

Decálogo sobre la atención del paciente con IC en Madrid

ÍNDICE

SIGLAS UTILIZADAS 3
JUSTIFICACIÓN 5
OBJETIVOS DEL DECÁLOGO 5
PARTICIPANTES 6
DECÁLOGO 7
1. APOYO INSTITUCIONAL 7
2. RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON IC 7
3. LA IMPORTANCIA DEL ROL DE ENFERMERÍA: AP, IC y CA 8
4. REFERENTES DEL PROCESO (MULTIDISCIPLINAR) EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA 8
5. PROGRAMA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA HOSPITALARIO 9
6. HOSPITAL DE DÍA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA 9
7. INFORME DE ALTA (URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN) ESTRUCTURADO 10
8. HERRAMIENTAS TELEMÁTICAS PARA LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES 10
9. FORMACIÓN CONTINUADA 11
10. ANÁLISIS PERIÓDICO DE RESULTADOS: INDICADORES 11
REFERENCIAS 12

SIGLAS UTILIZADAS

AH: Atención Hospitalaria

AP: Atención Primaria

CA: Continuidad Asistencial

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

CS: Centro de Salud

ICC: Insuficiencia Cardíaca Crónica

IC: Insuficiencia Cardíaca

MI: Medicina Interna

PAI: Proceso Asistencial Integrado

PCC: Paciente Crónico Complejo

Con el aval de las siguientes sociedades científicas

SOCIEDAD CASTELLANA DE CARDIOLOGÍA

SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA MADRID-CASTILLA LA MANCHA

SoMaMFyC Sociedad Madrileña de Medicina de Familia Comunitaria

SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria AP
Aval 0070-2022

SEMG Madrid Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Y la colaboración de Boehringer Ingelheim

Comprometidos con las necesidades de la realidad actual y para dar soporte a sanitarios y gestores en la consecución de un abordaje óptimo de la IC, desde Boehringer Ingelheim se ha creado el programa MAIC (Modelos Asistenciales de atención al paciente con Insuficiencia Cardíaca): una iniciativa multidisciplinar que busca **identificar e impulsar modelos eficientes que permitan una gestión sostenible de la patología a la vez que ofrecen la mejor atención a los pacientes con IC**. Desde este programa, se apoya la elaboración de este decálogo con la finalidad de avanzar en el desarrollo de un modelo óptimo de atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca y mejorar su manejo.

Boehringer Ingelheim

MAIC

JUSTIFICACIÓN

La **insuficiencia cardíaca (IC)** es una de las enfermedades crónicas con mayor impacto sanitario y económico. Aunque en países occidentales su **prevalencia** es del 1,89%[1,2], pudiendo alcanzar un valor casi 2 veces superior en **España**[3], esta patología llega a consumir el 3,8% del gasto sanitario total a nivel nacional, alcanzando unas cifras cercanas a los 2.500 millones de euros al año[4].

En concreto, los recursos dedicados a hospitalizaciones, farmacia y atención ambulatoria son los que contribuyen en mayor medida. De hecho, la IC es la primera causa de hospitalización en personas mayores de 65 años[5,6,7] y **se estima que el número de ingresos aumenten hasta un 50% en los próximos 25 años**[8].

Todo ello hace que el paciente con IC tenga un **abordaje complejo**, el cual debe fundamentarse en un **trabajo multidisciplinar y estructurado**, tanto en la atención a su cronicidad como en los episodios de descompensación.

En respuesta a este escenario, en 2020 se creó el **grupo MICARDIC**, avalado por la **Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla La Mancha** (SOMIMACA) y por la **Sociedad Castellana de Cardiología** (SCC), contando con la colaboración de cardiólogos e internistas de diferentes hospitales de la Comunidad de Madrid.

Uno de los objetivos prioritarios del grupo es colaborar con la **implementación del Proceso Asistencial Integrado del paciente con IC en la Comunidad de Madrid** mediante la elaboración de un decálogo donde se destaquen aspectos clave de su implementación en la práctica clínica de nuestro entorno. Con la finalidad de integrar la visión de ambos niveles asistenciales, recientemente se han incorporado al grupo las tres Sociedades Científicas de Atención Primaria de Madrid (**SoMaMFyC, SEMERGEN Madrid y SEMG Madrid**).

OBJETIVOS DEL DECÁLOGO

Bajo el marco del **grupo MICARDIC**, se ha desarrollado esta hoja de ruta para **generar un impacto positivo en la calidad asistencial** durante la estancia hospitalaria, el seguimiento del paciente y tras el alta llegando a alcanzar los siguientes objetivos:

- **Identificar un conjunto de buenas prácticas** y **puntos de mejora** del proceso asistencial del paciente con IC en Madrid.
- Crear un grupo multidisciplinar (Cardiología, Medicina Interna, Atención Primaria) que ofrezca una respuesta a las necesidades reales de la atención a la IC en la Comunidad de Madrid, alineado con el PAI del paciente con ICC desde una **perspectiva integral y multidisciplinar**, que involucre a todos los profesionales implicados en el manejo de estos pacientes a la vez que se asegura la coordinación entre Hospitales y Atención Primaria.

PARTICIPANTES

Grupo MICARDIC

SoMaMFyC

- Dr. Ángel Castellanos Rodríguez. Médico de Familia, C.S. Ciudad de los Periodistas.
- Dr. Juan Carlos Obaya Rebollar. Médico de Familia, C.S. La Chopera.

SEMERGEN

- Dra. Aurora García Lerín. Médico de Familia. C.S. Almendrales.
- Dr. Manuel Jesús Frías Vargas. Médico de Familia. C.S. Comillas.

SEMG

- Dra. María Isabel Egocheaga Cabello. Médico de Familia, C.S. Isla de Oza.
- Dra. Yasmín Drak Hernández. Médico de Familia, C.S. Los Rosales.

DECÁLOGO

1. APOYO INSTITUCIONAL

La implicación y coordinación de los distintos niveles de asistencia sanitaria resulta crucial para el manejo óptimo de la IC y para el correcto desarrollo de las recomendaciones planteadas en este decálogo.

Por otro lado, para poder difundir e implementar estas acciones, es indispensable el apoyo institucional del Servicio Madrileño de Salud y el de otros socios estratégicos como son las Asociaciones de Pacientes.

2. RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON IC

En la mejora del abordaje de la IC, es de gran relevancia tener en cuenta todo el flujo del paciente, desde la sospecha hasta el seguimiento tras el alta si ha habido ingreso, siempre valorando el papel de todos los niveles asistenciales y especialidades implicadas.

A nivel general, una de las recomendaciones más destacadas es la de **priorizar los pacientes de nivel de intervención alto (NIA)**, integrando en la práctica clínica diaria las siguientes rutas asistenciales:

- El paciente crónico complejo: PAI de Paciente Crónico Complejo (PCC)
- El paciente crónico complejo en el que la ICC es la patología principal: PAI de Insuficiencia Cardíaca **Crónica (ICC).**
- Los pacientes con IC y comorbilidad en los que no se consideren medidas invasivas de manejo cardiológico.
- Cualquier situación adicional quedará sujeta a valoración clínica individual del paciente.

En estos procesos, se identifican **tres escenarios de acción clave en el manejo de la IC**, todos basados en una efectiva coordinación bidireccional pero cada uno con sus necesidades y puntos clave:

1. **Diagnóstico precoz de la Insuficiencia Cardíaca**
   - **Con vías de comunicación y derivación rápida** entre AP y Cardiología ante sospecha de Insuficiencia Cardíaca.
   - **Mediante consultas específicas o monográficas de IC**.
   - Proporcionando acceso del médico de AP a la solicitud del NT-ProBNP y con la creación de un algoritmo para el proceso.
2. **Tratamiento**
   - Con la posibilidad de **derivación a hospital de día para tratamiento**, por ejemplo, con hierro intravenoso por parte del profesional de AP.
3. **Seguimiento**
   - **A nivel de Atención Primaria:**
     - Se recomienda definir los criterios de pacientes con ICC candidatos para el seguimiento por profesionales de AP (nivel de intervención bajo).

- Debe promoverse el contacto directo y rápido con las Unidades de IC (telefónico, telemático: e-consulta, etc.).
- Tras el alta, el seguimiento debe realizarse por contacto telefónico (medicina/enfermería) en los primeros 7 días.
- Debe realizarse una prevención/atención precoz de la descompensación y valoración de las comorbilidades.

- **A nivel intrahospitalario y durante la fase de transición asistencial:**

Es importante definir de forma clara el proceso intrahospitalario, con planificación y coordinación con AP para el alta y tener en cuenta los diferentes escenarios de seguimiento:

⇨ Visita precoz (7-14 días) en consulta especializada/unidad de IC tras visita a urgencias o ingreso por IC.

⇨ Entre niveles asistenciales se debe incluir la hospitalización a domicilio y los cuidados Paliativos.

3. LA IMPORTANCIA DEL ROL DE ENFERMERÍA: AP, IC y CA

La clave del éxito en una hoja de ruta como esta es la implicación de todas las figuras que participan en ella. En el caso concreto de la IC, su cronicidad hace aún más necesaria la presencia de un rol que permita un seguimiento óptimo del paciente, el cual actualmente desarrolla enfermería. Sin embargo, es un papel no estandarizado en todos los centros y por ello sigue siendo de especial interés trabajar en su identificación y promoción mediante los siguientes ejes:

- Reconocimiento de la figura de **enfermería especialista en ICC de AH**, pieza clave del proceso asistencial. Debe estar **nombrada, identificada**, y con una **clara asignación** de funciones.
- Reconocimiento del papel fundamental de la enfermera de AP en la capacitación y seguimiento del paciente con IC.
- Idealmente, se centralizará la transición de los pacientes hospitalizados en una enfermera de CA específica para la IC.
- Establecimiento de criterios para solicitar el **apoyo y la valoración de un paciente**, por parte de la enfermería de CA **estandarizando el contacto** mediante la creación de un ***checklist***.
- Fomento de una **relación directa** entre los enfermeros **referentes de IC de los hospitales y la enfermería de AP**, a través de enfermería de CA, con planes de cuidados comunes.
- Avance en una historia clínica informatizada con acceso para todos los profesionales.

4. REFERENTES DEL PROCESO (MULTIDISCIPLINAR) EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA

Toda iniciativa para la mejora asistencial debe asegurar su correcta difusión e implementación contando con referentes con los que los profesionales sanitarios puedan contactar de forma ágil para, por ejemplo, resolver posibles dudas.

Con este objetivo, a continuación se han establecido una serie de recomendaciones que buscan ayudar a crear referentes de éxito para este decálogo, planteando idealmente a la dirección de Continuidad Asistencial de cada área como el eje central:

- Se designarán:
  - Un responsable del proceso en el hospital: al menos un cardiólogo, un internista y un enfermero especialista en IC para el que se intentará disminuir su rotación y así favorecer la creación de perfiles de enfermería referentes. También se deben establecer protocolos de trabajo conjunto.
  - Referentes de Insuficiencia Cardíaca en cada Centro de Salud, tanto médicos de familia como enfermeros.
  - Referentes de otras especialidades que intervienen en el proceso de IC.
  - Referentes en Farmacia (a valorar) para conciliación de la medicación a través de contacto telefónico, telemático, e-consulta, etc.
- Se trabajará en que el departamento de trabajo social de los centros de salud/hospital esté también presente en los diferentes procesos.
- Se facilitará la **identificación y difusión de las personas referentes** en cada centro al resto de profesionales que les corresponda.

5. PROGRAMA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA HOSPITALARIO

La sobrecarga asistencial motiva la creación y utilización de programas de insuficiencia cardíaca que ayuden a estandarizar y facilitar procesos. Así, con el aumento de la calidad de la atención y la adhesión a las medidas de los protocolos oficiales, se permite una mejora en la evolución clínica y pronóstico de los pacientes a la vez que se consigue reducir el coste sanitario.

Por todo esto, es importante tener en cuenta algunas consideraciones clave para implementar nuevos programas y/u optimizar los existentes:

- **Instaurar un modelo de asistencia compartida y protocolizada** (Medicina Interna y Cardiología), que proporcione un acceso precoz y abordaje integral del paciente. Se deben considerar las consultas comunes y tener un mismo Hospital de Día.
- Estos equipos contarán con **otros especialistas hospitalarios referentes del proceso**: nefrología, endocrino, trabajo social, rehabilitación, cuidados paliativos, urgencias, etc. con reuniones multidisciplinares formativas y de trabajo periódicas cada 4-6 meses.
- **Crear protocolos específicos de manejo** de la Insuficiencia Cardíaca Aguda (ICA).
- Potenciar la **educación sanitaria**, el **soporte nutricional**, la **atención paliativa**, la **rehabilitación cardíaca** y la **hospitalización a domicilio**; reestructurando las prioridades en función de la situación específica de cada paciente.
- Considerar los **recursos disponibles** en cada Hospital, estableciendo **mínimos**.

6. HOSPITAL DE DÍA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Se considera que el Hospital de Día debería ser una **herramienta intrahospitalaria e interhospitalaria indispensable**, con un acceso más ágil desde AP del que actualmente tiene lugar en la mayoría de los centros.

Aunque no en todos los casos se permiten los mismos procesos en la gestión de los Hospitales de día ni todos los sanitarios encuentran consenso en cómo deberían enfocarse, sí que se han podido identificar algunos puntos de unanimidad en los que aunar esfuerzos:

- **Es una estructura indispensable** en el programa de IC, que **facilitará la administración de tratamientos** que permitan evitar ingresos hospitalarios.
- Debe estar **estructurado y protocolizado**.
- **Es importante incluir** el Hospital de Día **en los procesos intrahospitalarios**, de transición asistencial, y de soporte a AP.
- Se recomienda trabajar en la posibilidad de que el **médico de AP pueda derivar directamente a un paciente al Hospital de día** para tratamiento sin necesidad de pasar por otras especialidades.
- En caso de no existir un Hospital de Día específico para insuficiencia cardíaca, se debe potenciar la actividad en el **Hospital de Día médico**.

7. INFORME DE ALTA (URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN) ESTRUCTURADO

No en todos los centros existe un método organizado de revisión de altas, lo cual es un factor limitante en la gestión de los informes de alta por su extensión y densidad, que implicaría un gran aumento de la carga asistencial si se revisasen de forma íntegra a diario.

El camino a seguir debe buscar la optimización de estos informes sin dejar de incluir todos los aspectos de relevancia para la continuidad asistencial del paciente:

- **Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos durante la hospitalización**, con especial énfasis en los cambios realizados (incluyendo posible falta de optimización de grupo terapéutico) y aspectos pendientes de valoración.
- **La causa de la descompensación del paciente**.
- **La situación clínica, funcional y social** al alta**.**
- **Recomendaciones básicas** de autocuidado, signos de alarma y formas de contacto con sus profesionales de referencia.

Así mismo, también es importante incluir otros datos de interés:

- Definir de forma concreta (con fecha y referente) contacto telefónico precoz tras el alta y visita presencial en AP o en la unidad.
- Conciliación de la medicación (ingreso y alta) y prescripción segura en el MUP.

8. HERRAMIENTAS TELEMÁTICAS PARA LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Actualmente existen ya numerosas herramientas de comunicación consideradas útiles sobre las que sería necesario potenciar y difundir el conocimiento. En esta línea, se recomienda focalizar la estrategia en el desarrollo de nuevas alternativas a la vez que se siguen mejorando las utilizadas hoy en día mediante las siguientes acciones:

- **Potenciación de la difusión y conocimiento de las herramientas actuales**: historia clínica electrónica única para ambos niveles asistenciales y e-consulta idealmente bidireccional (valorar consulta monográfica de PCC/IC)
- Creación de una **vía ágil de atención a la descompensación**.
- Inclusión de un teléfono propio y/o email para la comunicación intrahospitalaria y con AP en la **Unidad de Insuficiencia Cardíaca hospitalaria**.
- **Desarrollo de plataformas específicas** para la **monitorización** de pacientes con IC (entre paciente/profesional y a su vez entre profesionales)
- Optimización del **seguimiento remoto de los pacientes**: criterios de selección y formas de realizarlo.

9. FORMACIÓN CONTINUADA

La actualización constante sobre patología y tratamiento es un pilar fundamental que permite la implementación de nuevos procesos asistenciales a la vez que favorece la inclusión proactiva de mejoras por parte de los especialistas ante las nuevas necesidades que vayan surgiendo. Por ello, la creación de nuevas rutas de acción debe ir siempre acompañada de un plan de formación continuada que incluya a todos los profesionales sanitarios implicados en la misma:

- Elaboración de un **programa formativo anual entre Atención Primaria-Hospitalaria con carácter bidireccional**, dirigido a todos los profesionales implicados en el proceso.
- **Realización de Jornadas/sesiones, talleres, rotaciones formativas**, con especial énfasis en el **manejo práctico del paciente** y la gestión de este en el proceso asistencial.
- Debe **involucrar en su diseño y realización a todos los miembros del comité operativo**: equipo multidisciplinar del hospital de la mano de los referentes de IC en AP.

10. ANÁLISIS PERIÓDICO DE RESULTADOS: INDICADORES

Existen grandes diferencias en los indicadores disponibles entre los diferentes niveles asistenciales. En AP tienen **indicadores de IC específicos** pero que deberían ser actualizados, mientras que en el ámbito hospitalario la necesidad reside en la falta de indicadores útiles y prácticos. En general, se propone que todas las especialidades implicadas en el manejo del paciente con IC tengan acceso interhospitalario al registro de indicadores junto con otras sugerencias que, siendo más factibles, también se deben tener en cuenta:

- **Elegir indicadores básicos de proceso y resultado**, codificados a nivel institucional, tomando como ejemplo base los disponibles en AP para su revisión, actualización y adaptación a las necesidades de la AH.
- **Protocolizar** la forma de monitorizarlos.
- **Potenciar los sistemas de información**: CMBD, cuadro de mandos, citas/agendas, registros, sistemas de *benchmarking, Big Data*.

REFERENCIAS

1. Montes-Santiago J, Arévalo Lorido JC, Cerqueiro González JM. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca aguda. Med Clin (Barc). 2014 Mar 1;142(SUPPL. 1):3–8.)
2. Delgado FJ, Oliva J, Llano M. *et al*. Health care and nonhealth care costs in the treatment of patients with symp- tomatic chronic heart failure in Spain. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:643–650.
3. I. Sayago-Silva *et al*. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66(8):649–56.
4. Farré N, Vela E, Clèries M, Bustins M, Cainzos-Achirica M, Enjuanes C, et al. Medical resource use and expen- diture in patients with chronic heart failure: a population-based analysis of 88 195 patients. Eur J Heart Fail. 2016;18(9):1132–40.
5. Mamas MA, Sperrin M, Watson MC. *et al*. 2017. Do patients have worse outcomes in heart failure than in cancer? A primary care-based cohort study with 10-year follow-up in Scotland. *Eur J Hear Fail*. 20017;19((9)):1095–104.
6. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria [Internet]. 2011 [cited 2019 Dec 17]. Available from: https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft15%2Fp414%- 2F%2Fa2011.
7. Rodríguez-Artalejo F, Banegas-Banegas JR G-CP. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:163–70.
8. Cowie MR, Anker SD, Cleland JGF, Felker GM, Filippatos G, Jaarsma T, *et al*. Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalization. Vol. 1, ESC Heart Failure. 2014. 110–145 p.