





DECÁLOGO DE CONSTITUCIÓN DE UNIDADES UMIPIC

Con vistas a establecer el grado de consolidación de las UIC adscritas al Programa UMIPIC y favorecer la implantación de las mismas, se plantea en la última reunión por multiconferencia un decálogo, a modo de check list, con los ítems descritos en el siguiente recuadro. La mayoría de ellos vienen recogidos en la memoria estándar del Programa UMIPIC, que se ha facilitado a todas las unidades integrantes y que asimismo está disponible en el espacio web de UMIPIC dentro de la página de IC de la SEMI.

Aspectos cruciales como son los objetivos y selección de pacientes no se describen aquí, por ser algo consustancial Proyecto UMIPIC.



- 1. Definición de Estructura de la Unidad
- 2. Protocolos de actuación
- 3. Cuestionarios de enfermería
- 4. Material específico de la Unidad
- 5. Indicadores de calidad

- 6. Codificación de actividad
- 7. Consentimiento informado
- 8. Base de datos
- 9. Resultados esperados
- 10. Presentación oficial

Los ítems marcados en verde aparecen perfectamente definidos en la memoria y no precisan de especiales modificaciones.

Los 2 ítems marcados en naranja, exigirían una adaptación a las posibilidades de cada unidad y su ámbito de actuación.

Finalmente los 2 marcados en negro son probablemente las 2 novedades más importantes y se hace una explicación de los mismos en este documento.

A continuación se expone una breve explicación del decálogo.







1.- Definición estructura de la Unidad:

La estructura de la unidad debe particularizarse a las posibilidades organizativas y de recursos humanos del servicio y del hospital.

Sin embargo existen aspectos básicos comunes a cualquier unidad entre los que destacan:

Aspectos básicos:

- Despachos de enfermería y médica independientes. con dotación habitual.
- Historia informatizada para el seguimiento asistencial de pacientes.
- Accesibilidad de las instalaciones.
- <u>Vías de comunicación</u> operativas que incluyan teléfono propio

Estructura de apoyo hospitalario:

- Hospital de día,
- Hospitalización para el ingreso del paciente en situación de descompensación
- Servicio de urgencias, con el que se establecerá un plan de coordinación

Recursos Humanos:

- Facultativos adscritos
- Personal de Enfermería

El objetivo es poder generar un espacio definido y de referencia para los pacientes pluripatológicos con IC, acorde a las posibilidades organizativas de cada hospital, que además permita generar un plan de necesidades para su adecuada dotación.

En la figura se expone, a modo de ejemplo, la organización de la UIC del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y su plan de necesidades expuesto a Gerencia, con los aspectos inicialmente conseguidos y los pendientes de resolución en el momento de su creación.









Plan de Necesidades

	NECESIDADES					
Materiales	Camas de hospitalización					
	Despacho médicos					
	Despacho de enfermería	1				
	Sala polivalente – Hospital de Día	×				
	Teléfono de la Unidad	1				
	Báscula	×				
	Aparataje (Pulsioxímetro, Tensiómetro, Ordenador, Sillones, Camilla)	×				
	Aparato de ECG	×				
RRHH	Personal facultativo adscrito a la Unidad	/				
k-k-uu	Personal de enfermería adscrito a la Unidad	×				
	Gestión camas de hospitalización	×				
Burocracia	Aprobación hojas específicas de la Unidad (información, autocontrol)	×				
	Aprobación hojas vía clínica	$-\times$				
	Aprobación códigos de consulta	×				

2.- Protocolos de actuación:

Se presenta aquí desarrollado los protocolos de actuación tanto médicos como de enfermería, según los objetivos y tareas descritos en el documento Memoria del Programa UMIPIC:

	Tareas de Enfermería	Tareas médicas
Primera visita	1. Explicar motivo de la consulta: el paciente padece insuficiencia cardiaca 2. Explicar qué es la IC. 3. Explicar síntomas y signos de alarma 4. Incidir en la necesidad de control evolutivo próximo en el tiempo para conseguir estabilidad clínica y optimizar tratamiento. 5. Explicar fármacos a introducir y necesidad de escalonamiento terapéutico y, por tanto, de revisiones periódicas en el tiempo. 6. Dar carpeta para guardar informes y documentos, con las 2 hojas informativas y la ficha de control ambulatorio (hoja para apuntar TA, FC, peso) 7. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura 8. Pasar cuestionarios: Barthel, Pfeiffer y Cuestionario sobre calidad de vida 9. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión 10. Introducir datos de tareas 6 y 7 en la historia informática del paciente	Historia clínica pormenorizada, con especial atención a factores de riesgo cardio-vascular Valorar grado congestivo actual (anamnesis y exploración) Insistir en conceptos básicos de educación PTC1 (protocolo de peticiones en la primera visita) ajuste inicial de tratamiento introducir datos de tareas 1,2 y 4 en historia informática del paciente Entrega de informe para paciente y MAP Entrega de recetas y fecha de revisión
Visitas de		
optimización	Insistencia en síntomas y signos de alarma Interrogar sobre dudas respecto a manejo de diuréticos y detectar	Valorar grado congestivo actual
terapéutica (mensuales) (dosis óptimas de	síntomas de alarma 3. Revisar ficha de control ambulatorio 4. Confirmar cumplimiento terapéutico 5. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura 6. Reaizar perfil B	Optimización terapéutica para IC Control de factores de riesgo cardio-vascular (FRCV), con especial atención a TA, FC, perfil lipídico, función renal, anemia. Estudios a realizar introducir datos de tareas 1-4 en historia informática del paciente
IECA y BB) Nota: muchas veces ante la ausencia de problemas puede ser realizada sin médico	 en caso de signos de alarma: hipotensión, taquicardia o taquipnea, ganancia de peso o desaturación, avisar al internista para valorar realizar analítica urgente. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión Introducir datos de analítica pedida para la revisión y las constantes en la historia informática del paciente 	6. Entrega de informe para paciente y MAP 7. Entrega de recetas y fecha de revisión







		1.Valorar grado congestivo actual		
Revisión a 6 meses (valoración funcional y objetivos de riesgo cardio-vascular)	1. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura 2. Pasar cuestionarios: Barthel, Pfeiffer, Cuestionario sobre calidad de vida, cuestionario sobre autocuidado y test de 6 minutos. 3. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión	2. Ajuste terapéutico si precisa 3. Revisión obtención de control óptimo de FRCV (TA, FC, perfil lipídico, Hemoglobina). 6.PTC6 (protocolo de peticiones a los 6meses)r 7.introducir datos de tareas 1-4 en historia		
cardio vascalary	4. Introducir datos de tareas 5 y 6 en la historia informática del paciente	informática del paciente 1. Entrega de informe para paciente y MAP 2. Entrega de recetas y fecha de revisión		
Visitas de control a los 9 meses (situación estable, optimización terapéutica conseguida)	 Insistencia en síntomas y signos de alarma Interrogar sobre dudas respecto a manejo de diuréticos y detectar síntomas de alarma Revisar ficha de control ambulatorio Confirmar cumplimiento terapéutico Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura. Realizar Perfil B y ver resultados en caso de signos de alarma: hipotensión, taquicardia o taquipnea, ganancia de peso o de saturación, avisar al internista para valorar realizar analítica urgente. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión Introducir datos de analítica pedida para la revisión y las constantes en la historia informática del paciente 	No precisa en paciente estable en el que la enfermera no encuentre problemática		
Revisión a 12 meses (valoración funcional y objetivos de riesgo cardio-vascular)	1. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura 2. Pasar cuestionarios: Barthel, Pfeiffer, Cuestionario sobre calidad de vida, cuestionario sobre autocuidado y test de 6 minutos. 3. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión 4. Introducir datos de tareas 5 y 6 en la historia informática del paciente	1. Valorar grado congestivo actual 2. Ajuste terapéutico si precisa 3. Revisión obtención de control óptimo de FRCV (TA, FC, perfil lipídico, Hemoglobina). 4. PTC12 (protocolo de peticiones a los 12 meses) 5. introducir datos de tareas 1-4 en historia informática del paciente 6. Entrega de informe para paciente y MAP 7. Entrega de recetas y fecha de revisión		
Visitas no programadas (agudización)	1. Revisar ficha de control ambulatorio 2. Confirmar cumplimiento terapéutico 3. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura 4. Identificar factor precipitante 5. Extracción de analítica urgente (función renal, iones, digoxinemia y hemograma). Gasometría arterial basal si pulsioximetría <92%. 6. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión 7. Introducir datos de analítica pedida para la revisión y las constantes en la historia informática del paciente	 Valorar grado congestivo actual Identificar factor precipitante Ajuste terapéutico Estudios a realizar Entrega de informe para paciente y MAP Entrega de recetas y fecha de revisión 		

3.- Cuestionarios de enfermería:

La enfermería se contempla como el pilar fundamental de las Unidades UMIPIC, con un trabajo centrado en la educación y seguimiento de los pacientes. Para ello es fundamental conocer el grado de autonomía funcional y la situación cognitiva de éstos, así como medir de una forma objetiva el conocimiento de aspectos básicos de la IC y el impacto de las sesiones educativas mediante escalas validadas.

Como se recoge en la Memoria del Programa UMIPIC, las 3 escalas propuestas como básicas son las siguientes:







Cuestionarios	Definición	Objetivo			
Escala de Barthel	Escala de valoración de situación funcional del paciente	Conocer grado de autonomía del paciente			
Escala de Pfeiffer	Conocer grado de deterioro cognitivo				
Escala de autocuidado	Se utilizará la EHFScBS (European Heart Failure Self-care Behaviour Scale) modificada	Conocer grado de autocuidado, e indirectamente de conocimiento y concienciación de la enfermedad mediante una escala validada internacionalmente, pero modificada según criterios locales.			

4.- Material específico de la Unidad:

Dentro del trabajo diario en las Unidades, consideramos de gran importancia utilizar los mismos protocolos, descritos y actualizados en la segunda edición del Manual de Manejo Integral del paciente con Insuficiencia Cardiaca Crónica, así como la utilización de las hojas informativas y de autocontrol, así como el teléfono de contacto, aspectos todos ellos ya recogidos en la memoria del Programa UMIPIC



5.- Indicadores de calidad:

Los indicadores enumerados a continuación son los propuestos para medir el impacto y los resultados de nuestro trabajo. Interesa que todas las consultas pertenecientes al proyecto utilicen los mismos indicadores, para posteriormente hacer una valoración completa del rendimiento y utilidad de las mismas.

A) INDICADORES DE ESTRUCTURA

1. **Guía de Práctica Clínica**: Se propone seguir las indicaciones descritas en la GPC publicada por el Grupo de Trabajo de IC de la SEMI (oct-2011), que recoge las actualizaciones de las Guías







internacionales.

- 2. Monitorización de cuidados y resultados obtenidos en la Consulta Monográfica de IC, mediante indicadores de proceso y resultado que se describen a continuación.
- 3. Descripción de criterios, objetivos y resultados de Consulta Monográfica
- 4. Descripción de objetivos y resultados de Consulta de Enfermería en IC

B) INDICADORES DE PROCESO

- 1. Medición de autocuidado. cuestionario (EHFScBS)
- 2. **Medición función ventricular** (ecocardiograma transtoracico preferible)
- 3. Prescripción de IECA-ARA-II
- 4. Prescripción de Beta-bloqueantes

C) INDICADORES DE RESULTADO

- 1. Visitas a Urgencias por IC tras 6 y 12 meses de seguimiento
- 2. Visitas a Urgencias por cualquier causa tras 6 y 12 meses de seguimiento
- 3. Ingresos por IC tras 6 y 12 meses de seguimiento
- 4. Ingresos por cualquier causa tras 6 y 12 meses de seguimiento
- 5. **Adecuación de seguimiento:** % pacientes que siguen en la consulta tras 6 y 12 meses de seguimiento
- 6. Adecuación del aprendizaje:% de pacientes que son capaces de autoajustar diureticos.

6.- Codificación de actividad:

Un aspecto que consideramos fundamental y que inicialmente no estaba recogido de una manera concreta en la Memoria es la codificación de la actividad de la Unidad por parte del hospital.

Sí se recogía en dicho documento una propuesta inicial: "Con el fin de identificar en todo momento el volumen de pacientes atendidos en la consulta monográfica, se propone crear un número identificativo tanto para la consulta médica como para la de enfermería. De esta manera se pretende controlar de una forma fácil y rápida el número de pacientes que atendidos en la consulta, para poder reprogramar la agenda en función de las demandas."

Esta codificación nos va a permitir, por un lado, facilitar la recogida objetiva de la información, apareciendo en los cuadros de mando del hospital, y por lo tanto a la vista de los responsables de la gestión hospitalaria.

Por otro lado favorecer la optimización de la gestión de la consulta, detectando los pacientes con más riesgo de descompensación (las revisiones preferentes) cuando tengamos que reprogramar la agenda de la consulta por vacaciones, asistencia a congresos o cualquier otro motivo.

Se expone a continuación una propuesta de codificación, que es la desarrollada en el HUCA:







Codificación en planta hospitalaria

- Camas asignadas específicamente para la UIC
- GRD 127 Y 544

Codificación consulta médica:

- 2.0: primera visita
- 2.2: revisión convencional (situación clínica estable)
- RPREF: revisión preferente (ajuste de pauta de diuréticos o medicación de 1ª línea)
- RCOM: revisión compleja (protocolo de diuréticos o ferroterapia IV)

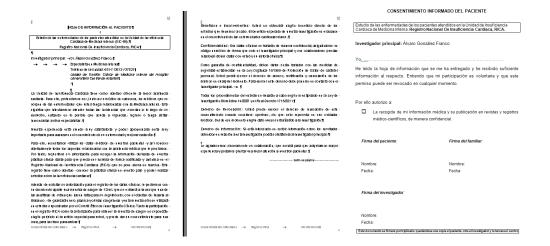
Codificación consulta de enfermería:

- **ENICA 1:** Sesión educativa inicial
- ENICA 2: sesiones educativas de refuerzo
- ENICA 3: consulta telefónica
- ENICA 4: extracción analítica, protocolo iv, ECG

7.- Consentimiento informado:

Actualizado y remitido a todas las personas coordinadoras de Unidades UMIPIC y que debe ser autorizado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) de cada hospital.

Se muestra a continuación la copia del consentimiento aceptado en el HUCA:



8.- Base de datos:

Se ha hablado y reiterado la necesidad absoluta de recoger la actividad para documentar los resultados del Programa y la apuesta desde UMIPIC por aprovechar los recursos existentes sumando esfuerzos, lo que implica utilizar el Registro RICA como base de datos para UMIPIC.







Los resultados de este registro pondrán en evidencia el grado de reproducibilidad del Programa, así como su impacto real en la gestión eficaz de la Insuficiencia Cardiaca en el paciente pluripatológico.



9.- Resultados esperados:

Es el segundo de los puntos novedosos del decálogo de consolidación. La propuesta es plantear de forma sencilla y en base a la realidad previa del hospital y la estructura definida de la Unidad en el punto uno las expectativas de la unidad a tres niveles:

- Actividad de la unidad: tanto a nivel de hospitalización como de consulta
- <u>Indicadores de proceso:</u> porcentajes consensuados para medición de autocuidado, estudio ecocardiográfico y prescripción de fármacos de primer nivel
- <u>Indicadores de resultado:</u> porcentajes de reducción de visitas a Urgencias e ingresos hospitalarios.

De esta manera se puede construir una sencilla tabla que nos permita, mediante un código de colores, identificar rápidamente qué objetivos estamos cumpliendo y en cuáles tenemos que centrar esfuerzos.

Es importante reseñar que el valor de los indicadores construidos tienen un valor orientativo. En el caso de los indicadores de actividad construidos en base a los datos de cada hospital. Los de proceso por consenso, y los de resultado en base a los resultados obtenidos por las 3 Unidades de referencia: Hospital Ramón y Cajal, Lucus Augustus y Valle del Nalón.

A continuación se presenta un ejemplo de lo anteriormente expuesto con los datos de actividad de los seis primeros meses de la UIC del HUCA:







	EXPECTATIVAS DE LA UNIDAD	RESULTADOS CONSEGUIDOS EN PRIMEROS SEIS MESES
	ACTIVIDAD DE LA UNIC	DAD
Ingresos en UIC-MI	350	344 (estimación a 12 meses)
Ratio de ingresos en UIC-MI	75%	66.66%
Estancia media	<8.33	6.66
Reducción estancia media	15%	28.31%
Reducción de reingresos a 30		
días por =GRD	25%	58.73%
Estancias hospitalarias		
liberadas	400-500	904 (2.48 camas/año)
Pacientes en seguimiento	>100	84 en 6 meses
Revisiones en 2012	>1000	Ocupación consulta > 50%
	INDICADORES DE PROCE	ESO*
Medición de autocuidado	>90%	No medido
Medición Función ventricular	>90%	100%
Prescripción de BB	>80%	100%
Prescripción de IECA/ARA-II	>80%	72.7%
Prescripción de AA	>70%	73.3%
	INDICADORES DE RESULT	ADO*
Reducción de re-visitas a URG por IC	14-58%	28.57%
Reducción de re-visitas a URG		
por otras causas	18-73.8%	
Reducción de ingresos		
hospitalarios por IC	44-62%	68.75%
Reducción de ingresos		
hospitalarios por otras causas	21.4-38%	
Adecuación de seguimiento	>80%	95%
Adecuación de aprendizaje	>80%	No medido

^{*}casuísticas sobre 19 pacientes con al menos 6 meses de seguimiento

10.- Presentación oficial de la Unidad de IC

Como último punto del decálogo está la presentación oficial del proyecto de la Unidad, que debe de incluir, obviamente, un documento escrito en el que consten los apartados enumerados en la Memoria UMIPIC, adaptados a la realidad de cada hospital, e idealmente una presentación al equipo de direccióngerencia de dicho hospital.

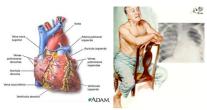
Se adjunta el ejemplo de ambos aspectos, tal y como se presentaron en el HUCA.











UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA DEL ANCIANO





Dirección Médica

marzo- 2012



UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA DEL ANCIANO -UICA-

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna





Autores:

Dra Noelia Morán Suárez

Dr Alvaro González Franco

Febrero-2012

GUIÓN

- 1.15 ituación epidem lológba de la Insuficiencia cardiaca
- 1.2 Programas de gesción de enfermedades en Insuficiencia cardiata. Programa UHJPIC
- 1.3 La JC en Asturias y ÁreaSanitaria IV.
- 2. Objetivos
 - Z. Ljorrjectivos generales
 - Z. Z objectivos es pecificos
- 3. Características específicas de I modeio
 - 3.1 Concepto de UICA
 - 3.2 Anális is DAPO
- - 4.1 nivel 1: nos oltalización 4.2 rivel 2: consulta monográfica de JC
- 5. Resultados esperados de la actividad de la UICA
 - 5.11m pacco en la nospitalización
- 6. Características del personal
 - 6.1 erfermerla
 - 6.2 médico
- 7. Actividad de la consulta
 - 7.1 accividad de enfermeria
 - 7.2 accividad médba
- 8. Estudios habituales
- 9. Protocolos de actuación médica y de entermería
- 10. Cuestionarios de enfermería.
- 11.1nd kadores de calidad
 - 11.1 Indicadores de escruttura
 - 11.2 Indicadores de procesos 2 Unided de Insuficiencia Cardiaca del Anciano UICA- HUCA.

11.3 Indicadores de resultados

12. Coordinación con otros servicios

12.1. Coordinación con atención primaria. 12. Z. Coordinación con Urgencias

12.3. Coordinación con Cardiología

12.4. Coordinación con Geriacria

13.Otros aspectos

14.Cronogia ma de Implantación de la UECA

15.Plan de neœsidades

ANEXOS:

Fe bre ro-2012

ANEXO JI: PROPUESTA DE VÍA CUNJCA DE JO

ANEXO IV. MANUAL DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

3 Unided de Insuficiencia Cardiaca del Anciano UICA - HUCA . Pebrero-2012







DECÁLOGO DE CONSTITUCIÓN DE UNIDADES UMIPIC

	Estructura	protocolos	Cuestionari os	Material específico	Indicadore s	Codificació n	Consentimi ento	RICA	Resultados esperados	Presentaci ón oficial
JICARV	Х	Х	Х	X	Х	Х	X	Х	Х	X
Hospital Lucus Augustus	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х
- -lospital Valle del -lalón	Х	Х	Х	Х	Х	Х	X	Х	Х	Х
Hospital Jniversitario Central de Asturias	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х
-lospital Jniversitario Reina Sofía, Córdoba	Х	Х	Х	Х	Х		X	X	Х	Х
Consorcio Hospital General Jniversitario de /alencia	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	х	Х
-lospital Santa 3árbara, Soria	Х	Х	Х	Х			Х	Х		
Hospital Jniversitario Vlarqués de Jaldecilla	X	X	Х	Х				X	х	
-lospital Municipal de Badalona	Х	Х	X	X				Х		X
Hospital Nuestra Señora del Prado Talavera)	Х	Х	Х	X	Х	Х		X		
Hospital Jniversitario de Gran Canaria Dr. Negrín	Х	Х	Х	Х				X		
-lospital de Zafra	Х	Х	Х		X		X	X		
Hospital Nuestra Beñora de Bandelaria	Х	Х	Х	X			Х	X		
-lospital Xeral de ∕igo	Х	Х	Х	Х				Х	Х	Х
-lospital Dos de Иаіg										
-lospital de <u>Manises</u>										
Corporaciò Sanitaria Parc Faulí	Х	Х	Х	Х				Х		
Hospital Perpetuo Bocorro - Badajoz										
-lospital Jniversitario de -uenlabrada										
Hospital Infanta Vargarita Hospital										
Jniversitario Príncipe Felipe Hospital										
Jniversitario -undación -lcorcón										