

BORRADOR.

Documento de trabajo

Diagnóstico de situación e identificación de líneas prioritarias de acción para el desarrollo e implantación de un modelo de atención integral de la Insuficiencia Cardíaca en el Área Sanitaria del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo

Autores: En el anexo 1 se recoge el nombre de los participantes en la reunión de discusión motivo de este trabajo.

Nota. Este documento está basado en parte en un documento de trabajo previo:

Marisa Crespo Leiro, José Manuel Vázquez Rodríguez. Programa de insuficiencia cardíaca en el Complejo Hospitalario Universitario (CHU) Juan Canalejo de A Coruña. Octubre, 2006.

VERSION DE 15/02/2007

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Concepto y clasificación de la insuficiencia cardíaca

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico complejo, consecuencia de cualquier anomalía cardíaca estructural o funcional, que comprometa la capacidad del ventrículo de llenarse o de expulsar sangre.¹ Supone en gran medida el sendero final común para muchas enfermedades del corazón ya que casi cualquier enfermedad cardíaca puede derivar finalmente en el síndrome de la insuficiencia cardíaca.

Respecto a su clasificación, tradicionalmente se clasifica en clínica en relación a la situación funcional del paciente en cada momento. La clasificación con esta orientación más utilizada es la de la New York Heart Association (NYHA), que divide a los pacientes en 4 grados según la severidad de los síntomas:²

- Clase I: Sin limitación. La actividad física ordinaria no provoca síntomas (disnea, fatiga o palpitaciones).
- Clase II: Limitación leve de la actividad física. No hay síntomas en reposo pero si durante esfuerzos propios de actividades cotidianas.
- Clase III: Limitación moderada de la actividad física. Los síntomas aparecen con actividades que requieren un esfuerzo de intensidad inferior al realizado durante la vida ordinaria.
- Clase IV: Cualquier actividad física provoca síntomas. Los síntomas aparecen incluso en reposo y empeoran con cualquier actividad física.

Aunque esta clasificación se ha demostrado útil en clínica, tiene, además del inconveniente de una gran variabilidad interobservador debido a su carácter subjetivo y una baja sensibilidad para detectar cambios importantes en la capacidad de ejercicio, el problema añadido de que no refleja el carácter crónico y progresivo de la enfermedad ya que los pacientes pueden subir y bajar en la escala según la situación clínica.

En el año 2001 las Sociedades Estadounidenses de Cardiología (ACC y AHA) establecieron una nueva clasificación en 4 etapas para dar respuesta a algunas de las limitaciones de la anterior y que es cada vez más utilizada:³

- Estadío A: Riesgo de IC pero sin enfermedad estructural cardíaca o síntomas de IC.
- Estadío B: Enfermedad estructural cardíaca sin signos o síntomas de IC.
- Estadío C: Enfermedad estructural cardíaca con IC actual o pasada.
- Estadío D: IC refractaria que requiere intervenciones especiales.

Esta clasificación refleja la historia natural de la IC y tiene el interés de que en cada estadío varían las recomendaciones terapéuticas. Además, permite orientar acerca de qué profesionales pueden estar implicados en diferentes fases del proceso continuo de la enfermedad.

En los estadíos A y B, que no son insuficiencia cardíaca en propiedad, el tratamiento se dirige a la prevención del desarrollo de IC. En el estadío C, donde se incluyen la mayoría de los pacientes con IC, la recomendación es el tratamiento farmacológico o con dispositivos (marcapasos biventricular, desfibrilador implantable...) que han demostrado eficacia en el tratamiento de los pacientes con IC. En el estadío 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 cardíaco, corazón artificial, cirugía experimental, nuevos fármacos, etc).

Características de la insuficiencia cardíaca que justifican cambios en la organización de la atención

A.- MAGNITUD DEL PROBLEMA E HISTORIA NATURAL DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DESDE EL DIAGNOSTICO

No existe información de nuestro país que permita estimar la incidencia (casos nuevos) de insuficiencia cardíaca. En estudios realizados en otros países occidentales se ha demostrado que aumenta con claridad con la edad, desde cifras muy bajas en las edades más jóvenes hasta alcanzarse alrededor de una incidencia anual global de 1% en mayores de 65 años.⁴ La prevalencia (total de pacientes con la enfermedad en un momento dado) de la insuficiencia

cardíaca ha sido estudiada en nuestro medio, es inferior al 0,5% en la población general entre 45 y 54 años. Se dobla al menos con cada década de aumento de la edad para situarse por encima del 10 % en mayores de 75 años.⁵

Una vez diagnosticada su pronóstico es sombrío, con una mortalidad a los cinco años del diagnóstico que es alrededor del doble de la población general de igual edad sin insuficiencia cardíaca.⁶

En el curso habitual de la insuficiencia cardíaca, a partir de un primer ingreso son muy frecuentes los reingresos hospitalarios, que llegan hasta el 60% en el primer año.⁷ Esto, unido al hecho de ser una condición que afecta de manera especial a las edades avanzadas y al progresivo envejecimiento de la población, hace que el número absoluto de ingresos siga una tendencia creciente en los últimos años, triplicándose entre 1980 y 1995⁸ hasta llegar a un total cercano a 80.000 ingresos por insuficiencia cardíaca al año en años recientes, aproximadamente en 5 % de todas las hospitalizaciones, lo que la sitúan como la primera causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años,⁹ con una mediana de duración de cada ingreso de 9 días.¹⁰

Considerando la evolución prevista de la estructura de la población, cada vez más anciana, es previsible que el número de ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca siga aumentando a menos que se incorporen medidas correctoras que modulen esta evolución.

B.- EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Durante muchos años, las posibilidades terapéuticas en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca apenas registraron incorporaciones.

Recientemente, no obstante, se han añadido muchas alternativas terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas y relativas al implante de dispositivos.

Entre las alternativas terapéuticas complejas (cirugía o dispositivos) se encuentran las siguientes:

- Revascularización miocárdica
- Cirugía de la válvula mitral
- Restauración del ventrículo izquierdo

- Desfibrilador cardíaco implantable
- Resincronización cardíaca
- Trasplante cardíaco
- Dispositivos de asistencia ventricular y corazón artificial

La decisión de utilizar o no estos tratamientos complejos obliga a una evaluación en profundidad de los pacientes, habitualmente con la participación de cardiólogos.¹¹

Las alternativas médicas, especialmente la administración de dosis máximas de IECAs y beta-bloqueantes obligan a un proceso laborioso y progresivo y a la monitorización frecuente de la función renal, la concentración de potasio y la presión arterial. Con frecuencia, los pacientes no reciben tratamiento pleno por las dificultades de instauración del mismo. Aunque una parte importante del conocimiento se concentra en la especialidad de cardiología, no es exclusivo de ésta. Por otra parte, las dificultades logísticas y la magnitud del problema ocasionan que la solución se escape del ámbito de una sola especialidad como la cardiología, pues, no sólo en su estructura actual la colapsaría sino que determinadas esferas de la atención se escapan de sus habilidades específicas, por lo que o bien otro personal es el que está capacitado para ello o bien puede estarlo sin necesidad de la participación directa del cardiólogo. Por ello, es necesario que se incorporen otros profesionales que, con el entrenamiento debido, puedan seguir de manera cercana la instauración de estos tratamientos y otros aspectos del manejo de estos pacientes.

C.- PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN SU PROPIO CUIDADO

A pesar de los grandes avances que ha habido en el tratamiento de la IC, con probada eficacia en mejorar la supervivencia y calidad de vida, el grado de adherencia a las guías de recomendación clínica está alejado del óptimo¹⁰ y esto tiene su reflejo en los desenlaces del proceso.¹² Por otra parte, en pacientes con IC clínica (estadios C y D) la causa más frecuente de hospitalizaciones son las descompensaciones⁷ y estas en muchas ocasiones son consecuencia de una pobre atención hacia los factores que inciden en los reingresos, muchos de los cuales serían evitables con una planificación

adecuada de los cuidados en el marco de un sistema de atención continuada y no puntual y la participación activa del propio paciente o sus cuidadores en los mismos. Se estima que hasta dos tercios de los ingresos pueden ser evitados. La siguiente relación refleja las causas evitables más frecuentes de descompensación de IC, en la que se observan varios aspectos en los que son muy evidentes las posibilidades de los autocuidados:

- Transgresiones dietéticas, en especial dieta con sal.
- Mala adherencia al tratamiento farmacológico
- Demora en valorar la progresión de los síntomas
- Mala planificación del alta hospitalaria
- Mala planificación del seguimiento
- Escaso soporte social
- Deterioro cognitivo
- Depresión
- Alta tasa de comorbilidad

Debido a todos estos puntos, surge la necesidad creciente de ofrecer alternativas al modelo actual de atención, en el que, de manera general, una vez que los pacientes ingresan una vez es muy frecuente su reingreso. Estas alternativas buscan ofrecer soluciones organizativas a los problemas logísticos apuntados para mejorar la atención de estos pacientes, reduciendo los ingresos.

Modelos de los programas de insuficiencia cardíaca

Se han desarrollado varias estrategias de asistencia a la IC, basadas en programas específicos de atención a estos pacientes (*disease management programs*). Las características de dichos programas son muy variables pero todos se basan en 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 IC y su tratamiento, síntomas de alerta y las medidas de autocontrol. Independientemente del modelo elegido, el aspecto más importante es la “inclusión en un seguimiento” de los pacientes previamente hospitalizados.¹³

Se pueden agrupar en 3 formatos básicos:

- 1) Unidad de IC hospitalaria, con seguimiento del paciente por parte de personal de atención especializada (AE) especializado en el manejo de IC a través de visitas a la consulta externa del hospital.
- 2) 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 AE (médico y/o de enfermería, del hospital).
- 3) Modelo extrahospitalario centrado en el seguimiento estrecho por parte del médico de AP.

Cada una de estas soluciones tienen sus ventajas e inconvenientes, en ocasiones de difícil generalización ya que aunque los problemas son comunes, las soluciones logísticas con frecuencia necesitan adaptarse a realidades locales. Es de destacar que, como se ha comentado, las estrategias suelen incorporar al paciente tras un ingreso hospitalario. En la nueva clasificación de estadios de la enfermedad esto supone no incorporar al continuo de tratamiento de la entidad todas las iniciativas de prevención aplicables en el estadio A y, en muchas ocasiones, en el B.

Para el tratamiento adecuado de este síndrome de importancia creciente se ha propuesto la “conveniencia de una remodelación de los patrones convencionales de asistencia médica e incluso de sus estructuras de trabajo”. Como elementos favorecedores de una buena atención de estos pacientes, además de los cambios estructurales que sean necesarios, se plantean “el deseo de colaboración entre los diversos tipos de profesionales, su voluntad terapéutica y la adaptación juiciosa a las características de cada medio asistencial.”¹¹

Respecto a las limitaciones de los modelos previos propuestos, destaca el hecho de su complejidad y, consecuentemente, de las dificultades para

hacerlos accesibles al conjunto de los pacientes, con lo sólo benefician a los afortunados que tienen acceso a esas unidades hospitalarias, con frecuencia multidisciplinarias. En este sentido, es pertinente plantearse si son realmente necesarios un equipo multidisciplinario de atención hospitalaria o intervenciones más sencillas, incorporando la figura de una enfermera coordinadora que sirva de enlace y puente entre diferentes estratos, podrían ser más eficientes. Además, si esto fuera cierto, quedan aún muchas otras preguntas por responder, como si ¿estamos preparados para incorporar la figura de la enfermera coordinadora alrededor de la que pivote el programa de atención integral a la IC?, ¿cuál es el momento más adecuado para iniciar la intervención?, ¿qué tipo de pacientes se benefician más de la aplicación de los programas de manejo de la enfermedad? ¿cómo se garantiza la accesibilidad a estos programas en zonas con una gran dispersión de la población y con gran proporción que reside en medio rural? En este trabajo se resume una iniciativa realizada con el objetivo de debatir de manera multidisciplinar, y con la participación de los principales agentes implicados en el tratamiento de esta entidad, las principales barreras que impiden mejorar el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca, así como, en función de ello, plantear un modelo que incorpore los aspectos positivos de experiencias previas intentando limar sus problemas, discutir su viabilidad y definir los cambios posibles a nivel local dar respuesta al problema de la insuficiencia cardíaca en nuestro área. Se ofrece como punto de partida y herramienta que puede ser de utilidad para su aplicación en otros entornos.

MATERIAL Y METODOS

Para la consecución del objetivo indicado, en el Área Sanitaria del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo (CHUJC), se ha utilizado una de las técnicas de reunión empleadas para temas concretos de salud: la técnica participativa Metaplan® (www.metaplan.com/). Esta técnica, definida como una tormenta de ideas estructurada mediante tarjetas, fue desarrollada en los años 70 en Alemania por dos hermanos, Wolfgang y Eberhard Schnelle. Su principal característica es garantizar la participación libre igualitaria y anónima de todos los asistentes evitando los posibles sesgos de las reuniones convencionales. Asimismo, evita procesos demasiado profundos, desordenados, poco concluyentes y las extensas pérdidas de tiempo que a menudo se encuentra en la toma de decisiones participativa. Es una técnica de análisis cualitativo eficaz para el fin propuesto.¹⁴

Se realizaron dos reuniones, previas a la reunión conjunta, con la participación de dos especialistas en IC pertenecientes al área sanitaria objeto de estudio y personal de la empresa que guió el proceso de investigación cualitativa que se describe. Las reuniones tuvieron como finalidad la definición de objetivos y diseño de la secuencia de la sesión conjunta así como la propuesta de posibles participantes de todos los sectores implicados y la elaboración de las preguntas que se plantearían e, idealmente, se responderían en la reunión conjunta.

Tras estas reuniones, el coordinador del proyecto e impulsor del mismo contactó con las personas identificadas para explicar el proyecto y explorar su disponibilidad. Se envió a continuación una invitación formal a todos los participantes en la que se describía el objetivo de la iniciativa, plan de trabajo general y agenda de la reunión conjunta. El 19 de septiembre de 2006 se realizó, en horario de mañana y tarde, una sesión de trabajo en La Coruña con 16 miembros de diferentes dispositivos asistenciales y disciplinas implicadas en el tratamiento de los pacientes afectos de IC.

Descripción de la reunión conjunta

La reunión comenzó con la presentación por un experto de la importancia de un modelo de atención integral de la insuficiencia cardiaca y la exposición de

los objetivos concretos de la reunión. Posteriormente, se realizó una introducción a la metodología Metaplan® con explicación de las normas a utilizar en el desarrollo de la sesión. La técnica se desarrolla mediante la preparación de paneles situados frente a los asistentes, quienes se encuentran distribuidos en una mesa abierta en forma de U, de manera que todos pueden tener una buena visión de los paneles de trabajo. Inicialmente, en los paneles únicamente se encuentra la pregunta a formular. Cada asistente responde en unas tarjetas y de una manera independiente al resto de los asistentes a las preguntas propuestas. Tras la recogida de las tarjetas con las respuestas escritas por los asistentes, éstas son colocadas de forma ordenada en el panel y sólo entonces son discutidas por los participantes. Tras la discusión, las tarjetas quedan fijadas en los paneles agrupadas por respuestas que responden a una misma idea y los participantes priorizan los diferentes aspectos identificados. Cada participante dispone de cuatro pegatinas de un color para marcar los grupos de ideas que considere más importantes desde el punto de vista de su importancia para el desarrollo de lo que se propone y otras cuatro de color diferente para hacer lo mismo desde el punto de vista de su factibilidad. En caso de que exista poca variabilidad en las propuestas de una determinada pregunta o apartado, el moderador puede decidir no realizar esta priorización y dedicar el tiempo a preguntas o apartados con menor nivel de acuerdo inicial.

Participantes.- La selección de participantes buscó que el panel contara con la participación de todos aquellos agentes que pudieran aportar puntos de vista complementarios para el diagnóstico de la situación a nivel local y el planteamiento de posibles soluciones y también facilitar la implantación de las mismas en su caso. Los dieciseis participantes incluyeron médicos representativos de servicios clave en la atención de esta patología a nivel hospitalario (cardiología y medicina interna) y extrahospitalario (atención primaria y hospitalización a domicilio), tanto jefes de servicio como profesionales designados por ellos y con responsabilidad directa en el tratamiento de estos pacientes, enfermería, responsables de exploraciones

complementarias de importancia (ecocardiografía y hemodinámica), epidemiología y representantes a alto nivel del área de gestión tanto en atención primaria como hospitalaria. En las primeras fases de la discusión se puso de manifiesto la conveniencia de haber incluido algún profesional que aportara el punto de vista de urgencias, ausente en la reunión.

Perfil del convocante

Debido al carácter multidisciplinar del problema y la necesidad de implicar en el proceso a profesionales de perfil muy variado, es necesario que la persona que inicia el proceso y convoca a los participantes sea una persona respetada profesionalmente en el área y con capacidad de convocatoria para poder sentar en la misma mesa a representantes de colectivos dispares.

Preguntas.- El diseño preciso de las preguntas formuladas se realizó en las reuniones preparatorias. El moderador conoce y entiende perfectamente la secuencia y ha participado en su elaboración junto con los líderes locales del proyecto.

En la sesión conjunta, se llevaron a cabo 3 preguntas relacionadas con el manejo de estos pacientes. La primera pregunta pretendía hacer un análisis teórico de las características claves de las fases del manejo de los pacientes con IC y las dos siguientes perseguían conocer la situación real con la que se podría encontrar la implantación del modelo en la zona de estudio.

La pregunta 1 se estructuró en cuatro paneles siguiendo las fases clave previamente identificadas del tratamiento del paciente con insuficiencia cardiaca, a.- el diagnóstico y estratificación del riesgo, b.- la instauración del tratamiento óptimo, c.- el seguimiento y d.- la detección precoz y el tratamiento de descompensaciones. En esta pregunta, los expertos consultados debían identificar las características clave de cada una de las etapas anteriores atendiendo siempre a un modelo de atención integral, accesible y de calidad. Asimismo y una vez leídas y agrupadas las diferentes tarjetas en los paneles, se solicitó a los asistentes que priorizaran cada uno de los grandes grupos de tarjetas según su impacto y dificultad. En esta sesión se priorizaron los apartados 1 y 2 de esta pregunta. En los apartados 3 y 4 hubo mayor grado de acuerdo inicial en las ideas aportadas y no se realizó priorización para poder dedicar tiempo a otros apartados de la sesión.

Al finalizar la discusión y priorización de esta pregunta se presentó de manera sencilla un posible modelo que incorporaba los aspectos principales propuestos.

La pregunta 2 se llevó a cabo para conocer las principales dificultades que podrían obstaculizar la implantación de este modelo en el ámbito del Área Sanitaria del C.H.U.J.C. Una vez finalizada la lectura de la misma, se priorizaron los grupos de ideas según nivel de impacto, valorando sólo aquellas dificultades que se consideran de verdad críticas para el funcionamiento del modelo.

La tercera y última pregunta se centró en acciones concretas a desarrollar para dar respuesta al problema propuesto a diferentes niveles: a.- Clínico; b.- Enfermería; c.- Administración/gerencia y d.- Recursos sociales. Aunque no se priorizó, el número de propuestas que podían agruparse alrededor de cada idea es una aproximación a la importancia relativa de cada una.

Las tres preguntas formuladas fueron preguntas abiertas en las que los asistentes dispusieron de un número ilimitado de tarjetas para su respuesta en un tiempo gestionado por el moderador.

Resultados

La pregunta 1 **Atendiendo a los objetivos del modelo, ¿cuáles son a su entender las características clave del proceso de diagnóstico y estratificación del riesgo?** mostró un consenso casi absoluto (13 sobre 16) en que la detección precoz de los factores de riesgo cardiovascular es la característica clave en el proceso de diagnóstico y estratificación del riesgo. En segundo término, casi la mitad de los participantes (7 de 16) valoraron como característica clave el mejorar la accesibilidad al especialista y la creación de consultas de alta resolución. Asimismo, la formación a los profesionales de la salud fue valorada como clave por un tercio (4 de 16) de los asistentes a la sesión de trabajo.

Una cuarta parte de los expertos consultados manifestó que el tener un rápido acceso a la ecocardiografía y a pruebas complementarias también facilitarían el proceso de diagnóstico y estratificación del riesgo, así como el diseño de una campaña de información sanitaria a todos los niveles.

Otras características identificadas por alguno de los asistentes fueron coordinar el proceso de diagnóstico y estratificación dentro del sistema, el implicar a los diferentes estamentos, el disponer de péptido natriurético tipo B (BNP) en las consultas (aunque se disminuiría la especificidad), contar con los servicios de urgencias dentro de los circuitos hospitalarios establecidos, conocer el alcance del problema para definir los objetivos y disponer de más tiempo en las consultas.

La **tabla 1** muestra la priorización de los asistentes en cuanto a nivel de impacto y dificultad.

Al preguntar sobre las **características clave del proceso de instauración del tratamiento óptimo** más de la mitad de los asistentes (10 de 16) manifestaron que el seguimiento y control del paciente es una de ellas, así como la formación a los profesionales implicados.

La formación/información al paciente sobre su propia enfermedad también fue un aspecto importante a considerar por un tercio de los asistentes, ya que consideraron que esto mejoraría la adherencia al tratamiento.

La coordinación entre AP y especializada (4 de 16) y el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular del paciente (3 de 16) también fueron valorados como características clave en este proceso.

Otras características identificadas por alguno de los participantes en esta sesión de trabajo fueron implicar a las enfermeras de AP en este proceso, disponer de informes de alta claros, crear una unidad de IC avanzada, evaluar periódicamente el grupo poblacional elegido, facilitar el acceso al sistema de insuficiencia cardiaca, establecer circuitos más rápidos para los pacientes graves, adecuar los medios a las necesidades de la población diana, que el SERGAS establezca objetivos asistenciales, implicar a los servicios sociales y definir responsables de la coordinación de todo este proceso.

La **tabla 2** muestra la priorización de los asistentes en cuanto a nivel de impacto y dificultad.

Respecto a las **características del proceso de seguimiento y detección precoz** hubo un consenso casi absoluto entre los asistentes (13 de 16) al manifestar que la educación sanitaria al paciente, es decir, su propio conocimiento de los signos y síntomas de alerta y su “automonitorización” es un factor clave.

La realización de un seguimiento pro-activo del mismo (5 de 16), pudiendo realizarse por sistemas de apoyo tales como telemedicina y teleasistencia también podría facilitar dicho seguimiento (3 de 16).

Otras características claves identificadas por alguno de los participantes fueron la protocolización del seguimiento por AP, el tener un acceso más rápido a pruebas, el disponer de consultas especializadas en insuficiencia cardiaca, que este seguimiento fuera coordinado por enfermería en AP y realizar un buen uso de los recursos disponibles.

Por último, en opinión de todos los asistentes, **la principal característica del proceso de tratamiento de las descompensaciones** es facilitar el acceso de los pacientes a la consulta hospitalaria ya sea por urgencias, hospital de día, hospitalización a domicilio (HADO), etc. Un manejo y una derivación adecuada

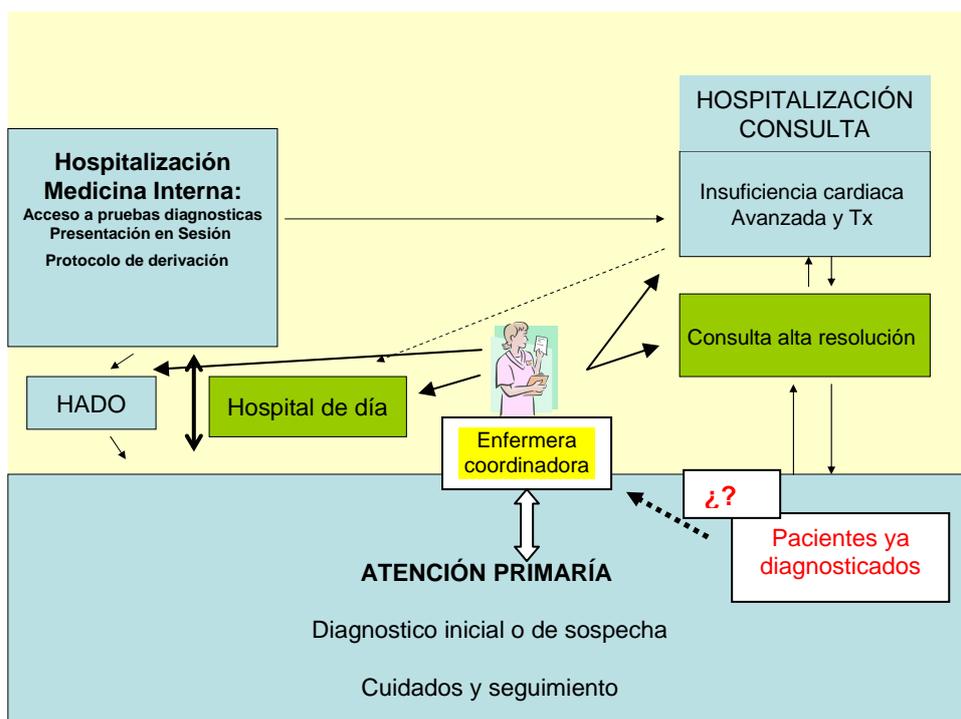
del paciente también podrían disminuir el número de descompensaciones que éstos pueden sufrir.

La información/formación a los pacientes (6 de 16) sobre qué son las descompensaciones y cómo reconocer los síntomas sería junto con los anteriores un factor clave para mejorar el tratamiento de las mismas.

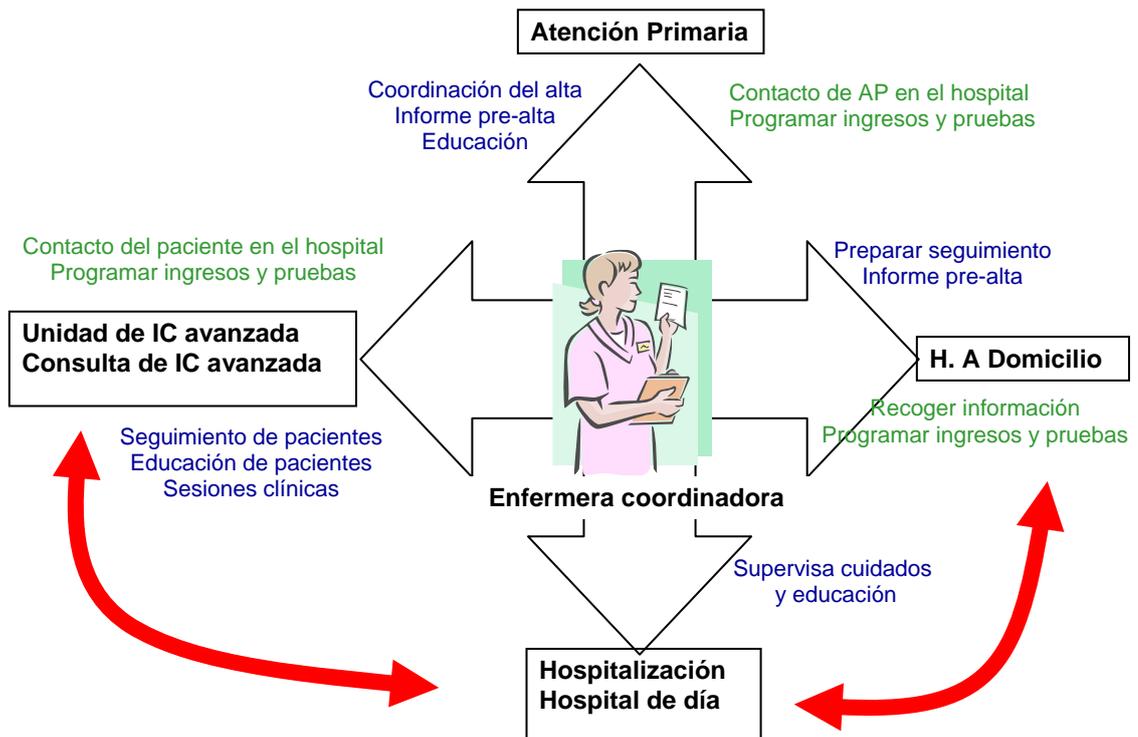
Otras características identificadas por los expertos consultados fueron seguir los protocolos, conocer la causa de la descompensación y corregirla y que el médico conociera el tratamiento a instaurar en el momento en que el paciente sufriera una descompensación.

Propuesta de modelo que incorpora los elementos principales propuestos.

En la siguiente figura se recogen los elementos básicos de la propuesta de modelo de atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca. La propuesta, como puede verse, pivota alrededor de una enfermera coordinadora que está en contacto con los diferentes agentes (consultas de alta resolución y de insuficiencia cardíaca avanzada, hospital de día, hospitalización a domicilio, atención primaria, etc).



Las posibles funciones de esta enfermera con cada uno de los agentes implicados en la atención de estos pacientes se recoge en la figura siguiente.



Además de las funciones recogidas aquí, la enfermera, mediante la necesaria protocolización, puede jugar un papel clave en la titulación de fármacos, adaptaciones menores de tratamiento en función de signos o síntomas, etc. Para la relación con atención primaria, probablemente ésta deba ser directamente con los médicos ya que quizás no sea eficiente disponer de enfermeras dedicadas a estos programas de insuficiencia cardíaca en los centros de salud.

La pregunta 2 pretende hacer un análisis de la situación real en el área de estudio. **Se pregunta sobre las principales dificultades que pueden obstaculizar la implantación del modelo en el ámbito del Área Sanitaria del C.H.U.J.C.**

Aproximadamente la mitad de los participantes (7 de 16) consideraron que la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y la resistencia al cambio por parte de los mismos sería una dificultad de carácter principal de la implantación del modelo.

Se manifiestan las dificultades existentes en la actualidad en la relación atención primaria-especializada y sobre todo la difícil comunicación en ocasiones entre los mismos. Se sugiere la necesidad de evitar el “conservadurismo” actual y abrir la posibilidad de que participen los diferentes colegios profesionales en el diseño e implantación del mismo.

Cinco de los 16 participantes consideraron además que en la actualidad los profesionales no están suficientemente formados existiendo además una escasa concienciación por parte de los mismos de la gravedad de la patología. El área sanitaria del C.H.U.J.C. presenta además la dificultad de ser un área con gran dispersión geográfica y por tanto con una distribución desigual de recursos.

Tres participantes opinaron que es de vital importancia que el proyecto sea considerado como una prioridad tanto de la dirección del hospital como del SERGAS. Asimismo, sería necesario conocer los componentes de la presión asistencial artificial que motivan las listas de espera existentes y que por tanto podrían dificultar la implantación del modelo.

El nuevo modelo requerirá de la disposición de un mayor número de enfermeras o de la redistribución de las mismas. Éstas deberán ser más especializadas y estables.

Otras opiniones manifestadas por los asistentes (2 de 16) sugirieron la necesidad de conocer “quién es el responsable del paciente” así como intentar educar a la población en el abandono de las pautas de conducta previamente establecidas. Asimismo se consideró de gran importancia la educación de los familiares.

Minoritariamente alguno de los asistentes comentó otras dificultades tales como: la escasa motivación para la solución del problema, la falta de experiencia en el manejo, la campaña de información inexistente y poco eficaz a corto plazo, la implicación en el proyecto de todos los agentes implicados incluida enfermería, la falta de potenciación del HADO y hospital de día y la necesidad de un aumento de los recursos destinados a la atención más compleja.

La priorización según nivel de criticidad de los grupos de ideas descritos se muestra en la tabla 3.

La pregunta 3, **atendiendo a las dificultades identificadas y al nivel de criticidad otorgado... ¿Qué acciones CONCRETAS considera que deben desarrollarse en el ámbito del Área Sanitaria del C.H.U.J.C. a nivel de clínicos?** mostró que aproximadamente la mitad de los participantes (7 de 16) consideraban de vital importancia la existencia de una coordinación asistencial en la que haya una definición clara de objetivos asistenciales y organizativos. Además los resultados mostraron que es importante que los clínicos unifiquen criterios, que desarrollen protocolos conjuntos en los que se aborden entre otros, temas relacionados con el tratamiento, seguimiento y derivación de los pacientes con IC (6 de 16), siendo siempre necesaria la existencia de una comunicación bi-direccional y sobre todo el desarrollo de vías clínicas o circuitos precisos entre todos los niveles de atención (4 de 16).

La formación es otro aspecto a tener en cuenta para el éxito de la implantación del proyecto. Cuatro de los asistentes consideraron necesaria la formación en el ámbito de protocolos, casos y en la patología en sí.

Asimismo, se propuso la definición de unos criterios mínimos de parámetros a determinar en estos pacientes, así como la elaboración de informes de alta más completos y con unos datos mínimos (4 de 16).

En opinión de los participantes, otros aspectos necesarios que se apuntaron fueron la identificación de un líder del proyecto (2 de 16), la implicación de los facultativos de AP, una mejor gestión del tiempo, la presencia de una atención

especializada (consultas de alta resolución) y la realización de sesiones conjuntas primaria-especializada (1 de 16).

Otras de las acciones a desarrollar comprenderían la rápida y mejor comunicación entre los profesiones sanitarios implicados, especialmente en las visitas a domicilio.

En relación con la **enfermería**, cinco de los expertos consultados, consideraron que la principal acción a desarrollar sería la formación de las mismas, tanto a nivel general como específico de la patología objeto del proyecto, la insuficiencia cardíaca.

La educación sanitaria es otro de las acciones mencionadas por tres asistentes. Consideran necesario el papel de enfermería durante el ingreso del paciente y destacan la utilidad del desarrollo de material formativo para los mismos.

El éxito del proyecto también vendrá determinado por la participación de este colectivo en la protocolización de actuaciones y sobretodo en la relación de las mismas con AP y especializada (3 de 16). Será importante una mayor implicación en el proceso asistencial, en la educación de los pacientes y en la detección de las necesidades de los mismos. En definitiva una mayor implicación en todo el proceso del paciente.

No obstante, dos de los asistentes consideran importante la definición del perfil de enfermería, así como el conocimiento de su papel en el proceso. El diseño de una red local de responsables del programa también es una acción a desarrollar considerada de gran utilidad para la implantación del programa.

En relación con los aspectos del ámbito de la **administración y gerencia**, la principal acción concreta que deben desarrollar tanto la administración como la gerencia hospitalaria, es considerar la IC como un problema prioritario y por tanto, impulsar el desarrollo de dicho programa, siendo éstos los responsables de informar de la existencia del mismo a los diferentes agentes implicados (7 de 16).

Deben definir claramente qué es, qué se quiere obtener, qué y cuánto se necesita y dónde se debe desarrollar (2 de 16). Para ello deberán incluir en los objetivos asistenciales el seguimiento de la IC (3 de 16) realizando una monitorización de los resultados de la implantación del mismo (2 de 16).

Para tres de los asistentes la administración/gerencia debe ser la que acerque los recursos necesarios (teléfono, internet, visita..) a los pacientes y sobretodo que sean éstos los que prioricen y redistribuyan los recursos (2 de 16).

Favorecer la movilidad intrahospitalaria y disminuir la rigidez de las listas de contratación también favorecería la implantación del proyecto (2 de 16).

Otras acciones mencionadas por alguno de los asistentes comprenden la realización de un análisis objetivo de viabilidad, la creación de consultas de alta resolución, la disposición a AP de formación en IC y la unificación de criterios atención primaria-especializada.

Por último, en el apartado de **recursos sociales**, cinco de los asistentes consideraron importante la colaboración de los servicios sociales para un mejor control de los pacientes con insuficiencia cardiaca. Estos deberán realizar una valoración social de los pacientes proporcionando un plan de ayuda a aquellos que lo necesiten. Son los responsables de la orientación del problema desde el ingreso hospitalario, realizando en los casos necesarios una valoración de los pacientes antes del alta.

En la actualidad enfermería tiene un papel en la detección de los mismos, no obstante, no hay recursos sociales para ello (3 de 16).

Finalmente, el seguimiento de los pacientes de riesgo puede aumentar el cumplimiento terapéutico, por lo que es de gran utilidad su integración en el conjunto del proyecto (1 de 16).

DISCUSIÓN

La formación permanente a los profesionales sanitarios se consideró de gran impacto como característica clave en el proceso diagnóstico y estratificación del riesgo y en el proceso de instauración del tratamiento óptimo. Aunque como se ha descrito en otros estudios de intervención con los clínicos, la educación ha de ser activa y con feed-back.

La ecocardiografía es el enfoque diagnóstico preferido porque proporciona la mejor información acerca de la patofisiología y pronóstico de la IC (Krumholz HM, et al, 2000). Sin embargo en la presente sesión de trabajo, solo una cuarta parte de los expertos consultados manifestaron que el tener un rápido acceso a la ecocardiografía facilitaría el proceso diagnóstico y estratificación del riesgo. Además fue la característica con mayor grado de dificultad, según los expertos.

La información / formación al paciente fue la segunda característica con más impacto en el proceso de instauración del tratamiento óptimo, pero a su vez la que se puntuó con mayor dificultad. No era objeto de la sesión definir a qué se debe esta dificultad, pero coincidiendo con un estudio de evaluación de calidad en la atención de pacientes con IC (Krumholz HM, et al, 2000), los programas de educación a los pacientes son necesarios, pero son una barrera por mejorar.

A pesar de que el manejo de la IC está mejorando, la incidencia no descende de forma apreciable; por tal motivo la prevención decidida de los factores de riesgo de hipertensión y cardiopatía isquémica, es la única estrategia para controlar el previsible aumento de la enfermedad en años futuros (Rodríguez-Artalejo F, et al, 2004). En nuestro trabajo una tercera parte de los expertos opina que el seguimiento pro-activo del paciente es una de las claves para que el proceso se lleve a cabo con éxito.

Uno de los puntos clave del programa que se describe y que puede ayudar a la instauración del programa del manejo del paciente con IC es la definición de protocolos y vías. Son procesos más sencillos y que requieren menos coste de partida y que, por tanto, no darán una imagen de complejidad que en algunos casos puede predisponer de forma negativa a gestores/administración.

El protocolo se centra en el qué y en el cómo. Se elabora en base a evidencias, su adaptación / concreción se debe realizar en un ámbito exclusivamente científico, la educación del paciente, el seguimiento proactivo, ...también se encuentran integrados en el protocolo (NO el donde ni el quién), definen cuales son los estándares irrenunciables a obtener y la técnica/método implicada en su consecución. Nuevas evidencias pueden hacer que se modifique (y consecuentemente, en algunos casos también las vías). Así, a priori, un mismo protocolo debería ser útil en diversos entornos.

En cambio, la vía se centra en el quién y el dónde. Define como, en base a un entorno, conseguir los estándares definidos en el protocolo de la forma más eficiente, utilizan los recursos disponibles y concretan su rol en el proceso.

La disponibilidad o no de determinados recursos/dispositivos no debe hacer variar el estándar definido en el protocolo (el objetivo no varía). En todo caso, afectará a la eficiencia de la vía.

Su definición se debe realizar en un ámbito asistencial / gestor, los cambios en las vías no deben afectar a la definición de los protocolos. Cada entono requerirá de un plan de vías específico.

Una definición genérica del programa de IC podría contar con un catálogo de vías diferentes (destinadas todas a la consecución del mismo protocolo) en base a la existencia o no de determinados recursos

Consecuentemente, y dado que los estándares perseguidos por el protocolo son invariables, tal vez es útil centrar la discusión de la existencia o no de determinados recursos / dispositivos en el terreno de la eficiencia en la consecución de los estándares de calidad (predefinidos, acordados e irrenunciables). La búsqueda de una mayor eficiencia en el desarrollo del



protocolo (vías) es la que debería facilitar en mayor medida la utilización/dotación de recursos/dispositivos.

Uno de los principales problemas con los que se puede encontrar la implantación de este nuevo modelo, es la modificación del rol de determinados actores o la aparición de nuevos actores/dispositivos en el proceso. Por ello, se considera fundamental, la optimización de los recursos disponibles en la actualidad, destinándolos en la medida de lo posible a aquellos procesos clave que mejorarían el tratamiento de estos pacientes.

Tabla 1.- Priorización en términos de impacto del problema o solución propuesta y dificultad de su corrección dentro del apartado de características clave del proceso de diagnóstico y estratificación del riesgo en función de los objetivos del modelo (al pie, representación gráfica. Cada punto representa a un problema/solución y en todos los situados por encima de la línea discontinua el impacto potencial de su corrección/implantación supera a la dificultad asociada).

Problema identificado	Impacto	Dificultad
Formación a los profesionales	16	0
Detección precoz	11	6
Mejorar accesibilidad al especialista	11	6
Creación de consultas de alta resolución	8	7
Rápido acceso a ecocardiogramas	4	12
Campaña de información sanitaria	2	9
Disponer de más tiempo por consulta	2	5
Tener en cuenta los servicios de urgencias	1	3
Accesibilidad a pruebas complementarias por A.P.	1	1
Conocer el alcance del problema	1	0

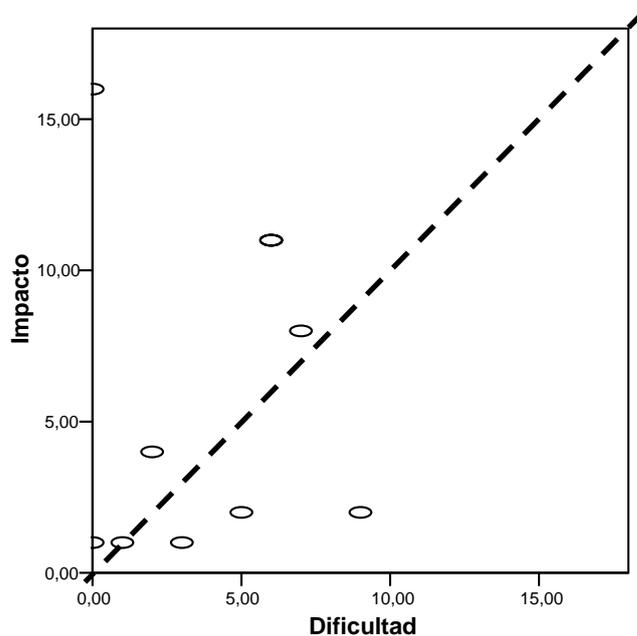


Tabla 2.- Priorización en términos de impacto del problema o solución propuesta y dificultad de su corrección dentro del apartado de características clave del proceso de instauración del tratamiento óptimo en función de los objetivos del modelo (al pie, representación gráfica. Cada punto representa a un problema/solución y en todos los situados por encima de la línea discontinua el impacto potencial de su corrección/implantación supera a la dificultad asociada).

Problema identificado	Impacto	Dificultad
Formación a los profesionales	12	3
Información/formación al paciente	9	10
Seguimiento y control del paciente	8	7
Coordinación AP-especialistas	8	6
SERGAS establezca objetivos asistenciales	5	0
Crear unidades de IC avanzada	3	3
Evaluación periódica del grupo poblacional elegido	3	0
Conocer FRCV	2	0
Implicación de DUE de AP	1	4
Adecuar medios a la población diana	1	1
Facilitar el acceso al sistema de IC	1	0
Implicar a los servicios sociales	1	0
Establecer circuitos más rápidos para pacientes graves	0	1
Definir responsables de la coordinación	1	0

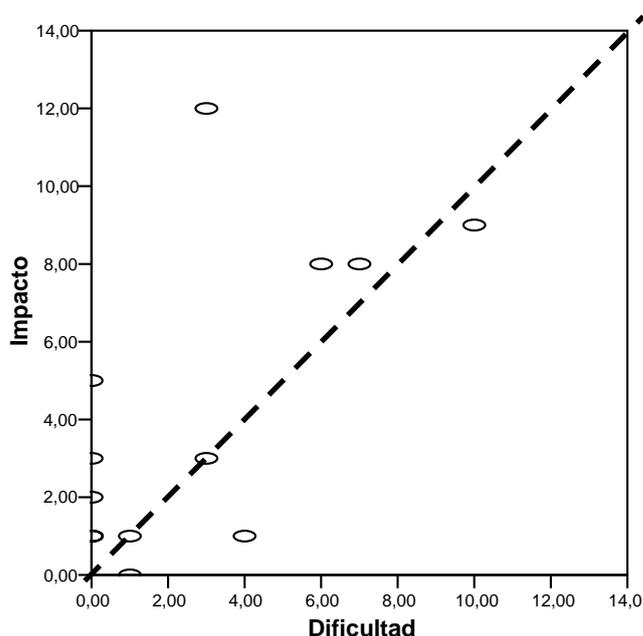


Tabla 3.- Principales dificultades que pueden obstaculizar la implantación del modelo en el ámbito del Área Sanitaria del C.H.U.J.C. ordenadas en función de su carácter crítico para ello (pregunta 2).

Problema identificado	Criticidad
Coordinación entre niveles asistenciales	12
Dispersión geográfica	10
No prioridad organizativa	8
Resistencia al cambio	6
Atención heterogénea	6
Disponibilidad de enfermeras	5
Presión asistencial artificial	3
Listas de espera	1
Conocimientos del responsable del paciente	1
Escasa motivación	1
Implicación de enfermería	1
Elección del coordinador del proyecto	1
Falta de experiencia en el manejo	1

ANEXO 1.- Relación de asistentes a la reunión multidisciplinar de debate en el área del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo (CHUJC) realizada el 19 de septiembre de 2006.

- Alfonso Castro Beiras. Jefe de Servicio de Cardiología (CHUJC) y convocante de la reunión.
 - Begoña Aldámiz. F.E.A., hospitalización a domicilio (CHUJC).
 - Nemesio Álvarez. Cardiólogo, Jefe de la unidad de imagen en cardiología y registros (CHUJC).
 - Pablo Asensio. F.E.A. Medicina Interna (CHUJC).??
 - Jesús Caeiro AP Centro de Salud Elviña-Mesoiro
 - Abel Coutado AP, Director asistencial Gerencia de A Coruña
 - Marisa Crespo. Cardióloga, Jefa de la unidad de insuficiencia cardíaca avanzada y trasplante (CHUJC).
 - José Luís Díaz. F.E.A. Medicina Interna (CHUJC).
 - Beatriz García Trigo. Enfermera, Supervisora del Área del Corazón (CHUJC).
 - Joaquina Golmar. AP, Centro de Salud de Arteixo.
 - Javier Muñiz. Secretario del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña
 - José Ángel Rodríguez. Cardiólogo. Hospitalización y consulta IC avanzada (CHUJC).
 - María Sabater. Enfermera, Supervisora de cardiología (CHUJC).
 - Nicolás Vázquez. Cardiólogo, Jefe de sección de hemodinámica (CHUJC).
 - Luciano Vidan. Jefe de sección de Hospitalización a domicilio (CHUJC).
 - Francisco Vilanova Fraga. Director de organización y gestión clínica (CHUJC).
- Andreu Covas Estruga. Consultor, Gestión Organización y Comunicación.
- Sonia Pisa Martínez. Consultora, Gestión Organización y Comunicación.
- Estas dos personas guiaron la reunión, asignando tiempos a cada apartado y sin participar en la identificación de puntos de interés o priorización de los mismos.
- Eva Moyano. Observadora, Almirall.

REFERENCIAS

¹ 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.

² 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.

³ 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;38:2101-13.

⁴ Ho KK, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham Study. *J Am Coll Cardiol* 1993;22(4 Suppl A):6A-13A.

⁵ Anguita Sánchez M, Muñiz García J, Crespo Leiro MG, Jiménez Navarro M, de Teresa Galván E, Alonso Pulpón L. Prevalencia de la insuficiencia cardíaca

en España: un estudio poblacional. Resultados del estudio de prevalencia de la insuficiencia cardíaca en España (PRICE). *Rev Esp Cardiol* 2006;59(supl 2):57.

⁶ 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;22:1318-27.

⁷ Fonarow GC, Corday E. Overview of acutely decompensated congestive heart failure (ADHF): a report from the ADHERE registry. *Heart Fail Rev* 2004;9:179-85.

⁸ Muñiz J, Castro-Beiras A. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2003.

⁹ Rodriguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castillon P. Epidemiology of heart failure. *Rev Esp Cardiol* 2004;57(2):163-70.

¹⁰ Garcia Castelo A, Muniz Garcia J, Sesma Sanchez 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.

¹¹ Permanyer Miralda G. Insuficiencia cardíaca: viejas cuestiones, soluciones incompletas. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:20-23.

¹² Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, Gonzalez-Juanatey JR, van Veldhuisen DJ, Erdmann E, et al. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. *Eur Heart J* 2005;26(16):1653-9.

¹³ Stromberg A. Heart failure management programmes: the time for action has arrived. *Eur J Heart Fail* 2005;7:1077-8.

¹⁴ Mira JJ, Perez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. Qualitative research: a valid alternative. *Atención primaria* 2004;34:161-165.