



Programa de Manejo de Insuficiencia Cardíaca Crónica Infanta Sofía (PRICCIS)

Soler Rangel L, Moreno Palanco MA, Vázquez Ronda MA, García Caballero R, Pagán Muñoz B, Saucedo Díaz C.

Hospital Universitario Infanta Sofía.

San Sebastián de los Reyes. Madrid

llanos.soler@salud.madrid.org



Llanos Soler Rangel.

Resumen

En los países desarrollados, la insuficiencia cardíaca (IC) supone un importante problema de morbimortalidad. Su incidencia y prevalencia aumentan de forma paralela a la mayor esperanza de vida, siendo aproximadamente del 1-2% en la población adulta y llegando a ser de más del 10% en los mayores de 70 años. Es la principal causa de ingreso en las plantas de Medicina Interna. En las últimas guías de manejo de IC se considera que los pacientes con IC deben participar en un programa de manejo o cuidado coordinado de este tipo, con una indicación clase I con nivel de evidencia A.

Con este fin, pusimos en marcha en 2014 el Programa de Manejo de Insuficiencia Cardíaca Crónica Infanta Sofía (PRICCIS). El objetivo principal es disminuir la tasa de reingresos y visitas a Urgencias por IC. Está formado por cinco médicos y una enfermera, físicamente situado en el hospital de día médico y sus elementos clave son la educación en conceptos básicos implicando al paciente y sus familiares en su enfermedad, la valoración integral de este tipo de pacientes pluripatológicos y la continuidad asistencial. En todo ello juega un papel central la enfermera. La continuidad asistencial supone asistencia durante la hospitalización, visita precoz tras un ingreso, seguimiento estructurado presencial y telefónico, atención a demanda y manejo de las descompensaciones de forma ambulante y en hospital de día médico. El análisis de los resultados de los primeros cinco años del programa muestra una reducción de visitas a Urgencias y hospitalizaciones por IC del 63 y 72%, respectivamente, y una reducción de un 70% en los días de hospitalización por IC, unos datos de reingreso y mortalidad a los tres meses y al año por debajo de los publicados en población similar, una mejoría en la calidad de vida de los pacientes, medida mediante el test de calidad de vida de Minnesota, y un alto nivel de satisfacción de los usuarios medido mediante una encuesta a los 12 meses de inclusión en el programa. Trabajamos en la mejora continua de nuestro programa para conseguir llevar estos resultados a toda la población con IC.

Objetivos del proyecto o experiencia

Objetivo principal:

- Disminuir la tasa de reingresos y visitas a Urgencias por IC.

Objetivos secundarios:

- Disminuir la tasa de ingresos y visitas a Urgencias por otras causas.
- Disminuir la morbimortalidad de los pacientes con IC.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con IC.
- Mejorar el conocimiento de la enfermedad y fomentar el autocuidado por parte de los pacientes y sus familiares.
- Garantizar la continuidad asistencial (Hospitalización – Consulta – Atención Primaria).
- Garantizar la conciliación de medicación.

Población diana

Pacientes mayores de 70 años con diagnóstico de IC crónica, según los criterios de las guías internacionales. Se trata de pacientes de riesgo medio y alto (según modelo de Kaiser permanente de estratificación, aplicado a los pacientes crónicos, según la *Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas* en la Comunidad de Madrid)

No se incluyen pacientes que presenten deterioro cognitivo y/o funcional severo o insuficiente apoyo sociofamiliar.

Los pacientes firman un documento de aceptación y compromiso para participar en el programa en el momento de su inclusión.

Método

El equipo de trabajo está formado por cinco médicos a tiempo parcial y una enfermera dedicada a tiempo completo.

Se dispone de una consulta situada en el **hospital de día**. Esto es clave, ya que en muchos casos los pacientes que acuden a la visita programada precisan de administración de tratamiento intravenoso (hierro, transfusión, inotropos), especialmente en el caso de descompensación congestiva (“rescate diurético intravenoso”).

Características del Programa

El PRICCIS presenta características que le dan un carácter diferencial ya que aporta:

- **Valoración integral del paciente.**
- **Papel central de la asistencia por los profesionales de enfermería.**
- **Continuidad asistencial**, al proporcionar:
 - **Seguimiento continuado** según las necesidades específicas que requiera cada paciente, incluyendo la disponibilidad de atención urgente para manejo de la descompensación de la enfermedad sin necesidad de ingreso hospitalario.
 - **Coordinación de las actuaciones entre MIR, Cardiología, AP y el servicio de Urgencias.**
- **Accesibilidad** a la atención hospitalaria tanto del paciente como del médico/enfermera de AP, utilizando las vías más operativas de comunicación (fundamentalmente telefónica o email).
- Actividad realizada con **procedimientos protocolizados y/o vías clínicas.**

Elementos del itinerario del paciente

- Roles:
 - La enfermera educadora/entrenadora en autocuidados, que hace también la labor de gestora de casos y enlace hospitalario.
 - El paciente activo.
 - El especialista hospitalario de referencia.
 - El especialista consultor.
- Servicios
 - Plan de cuidados de enfermería estandarizados y personalizados.
 - Valoración integral de cada caso.
 - Educación estructurada adaptada a las necesidades del paciente.
 - Seguimiento activo del paciente en el sistema sanitario y en su domicilio.
 - Circuito específico de atención urgente/preferente.
 - Planificación de las altas hospitalarias.
 - Formación continuada en IC para los profesionales que intervienen en el programa.
 - Evaluación del impacto del programa.

- Herramientas:
 - Historia clínica electrónica compartida entre niveles y profesionales.
 - Sistema de ayuda/alarmas para el control y seguimiento de los pacientes.

Circuito asistencial

- Inclusión de pacientes en el PRICCIS, desde la hospitalización de MIR, el servicio de Urgencias (Área de Observación) o desde Atención Primaria.
- Atención durante el ingreso en urgencias/observación o en hospitalización.
- Actividades de seguimiento ambulatorio: visitas regladas.
- Asistencia telefónica estructurada.
- Asistencia en caso de descompensación.

Resultados obtenidos

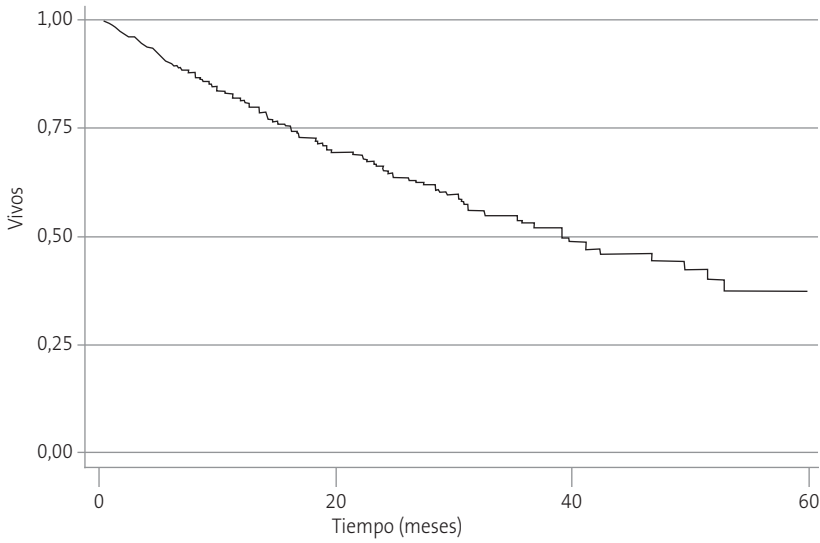
Hasta junio de 2019 se han incluido en el programa 486 pacientes. Es una población anciana, con alta comorbilidad y dependencia. Están en seguimiento 243 pacientes, han sido dados de alta del programa 66, han perdido el seguimiento 26 y 151 han fallecido. El tiempo medio de seguimiento ha sido de 17,7 meses.

Las **figuras 1 y 2** muestran la curva de supervivencia y de permanencia libre de ingreso o muerte de los pacientes incluidos en PRICCIS. La mortalidad a los tres meses (4,4%) y al año (18,2%), así como la posibilidad de reingreso o muerte a los tres meses (10,5%) y al año (33,86%), son menores que las publicadas en España y en otros países en pacientes con insuficiencia cardíaca no seguidos en unidades de IC.

Se han analizado los 299 pacientes que han completado un año de seguimiento y se han comparado los eventos que estos pacientes tuvieron el año antes de entrar en PRICCIS y el año después. La disminución de visitas a Urgencias y hospitalizaciones por IC es del 63 y 72%, respectivamente, y se han reducido de 1864 a 543 los días de hospitalización por IC (**Fig. 3**).

Una de las claves de los buenos resultados del programa es la capacidad de atención a los pacientes a demanda. Los pacientes reciben formación en IC, sobre todo en la detección de síntomas de alarma, y se les instruye sobre cómo actuar en caso de descompensación, modificando la dosis de diurético que toman y/o poniéndose en contacto con la enfermera de PRICCIS. Si los pacientes no mejoran con el tratamiento diurético oral ajustado puede ser necesario administrarles diuréticos intravenosos en el hospital de día (“rescate diurético”) durante varios días, hasta su mejoría, evitando la hospitalización. En la **Tabla 1** se recoge la atención a demanda que han requerido los pacientes en los años 2016-2019. Se han realizado 109 rescates diuréticos en 84 pacientes, con una media de 1,5 por paciente. Cada rescate ha supuesto entre 1 y 5 días (media 2,5), no ha habido efectos secundarios relevantes, y de ellos

Figura 1. Supervivencia de los pacientes incluidos en PRICCIS



el 16% han precisado un nuevo rescate en los 30 días siguientes, y solo el 6% ha precisado hospitalización. Esto podría haber supuesto un ahorro de unas 100 hospitalizaciones.

Figura 2. Tiempo hasta la primera hospitalización por IC o muerte

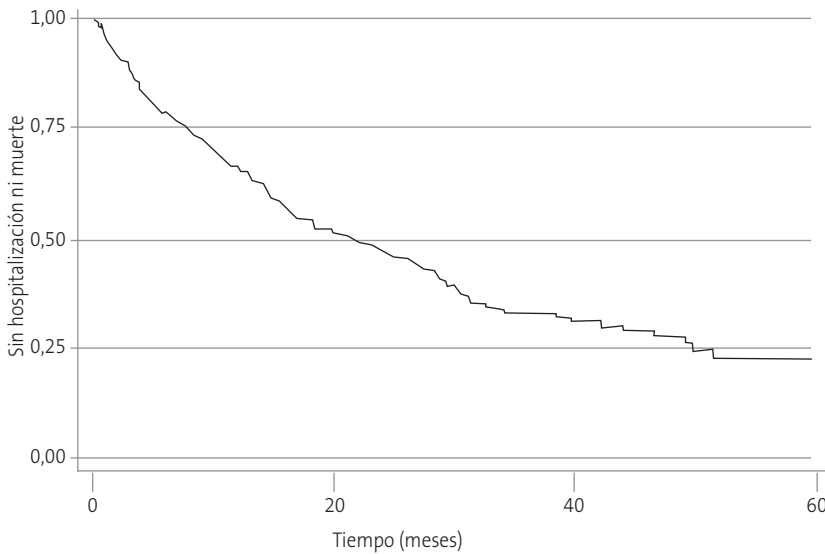
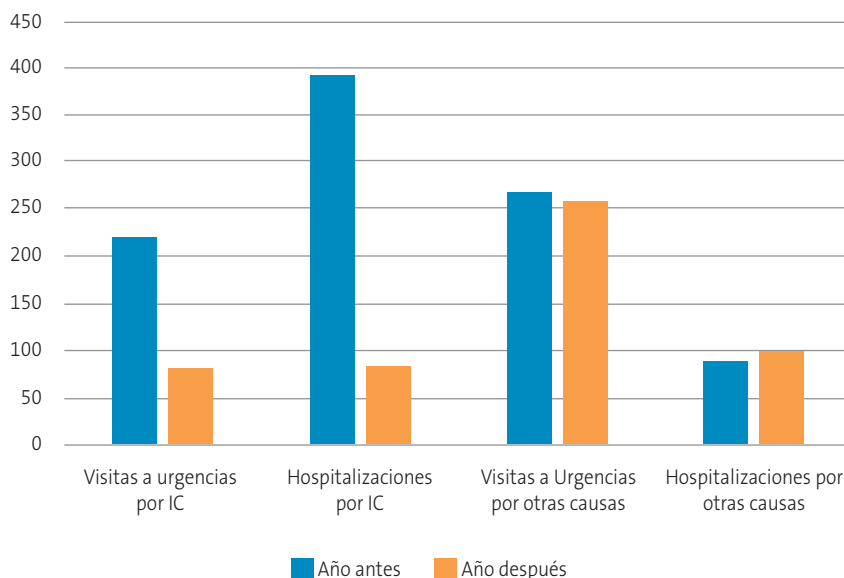


Figura 3. Visitas a Urgencias y hospitalizaciones en el año previo y posterior a la inclusión en PRICCIS



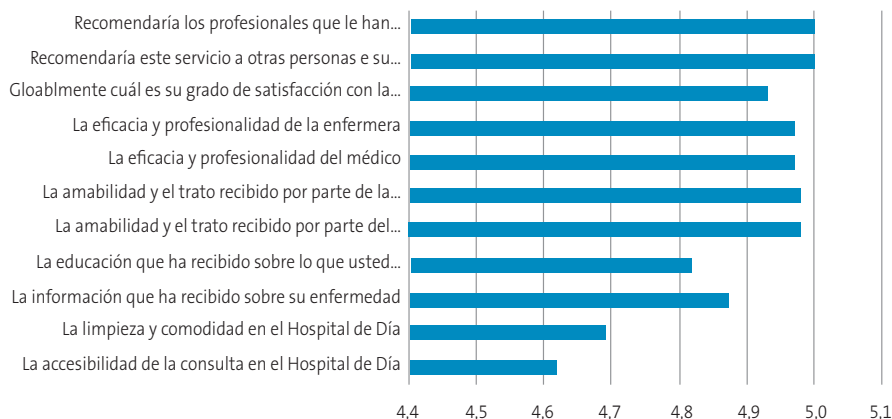
Todo esto ha supuesto una mejoría importante en la calidad de vida de los pacientes, pasando de tener una puntuación de 46 a 31 en la escala de *Minnesota Living with Heart Failure*, así como un alto nivel de satisfacción, según se recoge en la **Figura 4**.

INNOVACIÓN. ¿Cuáles son las características más novedosas del proyecto o experiencia que se presenta?

La característica central del proyecto es la **educación del paciente y su familia en los aspectos de la IC**, lo que les da un papel activo, de empoderamiento. En esto es clave el papel de la enfermera, que actúa como gestora y educadora, con un seguimiento continuo de los pacientes no solo presencial sino también telefónico, tanto de forma estructurada (desde el PRICCIS al paciente) como a demanda (desde el paciente al PRICCIS). Esto conlleva:

Tabla 1. Atención a demanda de los pacientes

| | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| Llamada imprevista | 510 |
| Llamada que requiere cita presencial | 181 |
| Visita presencial iprevista | 111 |
| Rescate diurético | 97 rescates 72 pacientes |
| n = 317 pacientes | |

Figura 4. Encuestas de satisfacción a los 12 meses

- Mejor cumplimiento de la medicación y de las medidas higiénico-dietéticas, con la mejoría que esto supone en resultados de salud.
- Conocimiento de los síntomas de alarma, lo que permite un diagnóstico y tratamiento precoz de las descompensaciones.
- Alto grado de satisfacción de los pacientes, al sentirse protagonistas de su enfermedad y del programa, con la posibilidad de ser atendidos ante cualquier incidencia, no solo relacionada con la IC sino con su salud en general.
- Mejoría en la calidad de vida percibida.

El otro punto fuerte es la **localización estructural de la consulta en el hospital de día**, lo que permite, además de los tratamientos programados, la asistencia a demanda de las descompensaciones, de modo que se evita el paso de los pacientes por Urgencias (con la sobrecarga que esto supone para el sistema y para el propio paciente) y, en muchos casos, como muestran nuestros resultados, la hospitalización.

Igualmente pensamos que el hecho de que el programa sea llevado a cabo por **especialistas en Medicina Interna** ofrece una visión integral de estos pacientes, que tienen no solo una enfermedad crónica, sino una importante comorbilidad y complejidad.

CALIDAD. ¿Qué mejoras en calidad se han obtenido al desarrollar el proyecto o la experiencia?

El PRICCIS (se expone en los resultados) ha conseguido como **indicadores de proceso**:

- Una correcta clasificación del tipo de IC y su etiología.
- Una mejora de la asistencia a los pacientes con IC, ofreciendo el mejor tratamiento médico para cada paciente ajustado a las guías de práctica clínica, al utilizar procedimientos protocolizados y/o vías clínicas que aseguran la optimización de los fármacos y dosis indicados en cada caso.
- Garantía de la conciliación de medicación.
- Una atención integral al paciente, abordando toda su comorbilidad.
- Un manejo de las descompensaciones de IC sin requerir hospitalización.
- Una mejora del conocimiento de la enfermedad y un fomento del autocuidado por parte de los pacientes y sus familiares.
- Garantía de la continuidad asistencial (Hospitalización – Consulta – Atención Primaria).
- Una optimización de las visitas al hospital, al realizarse las pruebas complementarias (análisis, electrocardiograma, ecografía) en la misma visita, así como disminución de interconsultas a otros especialistas y valoración por ellos, cuando es necesario, en la misma visita de forma conjunta, evitando por lo tanto frecuentación y fragmentación de la asistencia.

Y, a través de todo ello, como **indicadores de resultado**:

- Una disminución de la tasa de hospitalizaciones y visitas a Urgencias por IC.
- Una disminución de la mortalidad por IC en este tipo de pacientes.
- Una mejora de la calidad de vida de los pacientes con IC.

MEJORA DE LA GESTIÓN Y/O EVALUACIÓN EN SALUD. ¿Qué aportación realiza el proyecto o experiencia para la mejora de la gestión y/o la evaluación de resultados en salud?

Como puntos fuertes en la **mejora de la gestión**:

- Atención integral al paciente, abordando toda su comorbilidad.
- Manejo de las descompensaciones de IC sin requerir hospitalización.
- Garantía de la continuidad asistencial.
- Optimización de visitas al hospital, al realizarse las pruebas complementarias en la misma visita, así como disminución de interconsultas a otros especialistas y valoración por ellos, cuando es necesario, en la misma visita de forma conjunta, evitando por lo tanto frecuentación y fragmentación de la asistencia.

En cuanto a la **evaluación de resultados**, se mantiene un registro activo de todos los pacientes incluidos en PRICCIS, que permite el análisis de sus características, los procesos y los resultados. En el documento de aceptación compromiso que los pacientes firman en el momento de la inclusión, autorizan al análisis y la explotación de datos de sus historias clínicas, siempre de forma anónima y respetando la ley de protección de datos. La base, en Excel, se explota mediante paquete estadístico Stata.

Para la evaluación de la calidad de vida se utiliza el test de calidad de vida de Minnesota y para la evaluación de la capacidad de autocuidado del paciente con IC la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca. Ambas son aplicadas por la enfermera en el momento de inclusión en el programa y a los 3 y 12 meses.

APLICABILIDAD Y FACILIDAD DE EXTENSIÓN A OTRAS ORGANIZACIONES DEL SECTOR SALUD. ¿En qué medida es aplicable o extensible el proyecto o la experiencia a otros centros u organizaciones del sector salud?

Nuestro modelo de gestión es aplicable a otros hospitales. No requiere infraestructura complicada ni supone un coste económico importante; por el contrario, los resultados asistenciales lo hacen muy eficiente. No implica mayores recursos materiales ni humanos, sino una mejor gestión, a través de una correcta coordinación, de los que hay.

Es una iniciativa basada en la creación y promoción de Unidades de Manejo Integral de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca (UMIPIC) en Medicina Interna, presentado formalmente en el Congreso Anual de la SEMI de 2011, que como ya se ha explicado se trata de un modelo de gestión de pacientes crónicos con insuficiencia cardíaca centrado en tres aspectos: la educación de conceptos básicos implicando al paciente y sus familiares en su enfermedad, la valoración integral de este tipo de pacientes pluripatológicos y la continuidad asistencial en coordinación con Atención Primaria.

Este tipo de unidades se están implantando en mayor o menor medida en varios hospitales de España. Como puntos diferenciadores de la nuestra y responsables de nuestros buenos resultados creemos que están la apuesta del servicio de Medicina interna y de la gerencia del hospital por el programa, de modo que hemos podido llegar a una asistencia diaria en jornada completa y con una enfermera con amplia experiencia en IC con dedicación exclusiva. Esto es lo que hace posible los resultados descritos y es imprescindible en la puesta en marcha de un modelo similar en cualquier hospital.

