

Proceso de mejora de la asistencia a la insuficiencia cardiaca en el Área Sanitaria (PROMICAS)

Abel Diéguez V, Amado Aller C, Bahamonde Sánchez M, Bouza Álvarez D, Castro Beiras A, Crespo Leiro M, Chouciño Fernández T, Fariñas Garrido P, Garrido Villarino C, Iglesias Díaz C, Maestro Saavedra FJ, de Miguel Bartolomé B, Montero Teijeiro C, Muñiz García J, Naya Leira C, Pazos Vilar P, Prieto Cebreiro J, Refojos Giráldez FJ, Rodríguez Fernández JA, Rodríguez Sánchez N, Vázquez Castro P, Vázquez Rodríguez JM, Vidán Martínez L

Miembros del grupo de trabajo del programa PROMICAS. INIBIC-Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña.

e-mail: jose.manuel.vazquez.rodriquez@sergas.es

Resumen

Introducción: La insuficiencia cardiaca es una enfermedad crónica que constituye un problema de salud de primer orden, tanto para el paciente por las consecuencias en términos de mortalidad e incapacidad, como para la sociedad por el aumento de su prevalencia que conlleva un importante consumo de recursos. En este contexto, la integración de la asistencia a los pacientes con insuficiencia cardiaca de un modo coordinado entre los profesionales involucrados parece una opción para lograr un proceso asistencial eficiente y de mayor calidad.

Objetivo: Diseñar y poner en marcha un proceso asistencial para la insuficiencia cardiaca en el Área Sanitaria de A Coruña a través de actuaciones coordinadas de los diferentes profesionales que intervienen en él.

Métodos: Se constituyó un grupo de trabajo con profesionales que colaboran en la asistencia a pacientes con insuficiencia cardiaca desde diferentes perspectivas, incluyendo profesionales directivos, facultativos y de Enfermería de Atención Primaria y de Atención Especializada de diferentes especialidades y centros.

Resultados: Se elaboró un documento que recogía las actuaciones necesarias en diferentes escenarios de atención a los pacientes con insuficiencia cardiaca, recomendaciones sobre el tratamiento, el seguimiento y los canales de comunicación entre profesionales entre otros aspectos.

Se planificaron actividades de formación en el manejo de pacientes con insuficiencia cardiaca y se divulgó el programa entre los profesionales sanitarios del Área Sanitaria, tanto en Atención Primaria como Especializada.

Conclusiones: La puesta en marcha de un programa de insuficiencia cardiaca en un contexto poblacional hace imprescindible la colaboración entre diferentes profesionales implicados en su atención. La difusión del programa asistencial es una tarea que debe ser realizada con reiteración. La aplicación del programa es lenta y heterogénea, tal como se preveía.



Palabras clave: Insuficiencia cardiaca, Programa asistencial, Gestión de la atención al paciente.

Improvement process in the management of cardiac insufficiency in the Health Care Area

Abstract

Introducción: La insuficiencia cardiaca es una enfermedad crónica que constituye un problema de salud de primer orden, tanto para el paciente por las consecuencias en términos de mortalidad e incapacidad, como para la sociedad por el aumento de su prevalencia que conlleva un importante consumo de recursos. En este contexto, la integración de la asistencia a los pacientes con insuficiencia cardiaca de un modo coordinado entre los profesionales involucrados parece una opción para lograr un proceso asistencial eficiente y de mayor calidad.

Objetivo: Diseñar y poner en marcha un proceso asistencial para la insuficiencia cardiaca en el Área Sanitaria de A Coruña a través de actuaciones coordinadas de los diferentes profesionales que intervienen en él.

Métodos: Se constituyó un grupo de trabajo con profesionales que colaboran en la asistencia a pacientes con insuficiencia cardiaca desde diferentes perspectivas, incluyendo profesionales directivos, facultativos y de Enfermería de Atención Primaria y de Atención Especializada de diferentes especialidades y centros.

Resultados: Se elaboró un documento que recogía las actuaciones necesarias en diferentes escenarios de atención a los pacientes con insuficiencia cardiaca, recomendaciones sobre el tratamiento, el seguimiento y los canales de comunicación entre profesionales entre otros aspectos.

Se planificaron actividades de formación en el manejo de pacientes con insuficiencia cardiaca y se divulgó el programa entre los profesionales sanitarios del Área Sanitaria, tanto en Atención Primaria como Especializada.

Conclusiones: La puesta en marcha de un programa de insuficiencia cardiaca en un contexto poblacional hace imprescindible la colaboración entre diferentes profesionales implicados en su atención. La difusión del programa asistencial es una tarea que debe ser realizada con reiteración. La aplicación del programa es lenta y heterogénea, tal como se preveía.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca, Programa asistencial, Gestión de la atención al paciente.



Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico consecuencia directa de diversas enfermedades que terminan por afectar a la función del corazón. Es también un importante problema de salud, tanto por la mortalidad que provoca como por el deterioro que origina en la calidad de vida de los pacientes. Desde una perspectiva sociosanitaria, la IC supone un importante consumo de recursos, agravado además por las predicciones de un incremento futuro en su prevalencia, derivado principalmente del envejecimiento de la población.

Este poco halagüeño panorama es una invitación a realizar cambios organizativos en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con IC, con la intención de mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes, pero también para optimizar la eficiencia en el consumo de recursos sanitarios y sociales. Por este motivo, se recomiendan programas específicos para el manejo de la IC, que se basan en estrategias estructuradas y multidisciplinarias en las que se coordinan los distintos servicios sanitarios implicados en la administración de los cuidados médicos a lo largo del curso de la enfermedad¹. Algunos hospitales han creado Unidades de Insuficiencia Cardíaca (UIC), caracterizadas por la organización del trabajo, la protocolización del seguimiento de los pacientes, la importante participación de personal sanitario no médico y la estimulación e implicación de los pacientes en su propio cuidado². Las experiencias de estas UIC se han presentado alentadoras en cuanto a la eficacia en la asistencia a los pacientes, el grado de satisfacción de los mismos y la eficiencia en el consumo de recursos hospitalarios. Sin embargo, la mayoría de estas es-

trategias no han sido capaces de ofrecer un tratamiento que alcance a todos los pacientes de un área sanitaria, sino que se circunscriben a los pacientes que acuden "físicamente" a dichas unidades. Por tanto, se hace necesario el desarrollo de programas accesibles al conjunto de pacientes con IC, cuyos contenidos y estructura pueden variar para adaptarse al contexto sanitario local y cubrir las necesidades específicas de cada área.

Se ha definido la IC como un síndrome clínico complejo, consecuencia de cualquier anomalía cardíaca estructural o funcional, que comprometa la capacidad del ventrículo de llenarse o de expulsar sangre³. Las manifestaciones clínicas cardinales son la fatiga y la disnea, que limitan la capacidad de realizar esfuerzos, y la retención de líquidos que puede llevar a la congestión pulmonar o al edema periférico.

La enfermedad coronaria, la hipertensión arterial y la miocardiopatía dilatada son las causas de la mayoría de los casos de IC en nuestro país⁴. La enfermedad valvular es también una causa frecuente y, finalmente, cualquier enfermedad cardíaca puede derivar en el síndrome de la IC.

La IC se desarrolla en un complejo escenario fisiopatológico que afecta no solamente a la función cardíaca, sino también a factores no cardíacos que incluyen cambios en la función vascular periférica, la fisiología del músculo esquelético, la función pulmonar, la actividad humoral y neuroautonómica y el manejo renal de sodio, entre otros. Esta coexistencia de factores explica en gran medida la falta de correlación entre la gravedad de la afectación de la función cardíaca, o la situación hemodinámica, y los síntomas del paciente y tiene implicaciones directas en el manejo terapéutico.



La clasificación más utilizada de la IC se refiere a la capacidad de esfuerzo que puede realizar el paciente, es la clasificación de la New York Heart Association (NYHA) que divide a los pacientes en cuatro grados según la gravedad de los síntomas⁵.

En el año 2001, las Sociedades Estadounidenses de Cardiología (ACC y AHA) establecieron una nueva clasificación en cuatro estadios evolutivos, que es cada vez más utilizada⁶. Esta clasificación refleja la historia natural progresiva de la IC y tiene el interés de que en cada estadio varían las recomendaciones terapéuticas y que un correcto tratamiento evita la progresión de la enfermedad. En los estadios A y B el tratamiento se dirige a la prevención del desarrollo de IC. En los estadios C y D, en los cuales se manifiesta clínicamente la IC, hay además que tratar los síntomas. En el estadio D se encuentran los pacientes con enfermedad muy avanzada, en los que han fracasado las medidas terapéuticas habituales y que pueden ser subsidiarios de medidas excepcionales o experimentales (trasplante cardiaco, asistencia mecánica circulatoria, corazón artificial, cirugía experimental, nuevos fármacos) o, finalmente, de cuidados paliativos.

El diagnóstico de IC es fundamentalmente clínico y se basa en una correcta interpretación de los síntomas y signos que podemos obtener de la anamnesis y exploración física. El problema es que los síntomas de IC, principalmente fatiga, disnea y edema periférico, son frecuentes en otras enfermedades y también en mujeres, ancianos y obesos. El estudio inicial de un paciente con sospecha de IC debe dirigirse a establecer el diagnóstico sindrómico, es decir, si los síntomas son consecuencia de la IC o tienen otra causa. La Sociedad Europea de

Cardiología considera que la IC es un síndrome en el que los pacientes presentan las siguientes características: síntomas de IC, típicamente falta de respiración o fatiga, en reposo o con el ejercicio; signos de retención de líquidos como congestión pulmonar o edema en los miembros inferiores, y demostración de una alteración cardiaca estructural o funcional en reposo⁷. Las guías de las sociedades científicas recomiendan la realización de un electrocardiograma de 12 derivaciones, una radiografía de tórax, un estudio analítico y hematológico y una ecocardiografía en el estudio inicial de un paciente con sospecha de IC^{1,3,7,8}. La realización de estudios adicionales dependerá de cada caso.

La incidencia (casos nuevos) de la IC en el mundo occidental aumenta con la edad. En mayores de 45 años es de 7,2 y 4,7 por 1000 personas/año en varones y mujeres, respectivamente, y se eleva a 27 y 22 por 1000 personas/año en varones y mujeres entre 80 y 89 años. La prevalencia (total de pacientes con la enfermedad) de la IC ha sido estudiada en nuestro medio: es inferior al 1% en la población general entre 40 y 49 años y se dobla en cada década de aumento de la edad, para situarse alrededor del 10% en mayores de 70 años⁹. Los resultados de un estudio realizado en centros de salud españoles arrojaron una prevalencia de la IC del 5% en la población mayor de 45 años¹⁰. Se ha estimado que la mortalidad de la IC es del 40% a los cinco años del diagnóstico, el doble de la población sin IC ajustada por edad¹¹. En España se producen casi 80 000 ingresos por IC al año, aproximadamente el 5% de todas las hospitalizaciones, y es la primera causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años²⁵. La estancia media en 1999 en un estudio realizado en Galicia fue de 11 días (desviación estándar [DE]: 8), con una



mediana de nueve días¹³. El elevado consumo de recursos hospitalarios está motivado no tanto por la necesidad de tratar nuevos casos de IC, sino por la elevada tasa de reingreso hospitalario, que llega hasta el 60% en el primer año¹⁴⁻¹⁶. Este aspecto es de gran relevancia desde una perspectiva de gestión sanitaria, debido al importante coste de su tratamiento¹⁷.

El manejo de los pacientes con IC ha de ser individualizado teniendo en cuenta la etiología, la gravedad, el estadio evolutivo, los factores desencadenantes o agravantes y la comorbilidad que pueden presentar los pacientes, considerando que se trata de una población de edad avanzada. Esto hace que el tratamiento de estos pacientes sea ciertamente complejo. Es preciso seleccionar las opciones terapéuticas que mejores resultados pueden ofrecer en cada caso, pero también establecer un estrecho seguimiento para detectar efectos adversos del tratamiento, deterioro de la función cardíaca, aparición de nuevas complicaciones asociadas a la IC, etc. Por otra parte, el tratamiento de la IC ha mejorado notablemente en las últimas décadas y es un campo en constante evolución. Los fármacos IECA/ARA2, los betabloqueantes y los antagonistas de la aldosterona han mostrado mejorar la disfunción ventricular y la supervivencia. Asimismo, tratamientos no farmacológicos, como dispositivos de electromedicina (marcapasos resincronizadores y desfibriladores implantables) han mostrado mejorar la supervivencia. Para determinados pacientes en situación avanzada (estadio D), el trasplante cardíaco o los dispositivos de asistencia ventricular mejoran la calidad de vida y la supervivencia. En definitiva, existen múltiples terapias disponibles –en mejoría constante– y en muchos casos con un alto nivel de sofisticación y un elevado coste.

Si se pretende una utilización eficiente de los recursos sanitarios, la adecuada selección de los pacientes candidatos a las diferentes opciones terapéuticas es crítica.

A grandes rasgos, las actuaciones sobre los pacientes con IC crónica pueden subdividirse en tres grupos:

- Educación y autocuidado: dirigido al paciente y a familiares o cuidadores.
- Tratamiento farmacológico: disponemos de fármacos eficaces para mejorar los síntomas y aumentar la supervivencia, pero es necesario un control estricto para alcanzar las dosis más eficaces y evitar los efectos adversos.
- Tratamiento no farmacológico: cirugía y dispositivos o técnicas electrofisiológicas, desde la implantación de un marcapasos hasta el trasplante cardíaco.

Justificación de un programa de asistencia a los pacientes con insuficiencia cardíaca

La IC es una enfermedad grave, incapacitante, crónica, que cursa con crisis o descompensaciones y cuyo curso es hacia un deterioro progresivo. El paciente se encuentra gravemente afectado durante la crisis pero en los periodos intercrisis, cuando está estable, se encuentra inseguro y preocupado, lo cual, asociado a los síntomas de la enfermedad, interfiere con su capacidad para realizar una vida plena. Las medidas terapéuticas disponibles para el tratamiento de los pacientes con IC son generalmente muy eficaces en el control de los síntomas y han conseguido mejorar la supervivencia de los pacientes en las últimas dos décadas. Sin embargo, la eficacia del tra-



tamiento farmacológico, principalmente en relación al aumento de la supervivencia, depende de un correcto ajuste de la dosis, que requiere un seguimiento y una vigilancia estrechos para evitar potenciales efectos secundarios graves. Por otra parte, disponemos de medidas terapéuticas sofisticadas y costosas que hacen necesaria una adecuada selección de los pacientes, para evitar su aplicación en aquellos que no obtienen ningún beneficio, pero también una correcta identificación de los posibles candidatos a estos tratamientos.

La prevalencia de la IC va en aumento, paralelamente a la prolongación de la supervivencia, y el coste sanitario se ha estimado entre el 2,5 y el 4% del coste sanitario total, que supondría aproximadamente entre 2000 y 4000 millones de euros en nuestro país, incluyendo tanto la sanidad pública como la privada¹⁸.

La organización de un sistema de asistencia especialmente dirigido, que implique al paciente y sus cuidadores, a médicos y a enfermeras de Atención Primaria con el apoyo de la Atención Especializada, es previsible que redunde en mejores resultados terapéuticos, menor esfuerzo asistencial y mayor eficiencia.

Se han comunicado los resultados de experiencias derivadas de programas asistenciales específicamente dirigidos a los pacientes con IC, bien desde el hospital o una Unidad de Atención Especializada, bien desde Atención Primaria. En todo caso, son programas limitados a una población seleccionada y relativamente escasa.

Estos programas han permitido comprender que, incluso con planteamientos asistenciales muy diferentes, hay algunos elementos que resultan esen-

ciales. Es fundamental la participación e implicación del personal de Enfermería y, en los puestos clave, debe estar especialmente entrenado en insuficiencia cardiaca. La educación del paciente y sus cuidadores en la enfermedad, tratamiento, hábitos de vida, etc., son muy importantes porque permiten el autocuidado, elemento imprescindible en la gestión de cualquier enfermedad crónica. Por último, es preciso asegurar el acceso del paciente al personal sanitario entrenado en el tratamiento de pacientes con IC.

Resumen

La IC es una enfermedad crónica, cuya prevalencia se incrementa con la edad, es progresiva, grave e incapacitante, y cursa con episodios de crisis o descompensaciones que generan mucho disconfort y angustia a los pacientes. En el lado positivo está que se dispone de un tratamiento eficaz para controlar los síntomas y aumentar la supervivencia, pero este tratamiento necesita una monitorización estrecha para conseguir las dosis más eficaces y evitar los efectos adversos. Las modalidades de tratamiento más avanzado exigen una adecuada selección de pacientes.

En las actuales circunstancias, la asistencia a estos pacientes está organizada de modo que genera retrasos en el diagnóstico y tratamiento, el paciente no participa en su propio cuidado y se percibe alejado del sistema, es difícil conseguir una adecuada titulación de dosis de los fármacos y prevenir las descompensaciones, y los ingresos hospitalarios son frecuentes y prolongados.

El Área Sanitaria de A Coruña

Atiende a 560 000 habitantes, que están distribuidos de modo muy disper-



so en numerosos centros de población organizados en 36 municipios. El núcleo de población más importante es la ciudad de A Coruña, con 246 000 habitantes. El área sanitaria de A Coruña dispone de 78 centros de salud, con 287 enfermeras y 335 médicos de Atención Primaria, 2 hospitales (Complejo Hospitalario Universitario A Coruña y Hospital Virxe da Xunqueira de Cee) y un programa de asistencia a la IC avanzada, que incluye trasplante cardíaco, resincronización cardíaca, desfibrilador implantable y cirugía de restauración ventricular (Figura 1).

En el Complejo Hospitalario de A Coruña, entre junio de 2008 y julio de 2009, hubo 1235 ingresos, de 1001 pacientes, cuyo diagnóstico principal fue la IC. Además, en otros 444 episodios, la IC fue el segundo diagnóstico en el informe de alta (Figura 2; datos no publicados).

Aplicando los datos epidemiológicos de estudios realizados en España, que indican una prevalencia del 5% en mayores de 45 años, en el área sanitaria de A Coruña habría 12 880 pacientes

con IC sintomática (estadio C), que entre los 335 médicos de Atención Primaria correspondería a una media de 38 pacientes por médico.

Objetivos

Elaborar un plan de actuación coordinado entre Atención Primaria y Especializada para una asistencia coordinada a los pacientes con IC en el Área Sanitaria de A Coruña. El objetivo clínico que se persigue es una mayor calidad de vida para los pacientes, disminuyendo la necesidad de ingresos hospitalarios, y un aumento de la supervivencia, mediante la aplicación de un programa asistencial que facilite la supervisión de estos pacientes y el acceso rápido al profesional necesario en cada momento. En definitiva, se trata de instaurar un proceso asistencial de modo que todos los pacientes con IC reciban el mejor tratamiento posible en la actualidad donde mejor se les pueda ofrecer en función de sus características personales y de su enfermedad.

Figura 1. Área Asistencial de A Coruña: división por municipios y localización de los dos centros hospitalarios

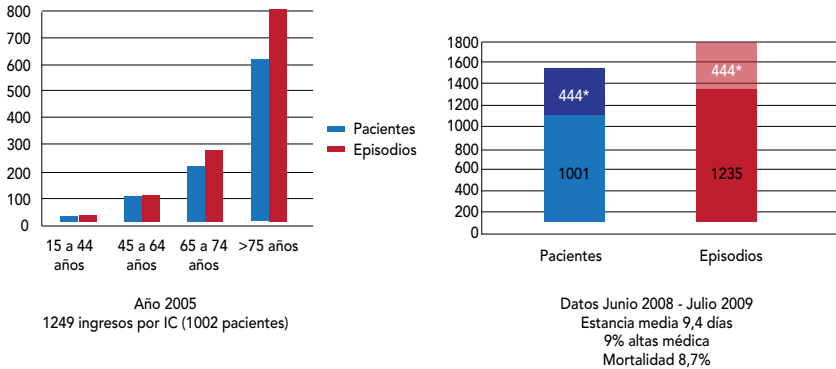


556.000 habitantes, población dispersa
78 Centros de Salud
2 Hospitales
Programa de IC avanzada/trasplante

CHUAC: Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (A Coruña); HVX: Hospital Virxe da Xunqueira (Cee).



Figura 2. Ingresos por insuficiencia cardiaca en el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña



*Número de pacientes con insuficiencia cardiaca como segundo diagnóstico al alta.

El proyecto debía asegurar la rapidez en el diagnóstico de los casos sospechosos, la titulación de las dosis de fármacos hasta alcanzar la de mayor eficacia, la identificación y corrección de los efectos adversos del tratamiento, la prevención de descompensaciones en los pacientes con IC crónica y la identificación de pacientes subsidiarios de tratamientos complejos.

Métodos

Con la intención de desarrollar un programa de atención a los pacientes con IC conocida o sospechada en el Área Sanitaria de A Coruña, se configuró un grupo de trabajo constituido por profesionales con diferentes perspectivas, que incluía a personal directivo, facultativos y personal de Enfermería de Atención Primaria, y a los dos hospitales del Área: el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña y el Hospital Virxe da Xunqueira, hospital comarcal situado en Cee.

El punto de partida fueron las ideas y documentos elaborados previamente

por miembros del grupo de trabajo con motivo de su interés por el manejo de la IC, que fueron modificados y completados. La metodología consistió en reuniones periódicas en las que se discutían propuestas, se asignaban tareas, se revisaban documentos y datos asistenciales y se diseñaban planes para implantar el programa.

Resultados

Se propone un proceso asistencial para la IC con los siguientes objetivos:

- Educar a los pacientes y sus cuidadores: autocuidado.
- Mantener un vínculo estable con los pacientes.
- Optimizar el tratamiento.
- Llevar a cabo un tratamiento precoz de las descompensaciones.
- Disminuir el número de ingresos.



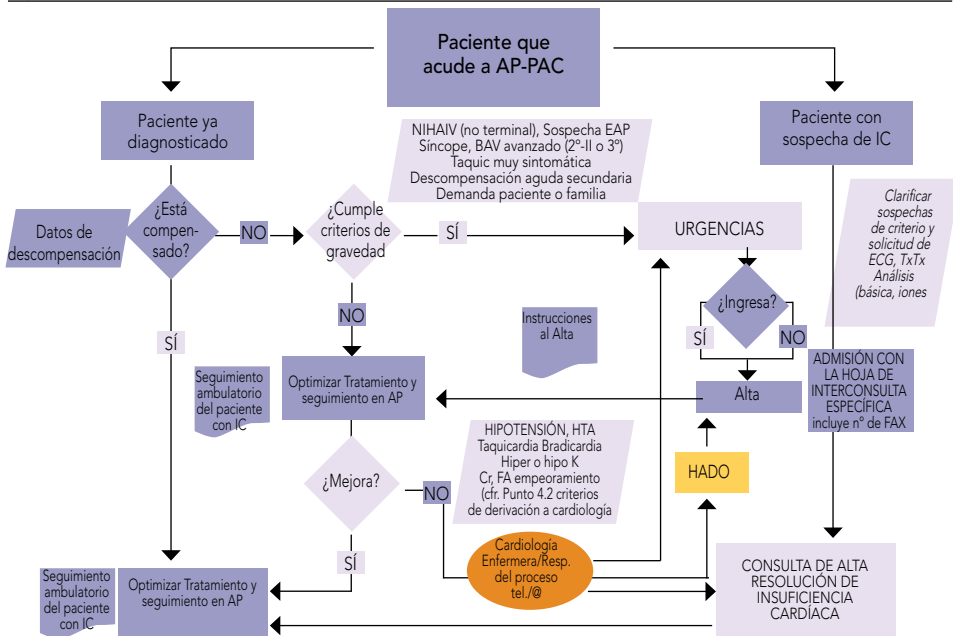
- Optimizar la selección de candidatos a técnicas costosas y de mayor riesgo.
- Identificar a los pacientes candidatos a trasplante.
- Mejorar la supervivencia de la IC.

Para ello se busca un modelo organizativo centrado en el paciente, con el protagonismo, la implicación y la responsabilidad de los equipos de Atención Primaria, el apoyo del Servicio de Cardiología y de otros Servicios del hospital, particularmente Urgencias y Medicina Interna. La principal característica es que se trata de un proceso asistencial integrado que debe ser iniciado y finalizado en Atención Primaria.

Se trata de un proyecto ambicioso, que busca incorporar a toda el Área Sanitaria, algo bastante complejo porque implica a un gran número de centros asistenciales y profesionales sanitarios. Para ello se proponen cambios en la organización asistencial, con el protagonismo de Atención Primaria, un papel central del personal de Enfermería, el autocuidado del paciente, una comunicación fluida y una coordinación estrecha entre los diferentes agentes o elementos implicados en la asistencia.

Se modifican los circuitos de atención al paciente según la situación en la que contacte con el sistema para asegurar que los pacientes con diagnóstico de IC se incorporan al proceso asistencial (Figura 3):

Figura 3. PROMICAS. Flujograma de atención al paciente con insuficiencia cardiaca que acude al centro de salud



AP-PAC: Atención Primaria: centro de salud o punto de atención continuada; HADO: hospitalización a domicilio; IC: insuficiencia cardiaca; EAP: edema agudo de pulmón; BAV: bloqueo auriculoventricular; RxTx: radiografía de tórax.



1. Pacientes que acuden al centro de salud con sospecha de padecer IC:
 - Criterios: se consensuaron los criterios de sospecha que justifican el inicio de un estudio diagnóstico.
 - Consulta de Cardiología de acto único: se puso en marcha una consulta en Cardiología con un tiempo de respuesta de una semana (máximo dos semanas), en la que se realizan todos los estudios para confirmar el diagnóstico de IC en la primera visita. Si se precisan estudios adicionales para explorar la causa de la IC, se hacen de modo preferente.
 2. Pacientes ya diagnosticados, que están siendo controlados por el médico de Atención Primaria: entran directamente en el programa. Si falta algún estudio básico, como el ecocardiograma, deben ser enviados a la consulta de Cardiología, igual que los pacientes sin diagnóstico previo.
 3. Pacientes descompensados en Atención Primaria, que no responden a las medidas terapéuticas: se define un método de contacto telefónico para que los profesionales de Atención Primaria puedan contactar con la UIC Avanzada en el Hospital Universitario A Coruña. El objetivo es manejar al paciente sin ingreso hospitalario y, si es necesario, hacer un ingreso directo en una planta de hospitalización.
 4. Pacientes que acuden directamente a Urgencia: tanto pacientes que debutan con un cuadro agudo como pacientes crónicos que deciden acudir a Urgencias por presentar una descompensación serán tratados del modo habitual, pero al alta se enviarán a su médico de cabecera para que inicie el protocolo PROMICAS.
 5. Pacientes ingresados en el hospital: son identificados y antes del alta se les informa del programa, de las actividades y del seguimiento. Se inicia la educación sanitaria (paciente y/o cuidadores). Se comunica el alta a la enfermera en el centro de salud correspondiente, que lo pondrá en conocimiento del médico del paciente, y el paciente será incluido en el programa de seguimiento de IC en el centro de salud.
 6. Pacientes candidatos a seguimiento en la UIC Avanzada del hospital: son los pacientes que se prevé que tengan o que puedan ser subsidiarios de un tratamiento complejo de la IC (DAI, CRT, restauración ventricular, cirugía mitral) o que se encuentren en situación de IC avanzada y puedan ser candidatos a un trasplante cardiaco. Se establecen criterios para seguir al paciente en esta Unidad, con una comunicación fluida con el médico de Atención Primaria.
- El proceso asistencial se fundamenta en varios puntos:
- Paciente: el paciente debe asumir la responsabilidad de sus propios cuidados y tanto él como los cuidadores deben conocer la enfermedad y su tratamiento. Con este objetivo se diseñaron unos folletos explicativos sobre la enfermedad y se pusieron en marcha sesiones de formación específicas para pacientes y cuidadores.
 - Equipo de Atención Primaria: serán



los responsables del seguimiento del paciente, con el objetivo de titular las dosis de los fármacos, identificar efectos adversos o progresión de la enfermedad y tratar precozmente las descompensaciones. Se diseñó un plan de seguimiento, incluyendo las revisiones periódicas de la información recogida diariamente por el paciente en su domicilio, y un protocolo que contempla la titulación del tratamiento, la monitorización clínica y analítica, las señales de alarma y su manejo y los criterios de consulta o derivación.

- Equipo de Atención Especializada: estarán a disposición de los profesionales de Atención Primaria para prestar ayuda en lo que se precise. Se establecen líneas de comunicación a través de las interconsultas y ayuda telefónica para las decisiones rápidas.

Para activar el programa se realizaron sesiones formativas que recordaban aspectos básicos de la IC pero se centraban en el proceso asistencial, el protocolo de actuación propuesto y la justificación de su puesta en marcha. También se realizaron sesiones en los centros de salud, con el objetivo de explicar el programa asistencial y que todos los profesionales sanitarios contribuyeran a su desarrollo. Esta labor de difusión y formación se hizo con un programa compartido por médicos y personal de Enfermería de diferentes servicios y estaba dirigida a los profesionales sanitarios, tanto facultativos como de Enfermería, de Atención Primaria.

En el primer año desde el inicio de la puesta en marcha el seguimiento del programa es irregular e incompleto, pero se realizaron algo más de 100 consultas por sospecha de IC con una

espera media menor a siete días, se siguió el protocolo “hospital a casa” en 107 pacientes (un 10% de lo previsto) y hay 567 pacientes en seguimiento en el programa de IC avanzada. Estos datos son razonables, entendiendo que son el inicio de un programa cuya difusión será lenta pero muy importante en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas.

Discusión

El desarrollo de un programa específico de atención a los pacientes con IC no es algo novedoso. Se han desarrollado varias estrategias de asistencia a la IC, basadas en programas específicos de atención a estos pacientes (*disease management programs*). Se trata preferentemente de programas de intervención y de prevención de ingresos. Las características de dichos programas son muy variables, pero todos contemplan la idea central de una atención personalizada y continua, que involucre al paciente y a su entorno familiar mediante medidas de educación e información sobre la enfermedad y su tratamiento, síntomas de alerta y las medidas de autocontrol. La práctica totalidad de estas experiencias se ocupan de pacientes previamente ingresados por IC, momento en el cual los pacientes son incluidos en el programa. Los programas de IC han adoptado diversos modelos de organización relacionados con el tipo de intervención a efectuar y el entorno en el que se desarrollan^{65,66}. Independientemente del modelo elegido, el aspecto más importante es la “inclusión en un seguimiento” de los pacientes previamente hospitalizados⁶⁷.

Los modelos de estos programas se pueden agrupar en tres formatos básicos:



- Unidad de IC hospitalaria, con seguimiento del paciente por parte de personal de Atención Especializada especializado en el manejo de IC a través de visitas a la consulta externa del hospital.
- Programas de intervención con cuidados especializados en IC realizados a domicilio. Las acciones de educación, refuerzo, seguimiento clínico y asistencia se desarrollan en el ámbito del paciente, mediante visitas domiciliarias o contactos telefónicos, a cargo del personal de Atención Especializada (médico y/o personal de Enfermería del hospital).
- Modelo extrahospitalario centrado en el seguimiento estrecho por parte del médico de Atención Primaria.

Un programa como el que pretendemos implantar, que contempla la asistencia a todos los pacientes de un Área Sanitaria de modo completo, incluyendo a pacientes que nunca habían ingresado en el hospital, tiene la dificultad de que precisa coordinar a un gran número de profesionales en un proyecto común. Esto supone un importante esfuerzo de comunicación para difundir los objetivos que se pretenden alcanzar y las actuaciones para hacerlo. El modelo integrado en toda el Área Sanitaria supone que el equipo de Atención Primaria debe responsabilizarse de hacer el seguimiento del paciente y buscar la colaboración de la enfermera de IC o el médico especialista cuando el paciente lo necesita. Un modelo de este tipo sería trasladable al seguimiento de cualquier otra enfermedad crónica, pero tiene la dificultad de que implica cambios culturales sobre la relación entre los profesionales sanitarios y el papel de la Enfermería, el especialista en

Atención Primaria y la Atención especializada.

Tanto las dificultades derivadas de la extensión que se quiere dar al programa, que implica a un elevado número de profesionales, con diferencias en su formación, experiencia profesional y perspectiva del problema, como la necesidad de un cambio en el modo de relacionarse entre ellos hacen que el desarrollo de un programa de este tipo sea lento. Los promotores del programa éramos conscientes de esta limitación cuando decidimos ponerlo en marcha porque pensamos que los cambios, incluso culturales, que deben acompañar a este proyecto asistencial permitirán luego extenderlo de modo más rápido a otras enfermedades crónicas que constituyen el mayor reto para los sistemas sanitarios occidentales, orientados al manejo de enfermedades agudas.

La existencia de una historia clínica electrónica (IANUS) compartida entre Atención Primaria y Atención Especializada seguramente será un elemento decisivo en el desarrollo de programas asistenciales de este tipo, porque asegura una comunicación eficaz entre los diferentes profesionales y facilita el intercambio de información y conocimiento. Sería deseable que en esa plataforma informática pudiera disponerse de un sistema de ayuda que hiciese recomendaciones a los profesionales sanitarios siguiendo el protocolo diseñado por el grupo de trabajo sobre aspectos como la titulación de dosis, el manejo de situaciones de alarma o los criterios de interconsulta.

Por este motivo hemos dirigido el esfuerzo no solo a desarrollar un protocolo de actuación que dé seguridad a los profesionales, sino también a difundirlo mediante charlas programa-



das en los centros de trabajo y sesiones formativas. Aún estamos lejos de obtener los resultados que buscábamos con este programa y probablemente tardaremos algunos años en conseguir una implantación aceptable, pero tenemos bien definidos los objetivos y el camino para alcanzarlos.

Agradecimientos

El grupo de trabajo de PROMICAS desea agradecer a la Fundación Mapfre la concesión de una beca en el programa de Ayudas a la Investigación 2008. Esta beca sirvió para establecer grupos de trabajo y elaborar los documentos iniciales sobre los que luego se desarrolló el programa PROMICAS.

El grupo de trabajo de Promicas está constituido por (orden alfabético de primer apellido): Víctor Abel Diéguez, médico adjunto de Medicina Interna, HVX Cee; Carmen Amado Aller, Directora de Enfermería, CHUAC; Mercedes Bahamonde Sánchez, Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria; David Bouza Álvarez, Médico de Atención Primaria, CS Ventorrillo; Alfonso Castro Beiras, Jefe de Servicio de Cardiología, CHUAC; Marisa Crespo Leiro, médico adjunto de Cardiología, CHUAC; Teresa Chouciño Fernández, médico adjunto de Medicina Interna, CHUAC; Pilar Fariñas Garrido, Enfermera de Cardiología, CHUAC; Concepción Garrido Villarino, Directora de Procesos sin Ingreso y Urgencias; Cristina Iglesias Díaz, médico de Atención Primaria, CS Mera; Francisco Javier Maestro Saavedra, médico de Atención Primaria, CS Elviña; Bernardo de Miguel Bartolomé, médico de Atención Primaria, CS San José; Carmen Montero Teijeiro, médico adjunto de Medicina Interna, CHUAC; Javier Muñoz García, Secretario del

Instituto de Ciencias de la Salud; Carmen Naya Leira, enfermera de Cardiología, CHUAC; Patricia Pazos Vilar, Supervisora Medicina Interna, HVX Cee; Javier Prieto Cebreiro, Subdirector Procesos Asistenciales de AP; Francisco Javier Refojos Giráldez, médico de Atención Primaria, CS Arteixo; José Ángel Rodríguez Fernández, médico adjunto de Cardiología, CHUAC; Nieves Rodríguez Sanchez, Subdirectora de Enfermería, CHUAC; Paz Vázquez Castro, Jefa del Servicio de Admisión, CHUAC; José Manuel Vázquez Rodríguez, Coordinador de Docencia e I+D+i; Luciano Vidán Martínez, Jefe de Hospitalización a Domicilio, CHUAC

Bibliografía

1. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur Heart J.* 2008;29(19):2388-442.
2. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Nurse evaluation of patients in a new multidisciplinary Heart Failure Unit in Spain. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2004;3:61-9.
3. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. ACC/AHA 2005 Guideline



- Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure): developed in collaboration with the American College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung Transplantation: endorsed by the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2005;112(12):e154-235.
4. Salvador MJ, Sebaoun A, Sonntag F, Blanch P, Silber S, Aznar J, *et al*. European study of ambulatory management of heart failure by cardiologists. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57(12):1170-8.
 5. The Criteria Committee of the New York Heart Association. *Diseases of the Heart and Blood Vessels: Nomenclature and Criteria for Diagnosis*. 6th ed. Boston, Mass: Little Brown 1964.
 6. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldman AM, Francis GS, *et al*. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *J Am Coll Cardiol*. 2001;38(7):2101-13.
 7. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, *et al*. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2005;26(11):1115-40.
 8. Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, *et al*. 2009 focused update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation*. 2009;119(14):1977-2016.
 9. Cortina A, Reguero J, Segovia E, Rodríguez Lambert JL, Cortina R, Arias JC, *et al*. Prevalence of heart failure in Asturias (a region in the north of Spain). *Am J Cardiol*. 2001;87(12):1417-9.
 10. Anguita Sánchez M, Crespo Leiro MG, de Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso-Pulpón L, Muñiz García J. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población española mayor de 45 años. Estudio PRICE. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:1041-9.
 11. Mosterd A, Cost B, Hoes AW, de Bruijne MC, Deckers JW, Hofman A, *et al*. The prognosis of heart failure in the general population: The Rotterdam Study. *Eur Heart J*. 2001;22(15):1318-27.
 12. Rodríguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castillon P. Epidemiology of heart failure. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57(2):163-70.



13. García Castelo A, Muniz García J, Sesma Sánchez P, Castro Beiras A. Use of diagnostic and therapeutic resources in patients hospitalized for heart failure: influence of admission ward type (INCARGAL Study). *Rev Esp Cardiol.* 2003;56(1):49-56.
14. Fonarow GC, Corday E. Overview of acutely decompensated congestive heart failure (ADHF): a report from the ADHERE registry. *Heart Fail Rev.* 2004;9(3):179-85.
15. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Banegas Banegas JR, del Rey Calero J. Trends in hospitalization and mortality for heart failure in Spain, 1980-1993. *Eur Heart J.* 1997 ;18(11):1771-9.
16. Krumholz HM, Parent EM, Tu N, Vaccarino V, Wang Y, Radford MJ, et al. Readmission after hospitalization for congestive heart failure among Medicare beneficiaries. *Arch Intern Med.* 1997;157(1):99-104.
17. Cosín-Aguilar J. Análisis económico y de coste-beneficio de los tratamientos en cardiología. Enfoque en insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol.* 2001;54:136-8.
18. McMurray J, Hart W, Rhodes G. An evaluation of the cost of heart failure to the National Health Service in the UK. *Br J Med Econ.* 1993;6:91-8.