiere edemas en extremidades inferiores (EEII) en aumento por la tarde-noche. Tratamiento diurético actual: Furosemida 40mg 2-2-0. Medicación preparada mediante el Sistema Personalizado de Dosificación (SPD), reconoce el tratamiento diurético.
- 4. Movilización y postura:** Índice de Barthel de 75/100. Precisa supervisión en las movilizaciones por la calle. En casa deambula



con bastón. Desde el alta, no ha salido a la calle; mantiene movilidad por dentro de la casa para las tareas que requiere presentando disnea a esfuerzos moderados (aseo, vestirse, agacharse, etc.)

5. **Reposo y sueño:** Ha pasado el resto de la noche sentada en el sofá por el episodio de DPN. Toma trazodona 50mg por las noches por problemas de insomnio.
6. **Vestirse y desvestirse:** Precisa supervisión/ligera ayuda. Presenta disnea.
7. **Mantener temperatura corporal:** Normotermia.
8. **Higiene y estado de la piel:** precisa supervisión para la higiene. Piel y mucosas íntegras.
9. **Seguridad:** Consciente y orientada en persona, tiempo y espacio.
10. **Comunicación:** Se muestra acompañada la mayor parte de las horas del día (hijo y/o cuidadora privada). Mantiene buena relación con ellos.
11. **Valores/creencias:** Se muestra reacia a salir de domicilio para valoración médica. Refiere que el ingreso le ha cansado y expresa preferencia por la atención domiciliaria.
12. **Trabajar y realizarse:** Jubilada de hace más de 10 años. Dependencia moderada en las actividades instrumentales de la vida diaria.
13. **Actividades lúdicas:** Se distrae con las visitas de familiares, la televisión y mirar revistas
14. **Aprendizaje:** Conoce la mayoría de las recomendaciones para evitar descompensaciones de IC y cumple el tratamiento indicado. La medicación es autoadministrada del SPD.

Plan de cuidados

Tras la valoración de la paciente, se determinaron los principales diagnósticos de enfermería según la taxonomía de la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*¹³, así como los resultados esperados según la *Nursing Outcomes Classification (NOC)*¹⁴ e inter-

venciones correspondientes de la *Nursing Interventions Classification (NIC)*¹⁵.

Fase diagnóstica, planificación y ejecución

En la valoración enfermera se han detectado los siguientes diagnósticos de enfermería¹³ (Tabla 1):

- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular (00331) r/c mecanismos regulatorios comprometidos (IC).
- Riesgo potencial de desequilibrio electrolítico (00159) r/c volumen de líquidos excesivos.
- Autogestión ineficaz de la salud (00276) r/c dificultad para manejar un régimen terapéutico complejo m/p exacerbación de signos y síntomas de IC (aumento de edemas e hipofonesis pleural derecha).

Evolución y seguimiento

En la primera visita telemática de la GC se detecta un riesgo elevado de descompensación de IC manifestado con disnea paroxística nocturna (DPN) pese al correcto cumplimiento de la dieta baja en sal, restricción de líquidos y un estable control de peso. Contacta con la GC de su centro de salud y se programa para el mismo día una visita domiciliaria. En dicha visita se confirma aumento de crepitantes e hipofonesis en un tercio de base derecha pulmonar y se prescribe aumento de pauta furosemida 40mg a 2-2-1 durante tres días y control con su médico de familia al cuarto día.

En la visita domiciliaria se decide mantener el aumento de furosemida ya que se detecta una mayor hipofonesis derecha y un ligero incremento de edemas en EEII posiblemente relacionado con una transgresión de administración de furosemida, la paciente afirma no haber hecho el aumento prescrito del diurético por falta de conocimiento. En esta visita la enfermera realiza las intervenciones descritas en la Tabla 1 para asegurar la adherencia al tratamiento. Se programa una visita de control presencial en una semana.

Entre medias, la GC tiene una visita telemática programada y, tras su nueva valoración, se detecta nuevo episodio de DPN esa



Tabla 1

Diagnósticos de enfermería prioritarios, según taxonomía NANDA-NIC-NOC

NANDA [00331] Riesgo de deterioro de la función cardiovascular r/c mecanismos regulatorios comprometidos (IC)	
NOC [1914] Control del riesgo: enfermedad cardiovascular. Indicadores: ▶ [191404] Controla la tensión arterial RI:2 RE:5 RO:4 (escala m) ▶ [191405] Controla la frecuencia cardíaca RI:2 RE:5 RO:4 (escala m) ▶ [191407] Utiliza estrategias efectivas de control de peso. RI:5 RE:5 RO:5 (escala m) ▶ [191408] Sigue dieta cardiosaludable RI:4 RE:4 RO:4 (escala m) ▶ [191414] Utiliza la medicación según prescripción RI:3 RE:5 RO:4 (escala m) ▶ [191421] Controla los cambios en el estado general de salud RI:5 RE:5 RO:5 (escala m)	NIC [4050] Manejo del riesgo cardíaco. ▶ [405001]: Detectar si el paciente presenta conductas de riesgo asociadas con complicaciones cardíacas. ▶ [405013]: Instruir al paciente y la familia sobre las estrategias para llevar una dieta hiposódica y una restricción de líquidos de 1500ml/día. ▶ [405017]: Centrar la asistencia y los objetivos terapéuticos para permitir que el paciente mantenga el control del peso, y control tensional y de frecuencia cardíaca. [2380] Manejo de la medicación (2380) ▶ [238007]: Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. ▶ [238010]: Revisar periódicamente con el paciente y/o familia los tipos y dosis de medicamentos tomados. ▶ [238013]: Observar si hay respuesta a los cambios en el régimen de medicación, según corresponda. ▶ [238015] Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.
NANDA [00159] Riesgo potencial de desequilibrio electrolítico r/c volumen de líquidos excesivos	
NOC [1908] Detección del riesgo Indicadores: ▶ - [190801] Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos RI:5 RE:5 RO:5 (escala m) ▶ - [190804] Realiza autoexámenes en los intervalos recomendados RI:3 RE:5 RO:5 (escala m) [603] Severidad de la sobrecarga de líquidos Indicadores: ▶ [60304] Edema de tobillo RI:3 RE:4 RO:4 (escala n) ▶ [60305] Edema de pierna RI:3 RE:4 RO:4 (escala n) ▶ [60318] Aumento de peso RI:5 RE:5 RO:5 (escala n)	NIC [4130] Monitorización de líquidos ▶ [413001] Determinar la cantidad y tipo de líquidos y hábitos de evacuación. ▶ [413002] Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos. ▶ [413003] Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos. ▶ [413025] restringir y repartir la ingesta de líquidos, según corresponda. [6650] Vigilancia ▶ [665002]: Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales. ▶ [665003]: Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud. ▶ [665005]: Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata. ▶ [665013]: Ponerse en contacto con el médico, según corresponda.
NANDA [00276] Autogestión ineficaz de la salud r/c dificultad para manejar un régimen terapéutico complejo m/p exacerbación de signos y síntomas de IC (aumento de edemas e hipofonesis pleural derecha)	
NOC [1813] Conducta de cumplimiento: medicación prescrita Indicadores: ▶ [162306] Modifica la dosis según las instrucciones. RI:2 RE:5 RO:5 (escala m)	NIC [5616] Enseñanza: medicamentos prescritos ▶ [561605]: Instruir al paciente y cuidador acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento. ▶ [561611]: Informar al paciente y cuidador sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
Leyenda: RI: resultado inicial RE: resultado esperado RO: resultado obtenido Escalas Likert para valorar los indicadores de resultados Escala m: 1) Nunca demostrado; 2) Raramente demostrado; 3) A veces demostrado; 4) Frecuentemente demostrado; 5) Siempre demostrado. Escala n: 1) Grave; 2) Sustancial; 3) Moderado; 4) Leve; 5) Ninguno	



misma noche. La paciente ha realizado un correcto control hemodinámico (tensión arterial:110-120mmHg, frecuencia cardíaca:71 lpm, el peso y los edemas en EEII se mantienen estables. No se detecta transgresión dietética y ha habido un correcto cumplimiento del tratamiento. La GC contacta con el médico referente del centro de salud y se decide activar recurso de hospitalización a domicilio (HADO) para el control y manejo de la IC mediante tratamiento diurético intensivo. La paciente permanece ingresada en HADO durante 4 días, siendo dada de alta a mediados de abril. A las 48h, atención domiciliaria realiza una visita de seguimiento sin encontrar signos de congestión. A finales de abril, acude a la visita presencial en la unidad de IC comunitaria, también sin signos congestivos y se estableció seguimiento especializado en coordinación con el centro de salud.

Evaluación de los cuidados

Con la gestión conjunta entre GC de IC y el centro de salud, se consiguieron mejorar los indicadores de detección de riesgo y severidad de la sobrecarga de líquidos (**ver tabla 1**). También, gracias a las intervenciones de enseñanza en medicación, se mejoró la conducta de cumplimiento: medicación prescrita, estableciendo la paciente las modificaciones de tratamiento indicadas.

3. Discusión

La paciente presentada reúne las características de un perfil clínico cada vez más frecuente en las consultas de insuficiencia cardíaca (IC): edad avanzada, multimorbilidad, dependencia funcional moderada y antecedentes de hospitalizaciones repetidas por descompensación¹⁴. Estos factores configuran un escenario de elevada complejidad clínica en el que las transiciones asistenciales representan uno de los momentos de mayor vulnerabilidad para el paciente¹⁶⁻¹⁸.

La fragilidad, entendida como un estado de disminución de la reserva fisiológica y aumento de la vulnerabilidad frente a acontecimientos estresantes, se asocia en pacientes con IC a un mayor riesgo de reingreso, dete-

rioro funcional, institucionalización y mortalidad, por lo que requiere modelos asistenciales que integren la valoración clínica, funcional y social de forma continuada¹⁹⁻²¹.

El periodo inmediatamente posterior al alta hospitalaria constituye una fase crítica dentro de la evolución de la IC. Diversos estudios han demostrado que una proporción importante de los reingresos se produce durante los primeros 30 días tras el alta, frecuentemente relacionados con congestión residual, dificultades en la conciliación terapéutica, escasa adherencia al tratamiento o una insuficiente coordinación entre los diferentes niveles asistenciales^{4,6,9}. En este contexto, las guías de práctica clínica y el *Decálogo para la transición del paciente hospitalizado con insuficiencia cardíaca* de la Sociedad Española de Cardiología destacan la necesidad de establecer programas estructurados de seguimiento precoz que aseguren la continuidad asistencial desde el momento del alta^{6,10}.

El caso descrito ilustra un modelo organizativo basado en la continuidad de cuidados, en el que la GC actúa como elemento vertebrador entre el hospital, Atención Primaria, Hospitalización a Domicilio y la Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Más allá de la coordinación clínica entre dispositivos, este modelo permite adaptar la intensidad de la atención a la evolución clínica del paciente, facilitando una respuesta rápida ante la aparición de signos iniciales de descompensación. La revisión sistemática de Huntley et al.¹² ya sugería que los programas de gestión de casos iniciados durante el ingreso hospitalario o inmediatamente tras el alta pueden contribuir a reducir los reingresos no planificados y mejorar la coordinación de los cuidados en pacientes con IC.

Uno de los aspectos más relevantes del caso fue la realización de una visita telemática precoz a las 48 horas del alta hospitalaria. Esta intervención permitió identificar de forma temprana un episodio de disnea paroxística nocturna, considerado un signo de alarma de congestión, a pesar de que otros parámetros habitualmente utilizados en el seguimiento domiciliario, como el peso corporal o la presión arterial, permanecían estables. Este hallazgo pone de manifiesto que la entrevista clínica estructurada realizada por



enfermería continúa siendo una herramienta de gran utilidad para detectar cambios clínicos precoces que pueden pasar inadvertidos mediante un seguimiento basado exclusivamente en parámetros objetivos.

La evidencia disponible²¹⁻²⁴ sugiere que los programas de seguimiento remoto, especialmente cuando forman parte de programas estructurados de atención integral a la IC, favorecen la detección precoz del deterioro clínico, facilitan la toma de decisiones terapéuticas y pueden contribuir a reducir los eventos relacionados con la descompensación.

Otro elemento destacable fue la estrecha coordinación entre la GC de IC y los profesionales de Atención Primaria. La comunicación directa permitió activar de forma ágil la valoración domiciliaria, ajustar el tratamiento diurético y reevaluar la respuesta clínica sin necesidad de derivar inicialmente a la paciente al servicio de urgencias. Este tipo de modelos colaborativos favorecen una atención coordinada y centrada en la persona, reduciendo la fragmentación de los cuidados descrita tradicionalmente en los pacientes con enfermedades crónicas complejas^{9,11}.

La activación del recurso de Hospitalización a Domicilio permitió intensificar el tratamiento diurético manteniendo a la paciente en su entorno habitual, evitando un nuevo ingreso convencional. En personas mayores con fragilidad, este modelo asistencial puede aportar beneficios adicionales al disminuir la exposición a complicaciones asociadas a la hospitalización, como el deterioro funcional, el síndrome confusional, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria o la pérdida de autonomía¹⁹. Aunque la evidencia específica en insuficiencia cardíaca continúa creciendo, las revisiones disponibles^{24,25} indican que la Hospitalización a Domicilio constituye una alternativa segura y eficaz para pacientes seleccionados, especialmente cuando forma parte de un modelo asistencial compartido con una adecuada coordinación entre los distintos niveles de atención.

Es importante señalar que, por tratarse de un caso clínico, los resultados observados no permiten establecer relaciones causales ni demostrar la efectividad de las intervenciones realizadas. Además, la experiencia descrita corresponde a un único caso atendido en

un entorno asistencial específico, por lo que su transferibilidad a otros contextos debe interpretarse con cautela.

No obstante, este caso ejemplifica cómo un modelo estructurado de continuidad de cuidados liderado por la GC puede facilitar la detección precoz de signos de descompensación, optimizar la coordinación entre niveles asistenciales y adaptar los recursos disponibles a las necesidades cambiantes de una paciente con elevada complejidad clínica. La evolución favorable observada debe interpretarse como la descripción de una experiencia asistencial y no como evidencia concluyente sobre la eficacia del modelo.

Más que una sucesión de intervenciones aisladas, el presente caso ejemplifica un modelo dinámico de continuidad asistencial en el que la paciente permanece integrada de forma permanente en una red coordinada de cuidados, adaptando la intensidad de la atención según su evolución clínica.

En definitiva, este caso clínico refuerza la importancia de desarrollar modelos organizativos centrados en la transición asistencial del paciente con IC, especialmente en personas mayores y frágiles. La integración de la visita telemática precoz, la colaboración efectiva entre el hospital y Atención Primaria, la participación de la GC y la utilización de recursos como la Hospitalización a Domicilio constituyen estrategias alineadas con las recomendaciones actuales para mejorar la continuidad de los cuidados y ofrecer una atención más personalizada, proactiva y coordinada en pacientes con insuficiencia cardíaca compleja^{6,9,10}.

► **Fuente de financiación:** Ninguna

► **Conflictos de interés:** Ninguno

BIBLIOGRAFÍA

1. McDONAGH TA, METRA M, ADAMO M, GARDNER RS, BAUMBACH A, BÖHM M, ET AL. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica, con colaboración especial de la Heart Failure Association (HFA) de la ESC. Rev Esp Cardiol. 2022;75(12):1062-117. doi: [10.1016/j.recesp.2021.11.027](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.11.027).



2. GÓMEZ-GARCÍA DM, BEJARANO-BARRAGÁN L, GARCÍA-PERDOMO HA. *Estrategias de prevención de la insuficiencia cardiaca: enfoque integral en diferentes momentos de la enfermedad*. REC: CardioClinics. 2024;59(1):61-70. doi: [10.1016/j.rccl.2023.09.008](https://doi.org/10.1016/j.rccl.2023.09.008)
3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte*. 2024. Consultado en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
4. MARTÍNEZ SANTOS P, BOVER FREIRE R, ESTEBAN FERNÁNDEZ A, BERNAL SOBRINO JL, FERNÁNDEZ PÉREZ C, ELOLA SOMOZA FJ, MACAYA MIGUEL C, VILACOSTA I. *Mortalidad hospitalaria y reingresos por insuficiencia cardiaca en España. Un estudio de los episodios índice y los reingresos por causas cardiacas a los 30 días y al año*. Rev Esp Cardiol. 2019;72(12):998-1004. doi: [10.1016/j.recesp.2019.01.020](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.01.020)
5. DAO TD, TRAN HTB, VU QV, NGUYEN HTT, NGUYEN PV, VO TQ. *The annual economic burden incurred by heart failure patients in Vietnam: a retrospective analysis*. J Pharm Policy Pract. 2024;17(1):2381099. doi: [10.1080/20523211.2024.2381099](https://doi.org/10.1080/20523211.2024.2381099)
6. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. *Estándar del Proceso de Insuficiencia Cardíaca. SEC-Excelente. Proceso Insuficiencia Cardíaca* [Internet]. España: 2019. [Consultado 10 de julio 2025]. Disponible en: [proceso-IC-EstandarIC2019.pdf](https://www.sec.es/estandar-ic-2019.pdf) ([secardiologia.es](https://www.sec.es))
7. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA. *Manual de procedimientos en insuficiencia cardíaca por enfermeras especializadas*. McCann Erikson 1ª Edición. Madrid;2022.
8. OSKOUIE S, PANDEY A, SAUER AJ, GREENE SJ, MULLENS W, KHAN MS, ET AL. *From Hospital to Home: Evidence-Based Care for Worsening Heart Failure*. JACC Adv. 2024;3(9):101131. doi: [10.1016/j.jaccadv.2024.101131](https://doi.org/10.1016/j.jaccadv.2024.101131) Joo JY, Liu MF.
9. COMIN COLET J, ENJUANES GRAU C, LUPÓN ROSÉS J, CAÍNZOS-ACHIRICA M, BADOSA MARCE N, VERDÚ ROTELLAR JM. *Transiciones de cuidados entre insuficiencia cardiaca aguda y crónica: pasos críticos en el diseño de un modelo de atención multidisciplinaria para la prevención de la hospitalización recurrente*. Rev Esp Cardiol. 2016;69(3):263-270. doi: [10.1016/j.recesp.2015.07.020](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.020)
10. PASCUAL FIGAL D, GARCÍA PINILLA J, ÁNGUITA SÁNCHEZ M, ET AL. *Decálogos sobre la transición del paciente hospitalizado con insuficiencia cardiaca*. Sociedad Española de Cardiología; 2019. Disponible en: https://www.sec.es/images/sec-ciones/insuficiencia/ENT_DECALOGO_TRANSICION.pdf
11. MORALESASENCIO JM. *Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres*. Enferm Clin. 2014;24(1):2334. doi: [10.1016/j.enfcli.2013.10.002](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002)
12. HUNTLEY AL, JOHNSON R, KING A, MORRIS RW, PURDY S. *Does case management for patients with heart failure based in the community reduce unplanned hospital admissions? A systematic review and metaanalysis*. BMJ Open. 2016;6(5): e010933. doi: [10.1136/bmjopen2015010933](https://doi.org/10.1136/bmjopen2015010933)
13. MAKIC MBF, MARTÍNEZ-KRATZ MR. *Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para la Planificación de Cuidados*. 13.ª ed. Madrid: Elsevier; 2023.
14. MOORHEAD S, SWANSON E, JOHNSON M. *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes*. 7.ª ed. Madrid: Elsevier; 2023.
15. WAGNER CM, BUTCHER HK, CLARKE MF. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 8.ª ed. Madrid: Elsevier; 2023.
16. JOO JY, LIU MF. *Transitional care interventions for supporting frail older adults discharged from hospitals: an umbrella review*. Geriatr Nurs. 2023;50:80-89. doi: [10.1016/j.gerinurse.2022.12.021](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.12.021)
17. FACCHINETTI G, D'ANGELO D, PIREDDA M, DANTE A, NANIA T, PETITTI T, ET AL. *The effectiveness of transitional care interventions on health care utilization in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and meta-analysis*. J Am Med Dir Assoc. 2021;22(3):621-629. doi: [10.1016/j.jamda.2020.09.019](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.019)
18. TALHA KM, PANDEY A, FUDIM M, BUTLER J, ANKER SD, KHAN MS. *Frailty and heart failure: state-of-the-art review*. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2023;14(5):1959-1972. doi: [10.1002/jcsm.13306](https://doi.org/10.1002/jcsm.13306)
19. CHOKSHI NBK, KARMAKAR B, PATHAN SK, JOSHI V, GOHEL DM, COULSHED D, ET AL. *A systematic review of frailty scores used in heart failure patients*. Heart Lung Circ. 2023;32(4):441-453. doi: [10.1016/j.hlc.2023.01.011](https://doi.org/10.1016/j.hlc.2023.01.011)
20. DENFELD QE, JHA SR, FUNG E, JAARMA T, MAURER MS, REEVES GR, ET AL. *Assessing and managing frailty in advanced heart failure: an International Society for Heart and Lung Transplantation consensus statement*. J Heart Lung Transplant. 2024;43(2):147-171. doi: [10.1016/j.healun.2023.09.013](https://doi.org/10.1016/j.healun.2023.09.013)
21. SCHOLTE NTB, GÜRGÖZE MT, AYDIN D, THEUNS DAMJ, MANINTVELD OC, RONNER E, ET AL. *Telemonitoring for heart failure: a meta-analysis*. Eur Heart J. 2023;44(31):2911-26. doi: [10.1093/eurheartj/ehad280](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad280)
22. MASOTTA V, DANTE A, CAPONNETTO V, MARCOTULLIO A, FERRAIUOLO F, BERTOCCHI L, ET AL. *Telehealth care and remote monitoring strategies in heart failure patients: a systematic review and meta-analysis*. Heart Lung. 2024;64:149-67. doi: [10.1016/j.hrtlng.2024.01.003](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2024.01.003)
23. STEVENSON LW, ROSS HJ, RATHMAN LD, BOEHMER JP, ABRAHAM WT, ADAMSON PB, ET AL. *Remote monitoring for heart failure management at home: JACC Scientific Statement*. J Am Coll Cardiol. 2023;81(23):2272-91. doi: [10.1016/j.jacc.2023.04.010](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.04.010)
24. QADDOURA A, YAZDAN-ASHOORI P, KABALI C, THABANE L, HAYNES RB, CONNOLLY SJ, ET AL. *Efficacy of hospital at home in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis*. PLoS One. 2015;10(6):e0129282. doi: [10.1371/journal.pone.0129282](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129282)
25. HAYWOOD HB, FONAROW GC, KHAN MS, VAN SPALL HGC, MORRIS AA, NASSIF ME, ET AL. *Hospital at home as a treatment strategy for worsening heart failure*. Circ Heart Fail. 2023;16(10):e010456. doi: [10.1161/CIRCHEARTFAILURE.122.010456](https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.122.010456)

