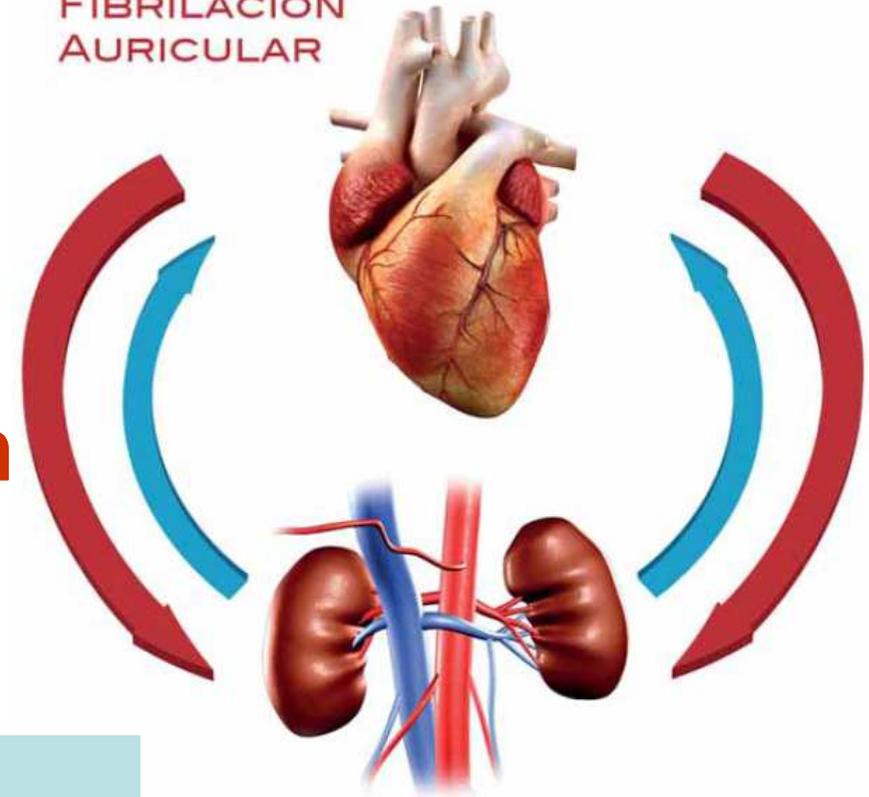


XVI REUNIÓN DE
INSUFICIENCIA
CARDÍACA Y
FIBRILACIÓN
AURICULAR



Taller 4:

Gestión de la atención al paciente crónico complejo con IC

Alvaro Glez Franco

Unidad de IC-MI

Hospital Universitario Central de Asturias

Coordinador Adjunto UMIPIC

Zaragoza

20 de marzo de 2014

Las preguntas...

Taller 4: Gestión de la atención al paciente crónico complejo con IC

1. ¿Por qué hablar de gestión?
2. ¿Por qué en Insuficiencia Cardiaca?



Las preguntas...

Taller 4: Gestión de la atención al paciente crónico complejo con IC

1. ¿Por qué hablar de gestión?
2. ¿Por qué en Insuficiencia Cardiaca?
3. ¿Por qué me va a interesar a mí?
 - Residente
 - Adjunto joven
 - Responsable: de Unidad, de Servicio,...
4. ¿Voy a poder sacar aspectos prácticos, concretos, entendibles y conseguibles?



Los Objetivos...

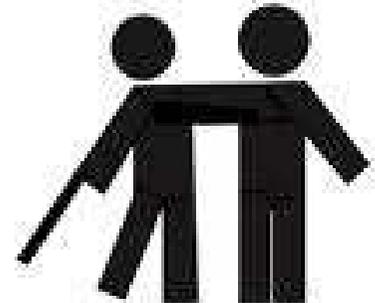
Taller 4: Gestión de la atención al paciente crónico complejo con IC



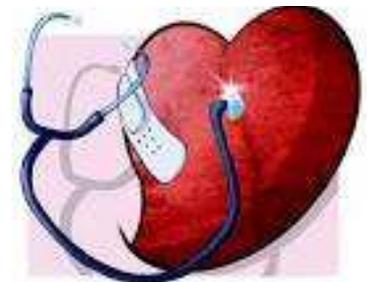
1. Qué entendemos por gestión



2. El paciente pluripatológico



3. La IC en el paciente pluripatológico



Los Objetivos...

Taller 4: Gestión de la atención al paciente crónico complejo con IC



4. Nuevos modelos de atención:
Unidades de IC. Programa
UMIPIC



5. Ejemplo de aplicabilidad:
HUCA



GUIÓN

1. Gestión de la atención
2. Paciente crónico complejo
3. Insuficiencia cardiaca
4. Propuesta específica: modelo UMIPIC
5. Ejemplo concreto: HUCA





Gestión de la Atención



PLANIFICACIÓN
GRD
INDICADORES
OBJETIVOS
BENCHMARKING

CHRONIC CARE MODEL

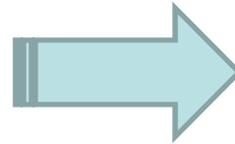


Gestión de la Atención



Rol de los profesionales sanitarios

PASIVO



ACTIVO



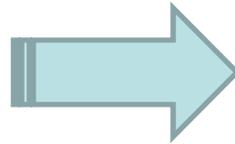


Gestión de la Atención



Rol de los profesionales sanitarios

PASIVO



ACTIVO

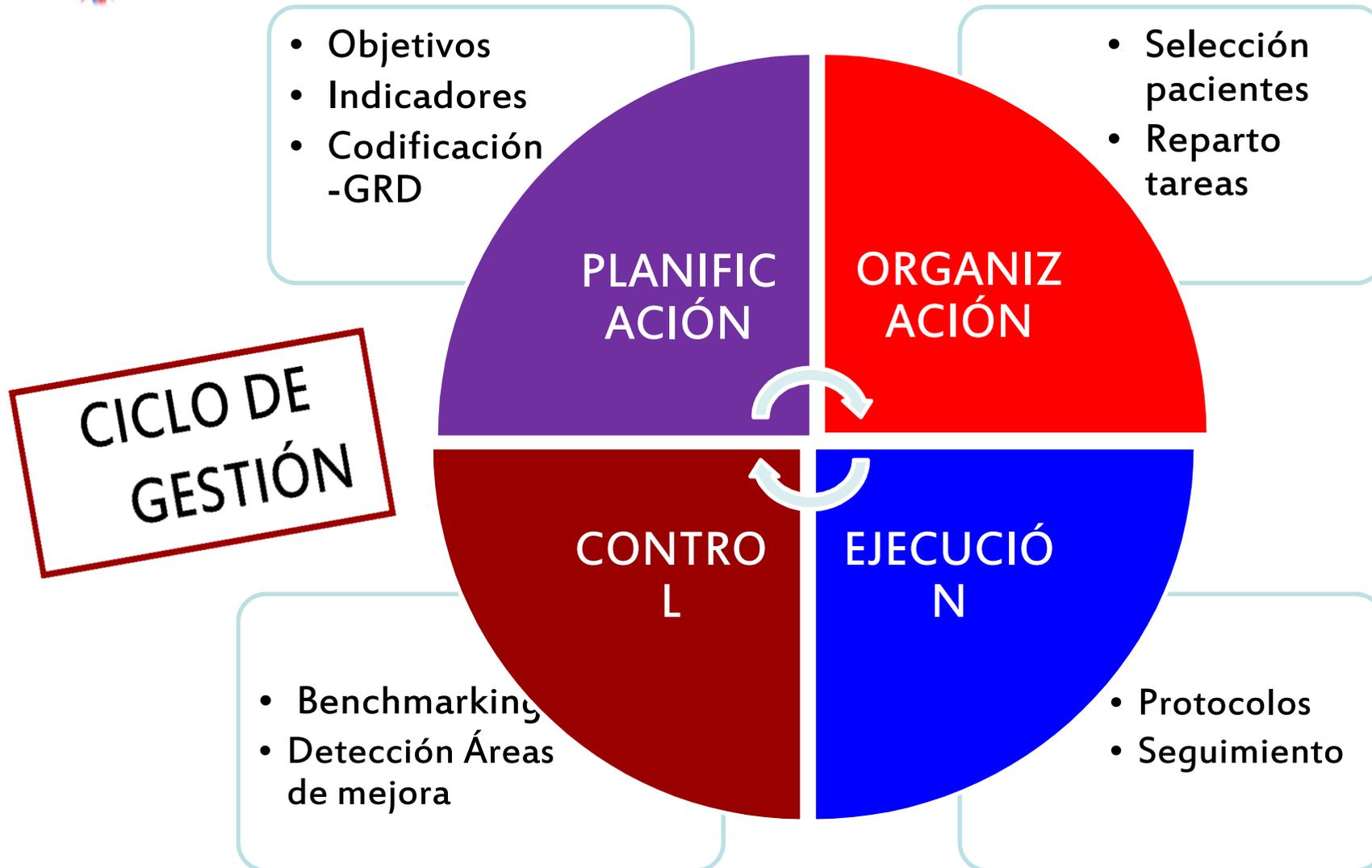


Qué entendemos por gestión:

Toda acción dirigida a conseguir los objetivos del Sistema Sanitario

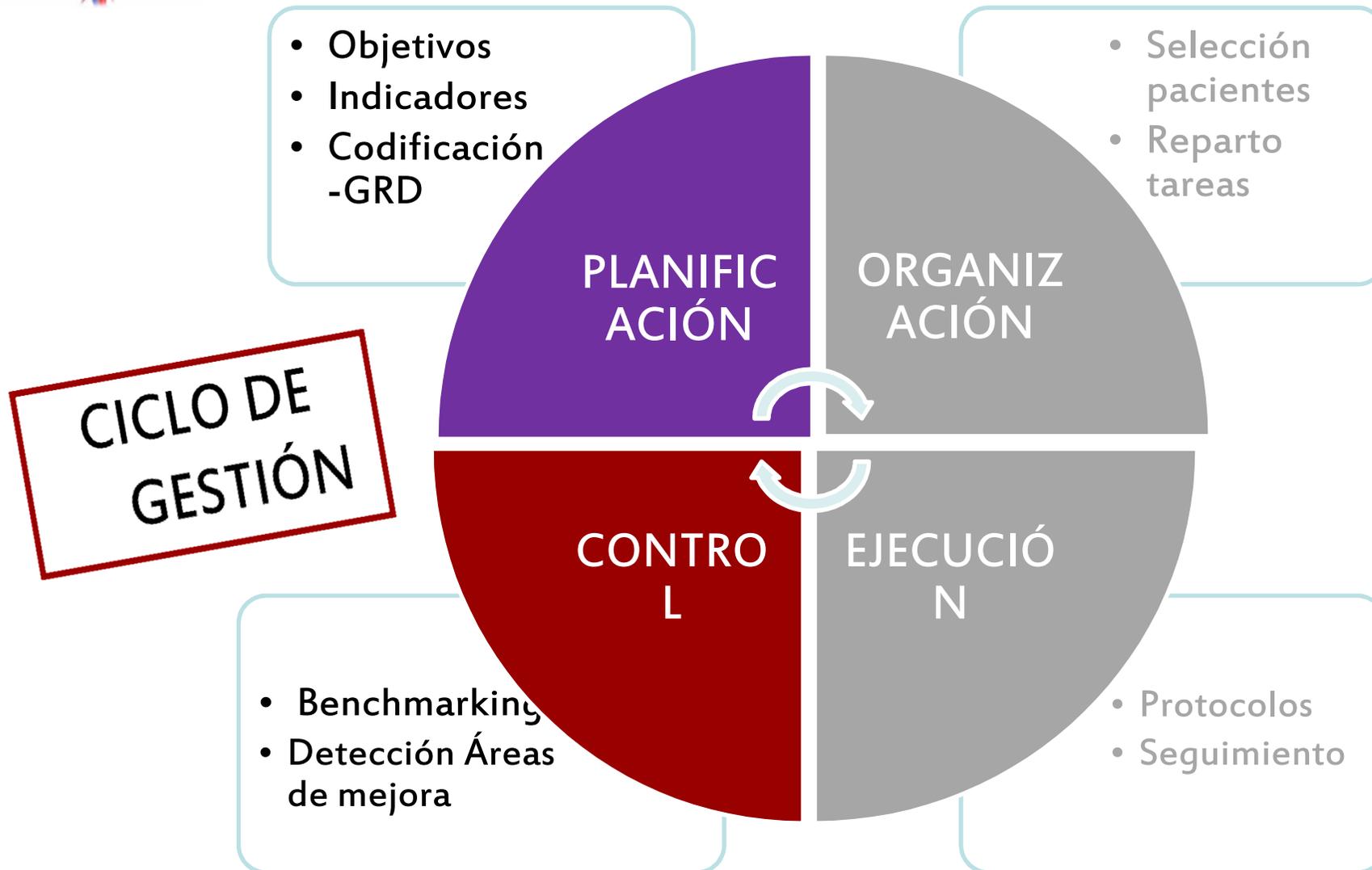


Gestión de la Atención





Gestión de la Atención





Gestión de la Atención



Trabajar por objetivos

CICLO DE
GESTIÓN

✓ ¿Por qué?:

- ✓ Porque si no sabes a dónde vas da igual el camino que tomes.
- ✓ Porque si no sabes lo que quieres da igual lo que hagas

PLANIFI
CACIÓN

- **Objetivos**
- Indicadores
- Codificación n-GRD





CICLO DE
GESTIÓN

PLANIFI
CACIÓN

- **Objetivos**
- Indicadores
- Codificación n-GRD

Gestión de la Atención



Trabajar por objetivos

✓ ¿Por qué?:

- ✓ Porque si no sabes a dónde vas da igual el camino que tomes.
- ✓ Porque si no sabes lo que quieres da igual lo que hagas

✓ ¿Para qué?:

- **Evaluar los resultados obtenidos**
- Reflejar la **discordancia** entre los **resultados** que se deberían conseguir y los que verdaderamente se alcanzan.





Gestión de la Atención



Sociedad Española de Calidad Asistencial

CICLO DE
GESTIÓN

PLANIFI
CACIÓN

- Objetivos
- **Indicadores**
- Codificación n-GRD

✓ **INDICADORES:** obtener información de los aspectos más relevantes de la atención mediante **herramientas de medición** que permitan su **monitorización**



✓ Los **indicadores** actúan como **señales de alarma** que advierten de esta posibilidad





Gestión de la Atención



Sociedad Española de Calidad Asistencial

CICLO DE
GESTIÓN

PLANIFI
CACIÓN

- Objetivos
- **Indicadores**
- Codificación n-GRD

✓ **INDICADORES:** obtener información de los aspectos más relevantes de la atención mediante **herramientas de medición** que permitan su **monitorización**



✓ Los **indicadores** actúan como **señales de alarma** que advierten de esta posibilidad



Evaluación de calidad

Orientar acciones de
mejora continua



Gestión de la Atención



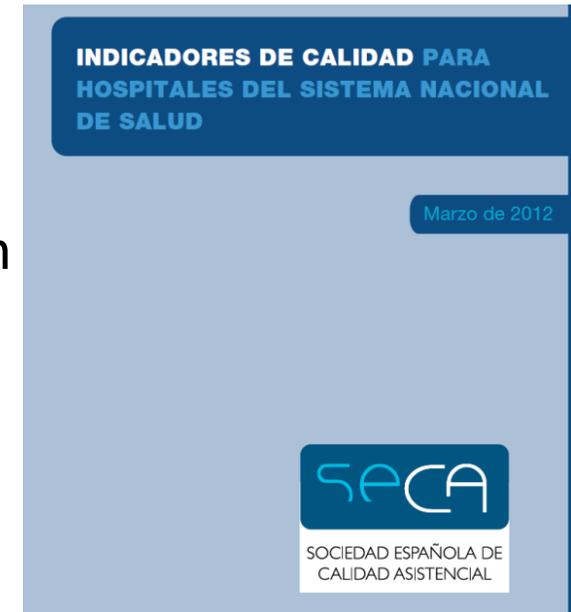
CICLO DE
GESTIÓN

Sociedad Española de Calidad Asistencial

PLANIFI
CACIÓN

Las actividades de **gestión de la calidad**, su **medición** y **mejora** deben considerarse como una de las **líneas estratégicas** más importantes a desarrollar en los Centros sanitarios

- Objetivos
- **Indicadores**
- Codificación-GRD



!!!PRIORIDAD!!!



CICLO DE
GESTIÓN

PLANIFI
CACIÓN

- Objetivos
- Indicadores
- **Codificació
n-GRD**

Gestión de la Atención



Grupos Relacionados con el Diagnóstico

- ✓ constituyen un **sistema de clasificación de pacientes** que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital con el coste que representa su asistencia
- ✓ Permite clasificar a los pacientes en **grupos clínicamente similares** y con **parecido consumo de recursos** sanitarios
- ✓ Esto permite **realizar comparativas entre hospitales** con mismo nivel de complejidad, generándose la **estancia media estándar**, que permite valorar si la hospitalización para un determinado diagnóstico se ajusta a lo que está ocurriendo en otros hospitales, y medir la **eficiencia** en la **gestión económica** de los pacientes

GRD
Grupo Relacionado
de Diagnóstico



CICLO DE
GESTIÓN

PLANIFI
CACIÓN

- Objetivos
- Indicadores
- **Codificación n-GRD**

Gestión de la Atención



Grupos Relacionados con el Diagnóstico

- ✓ Los datos necesarios para realizar la agrupación en GRD son:
 - Edad
 - Sexo
 - **Circunstancias del alta** (paciente vivo o fallecido, alta voluntaria o traslado a otro centro).

GRD
Grupo Relacionado
de Diagnóstico



CICLO DE
GESTIÓN

PLANIFI
CACIÓN

- Objetivos
- Indicadores
- **Codificación n-GRD**

Gestión de la Atención



Grupos Relacionados con el Diagnóstico

✓ Los datos necesarios para realizar la agrupación en GRD son:

- **Edad**
- **Sexo**
- **Circunstancias del alta** (paciente vivo o fallecido, alta voluntaria o traslado a otro centro).
- **Diagnóstico principal:** enfermedad que, en el momento del alta, establecemos como causa del ingreso
- **Intervenciones** u otros **procedimientos** realizados durante el ingreso
- **Diagnósticos secundarios:** enfermedades que coexisten con el diagnóstico principal, ya sea en el momento del ingreso o que se desarrollen durante la estancia hospitalaria

GRD
Grupo Relacionado
de Diagnóstico



Gestión de la Atención



Grupos Relacionados con el Diagnóstico

CICLO DE
GESTIÓN

✓ Impresión diagnóstica:
INFECCIÓN RESPIRATORIA
LOS PREVIOS

PLANIFI
CACIÓN

- Objetivos
- Indicadores
- **Codificació
n-GRD**



CICLO DE
GESTIÓN

PLANIFI
CACIÓN

- Objetivos
- Indicadores
- **Codificació
n-GRD**

Gestión de la Atención



Grupos Relacionados con el Diagnóstico

✓ **Impresión diagnóstica:**
INFECCIÓN RESPIRATORIA
LOS PREVIOS

✓ **Impresión diagnóstica:**

1. INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA NYHA III/IV DESCOMPENSADA POR INFECCIÓN RESPIRATORIA
2. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GLOBAL RESUELTA AL ALTA
3. DERRAME PLEURAL REFRACTARIO RESUELTO TRAS TORACOCENTESIS EVACUADORA
4. CARDIOPATÍA ISQUÉMICO-HIPERTENSIVA EN FASE DILATADA CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA (FEVI 45-50%, ETT mayo-13).
5. INSUFICIENCIA MITRAL MODERADA.
6. MARCAPASOS POR ENFERMEDAD DEL SENO EN 1996.
7. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADÍO III.
8. ASMA BRONQUIAL.
9. CONTRAINDICACIÓN A BETABLOQUEANTES POR ASMA BRONQUIAL.
10. CONTRAINDICACIÓN A IECA/ARA-II POR TENDENCIA A HIPOTENSIÓN



CICLO DE
GESTIÓN

PLANIFI
CACIÓN

- Objetivos
- Indicadores
- **Codificació
n-GRD**

Gestión de la Atención



Grupos Relacionados con el Diagnóstico

GRD 127: IC, cardiopatía HTA o Enfermedad cardio-renal hipertensiva en situación congestiva

Peso: 1.3004

GRD 544: IC, arritmia cardiaca o trastorno de conducción cardiaca con complicación

mayor o comorbilidad (TEPA, EAP, Insuf Respirat Aguda, Insuf Renal Aguda, Neumonía, UPP, FV o sepsis)

Peso: 3.3009



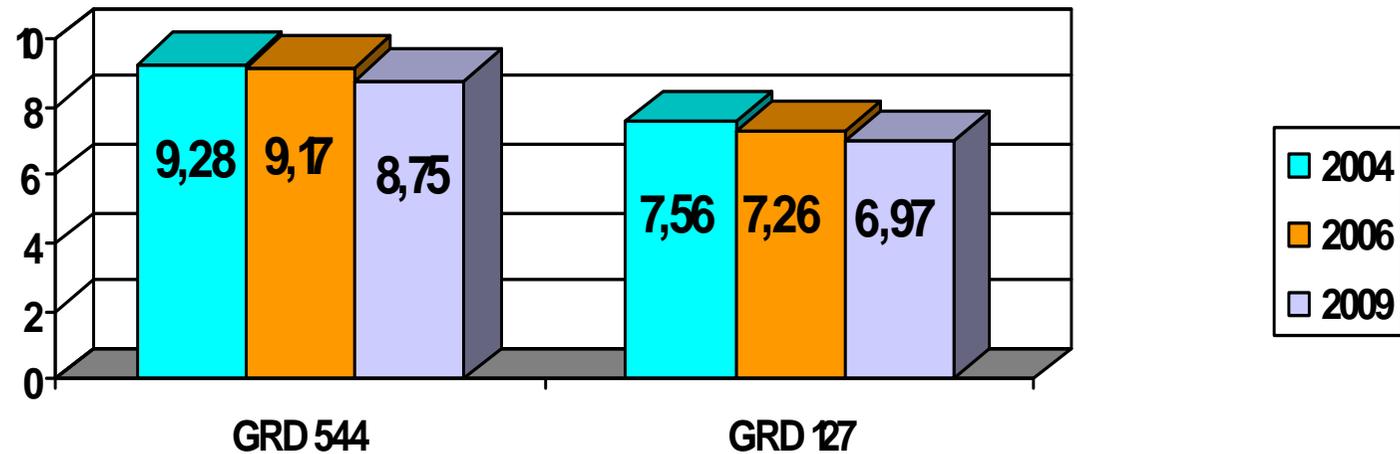
XVI REUNIÓN DE
INSUFICIENCIA
CARDÍACA Y
FIBRILACIÓN
AURICULAR



Gestión de la Atención

Grupos Relacionados con el Diagnóstico

Evolución estancia media estándar
Servicio de Codificación
Hospital Valle del Nalón. Asturias



CICLO DE
GESTIÓN

PLANIFI
CACIÓN

- Objetivos
- Indicadores
- **Codificaci
n-GRD**



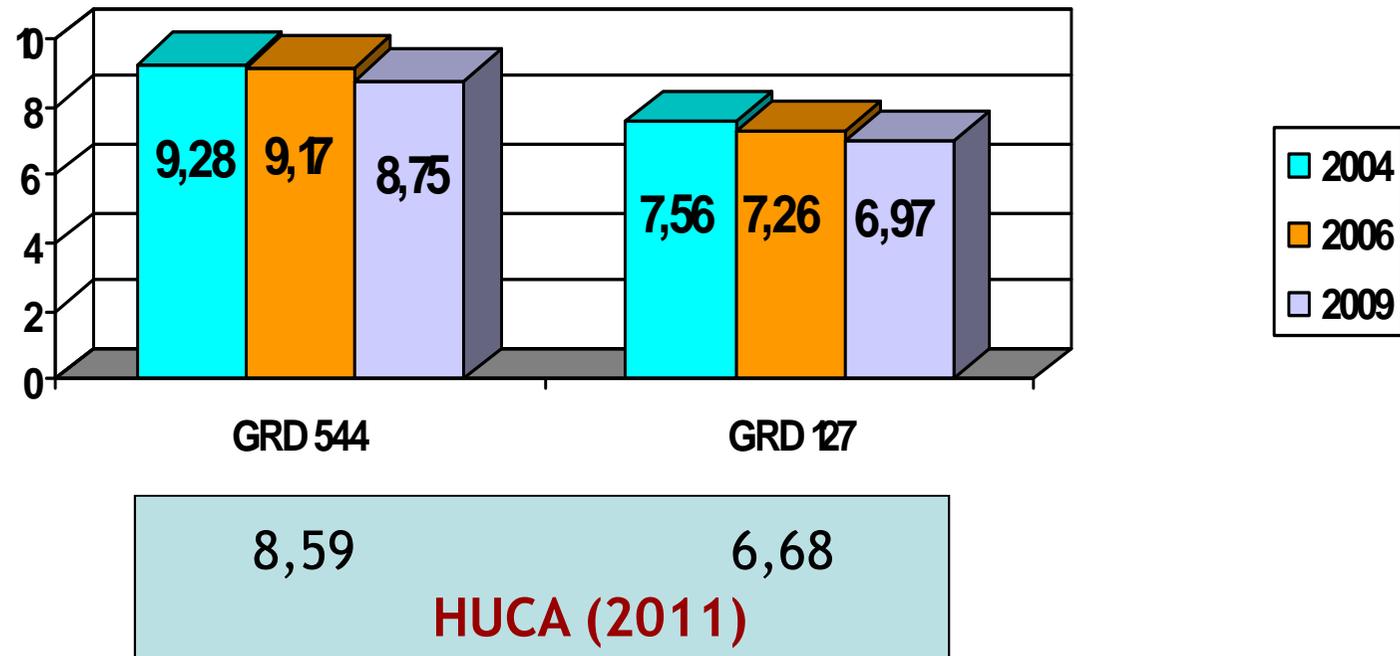
XVI REUNIÓN DE
INSUFICIENCIA
CARDÍACA Y
FIBRILACIÓN
AURICULAR



Gestión de la Atención

Grupos Relacionados con el Diagnóstico

Evolución estancia media estándar
Servicio de Codificación
Hospital Valle del Nalón. Asturias



CICLO DE
GESTIÓN

PLANIFI
CACIÓN

- Objetivos
- Indicadores
- **Codificació
n-GRD**



XVI REUNIÓN DE
INSUFICIENCIA
CARDÍACA Y
FIBRILACIÓN
AURICULAR

Gestión de la Atención



COMPARATIVA DE PARES (PEERS)

CICLO DE
GESTIÓN

CONTRO
L

- **Benchmarking**
- Áreas de mejora

GRD		ALTAS TOTALES	E.M. TOTAL	DIFEREN CIA E.M.	IMPACTO (estancias)
127	Fallo cardiaco y shock	189	6,38	-0,83	-153
544	Insuficiencia cardiaca crónica y arritmia con complicaciones mayores	106	7,66	-1,33	-139
541	Neumonía simple y otros trastornos respiratorios excepto bronquitis, asma con cc mayor	18	11,61	-0,71	-11
87	Edema pulmonar e insuficiencia respiratoria	16	9,88	2,94	47
543	Trast.del s.circulatorio excepto IAM, insuficiencia card. crónica y arritmia con cc myr	11	8,73	0,50	5

TOP-5 GRD UIC-MI-HUCA. Año 2013



CICLO DE
GESTIÓN

CONTRO
L

- **Benchmarking**
- Áreas de mejora

Gestión de la Atención



BENCHMARKING

implica la **identificación** de las **mejores prácticas** con la finalidad de obtener una estimación de los beneficios que se podrían alcanzar si las diversas organizaciones se situaran en el nivel de las mejores, facilitando de este modo el aprendizaje

Permite:

- ✓ Identificar aspectos a mejorar
- ✓ Implementa mejoras en el Servicio para alcanzar el punto de referencia (**benchmark**)

GUIÓN

1. Gestión de la atención
2. **Paciente crónico complejo**
3. Insuficiencia cardiaca
4. Propuesta específica: modelo UMIPIC
5. Ejemplo concreto: HUCA





Paciente pluri-patológico



Enfermedad crónica:

condición de salud:

- lenta en progresión
- larga en duración
- sin solución espontánea

que a menudo limita:

- funcionalidad
- productividad
- calidad de vida





Paciente pluri-patológico



Enfermedad crónica: condición de salud: que a menudo limita:

- lenta en progresión
- larga en duración
- sin solución espontánea
- funcionalidad
- productividad
- calidad de vida

Paciente pluripatológico: aquel que tiene 2 ó más enfermedades crónicas sintomáticas que condicionan una especial fragilidad clínica





Paciente pluri-patológico



Enfermedad crónica: condición de salud: que a menudo limita:

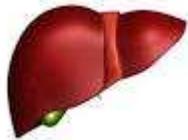
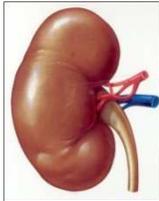
- lenta en progresión
- larga en duración
- sin solución espontánea
- funcionalidad
- productividad
- calidad de vida

Paciente pluripatológico: aquel que tiene 2 ó más enfermedades crónicas sintomáticas que condicionan una especial fragilidad clínica

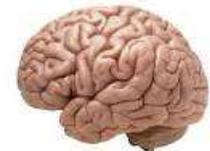
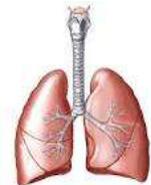
CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO:

- **Más de una enfermedad y más de un órgano afectado.**
- Consumo de recursos abundante
- Elevada complejidad
- Frecuente fragilidad clínica
- Descompensaciones habituales
- Dependencia
- Polifarmacia





Paciente pluri-patológico



CATEGORÍA A

- Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA¹ (síntomas con actividad física habitual)
- Cardiopatía Isquémica

CATEGORÍA B

- Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas
- Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria², mantenidos durante 3 meses

CATEGORÍA C

- Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con: disnea grado 2 de la MRC³ (disnea a paso habitual en llano), o FEV1<65%, o SaO2 ≤ 90%

CATEGORÍA D

- Enfermedad inflamatoria crónica Intestinal
- Hepatopatía crónica con hipertensión portal⁴

CATEGORÍA E

- Ataque cerebrovascular
- Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel Inferior a 60)
- Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 o más errores).

CATEGORÍA F:

- Arterlopatía periférica sintomática
- Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática

CATEGORÍA G:

- Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hgb < de 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.
- Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

CATEGORÍA H:

- Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel Inferior a 60).

¹ Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones. ² Índice albumina/Creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria > 3 mg/dl en muestra de orina o Albumina > 300 mg/día en orina de 24 horas o > 200 microg/min. ³ Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o necesidad de detenerse a descansar al andar en llano al propio paso. ⁴ Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.



Paciente pluri-patológico



¿Cómo cuantificar comorbilidad y pluripatología?

INSTRUMENTOS MAS UTILIZADOS EN LA EVALUACION DEL PRONOSTICO VITAL EN COMORBILIDAD Y PLURIPATOLOGIA

- ✓ **ICH : CHARLSON (Charlson Modificado)**
- ✓ CIRS
- ✓ ICED
- ✓ KAPLAN o KAPLAN-FEINSTEIN
- ✓ OTROS (más recientes)
 - Walter 2001
 - Desay 2002
 - Carey 2004
 - Lee 2006
 - Levine 2007
- ✓ **INDICE PROFUND. Grupo español de la SEMI**



Paciente pluri-patológico



¿Cómo cuantificar comorbilidad y pluripatología?

INSTRUMENTOS MAS UTILIZADOS EN LA EVALUACION DEL PRONOSTICO VITAL EN COMORBILIDAD Y PLURIPATOLOGIA

1	Infarto de miocardio Insuficiencia cardíaca congestiva Enfermedad vascular periférica Enfermedad cerebrovascular Demencia Enfermedad respiratoria crónica Enfermedad del tejido conectivo Ulcus péptico Hepatopatía leve Diabetes mellitus sin afectación de órganos diana
2	Hemiplejía Enfermedad renal moderada-grave Diabetes mellitus con afectación de órganos diana Cualquier tumor sin metástasis Leucemia (aguda o crónica) Linfoma
3	Enfermedad hepática moderada o severa
6	Tumor sólido con metástasis SIDA

INDICE DE CHARLSON

Es una escala numérica sumatoria, a > puntuación mayor riesgo de muerte al año

- 0 puntos 12%
- 1-2 puntos 26%
- 3-4 puntos 52%
- > 5 puntos 85%

Además, por cada década de edad >40 años, 1 punto más

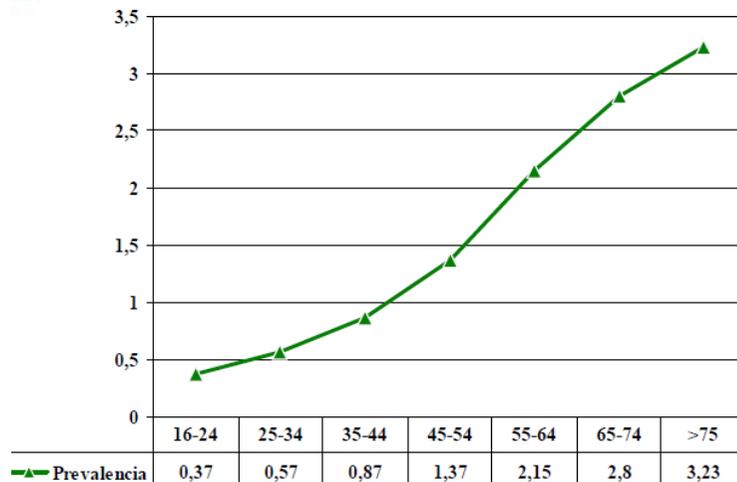
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987;40:373-83.



Paciente pluri-patológico



Prevalencia de Problemas o Enfermedades Crónicas por Edad.
Encuesta Nacional de Salud 2006.



La cronicidad en España

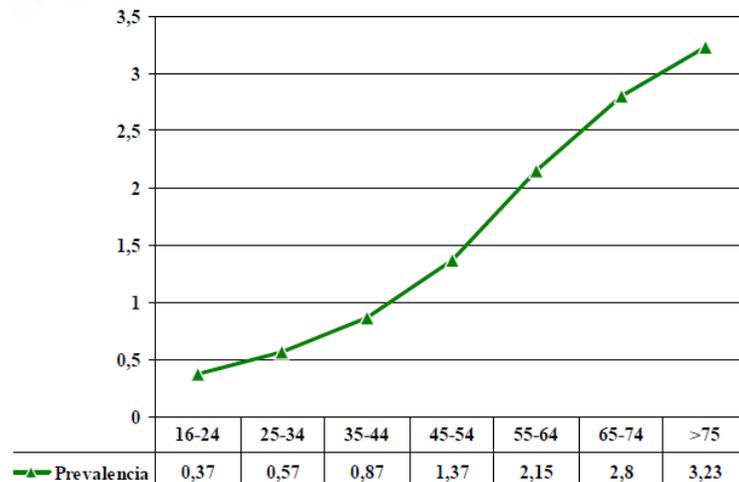
- ✓ Casi 20 millones tienen problemas crónicos de salud (INE-09)
- ✓ 41% varones, 46% mujeres tiene un problema de salud crónico
- ✓ Las enfermedades crónicas generan:
 - 80% consultas AP
 - 62% altas hospitalarias
 - 77% gasto sanitario
 - 66% incremento gasto sanitario



Paciente pluri-patológico



Prevalencia de Problemas o Enfermedades Crónicas por Edad.
Encuesta Nacional de Salud 2006.



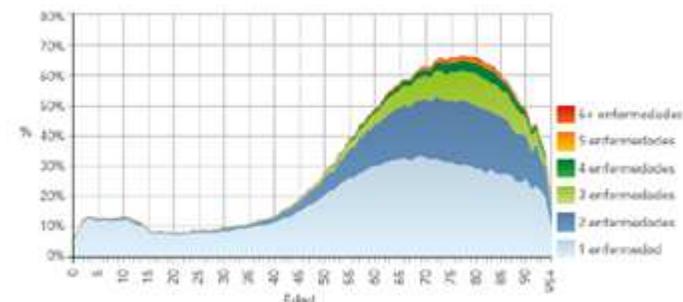
Con la edad aumenta la comorbilidad

- ✓ 65-74a: media de 2,8 enf crónicas
- ✓ >75 años: 3,2 enf crónicas

La cronicidad en España

- ✓ Casi 20 millones tienen problemas crónicos de salud (INE-09)
- ✓ 41% varones, 46% mujeres tiene un problema de salud crónico
- ✓ Las enfermedades crónicas generan:
 - 80% consultas AP
 - 62% altas hospitalarias
 - 77% gasto sanitario
 - 66% incremento gasto sanitario

Distribución de pacientes según el número de enfermedades crónicas en función de la edad



Fuente: Estudio 2007

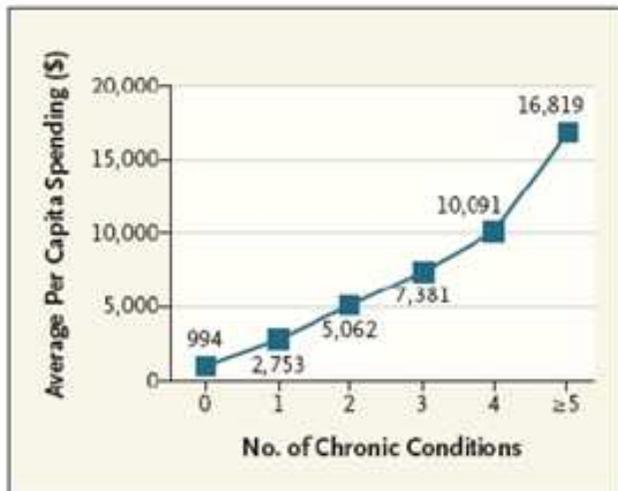


Paciente pluri-patológico



> Comorbilidad = > Gasto

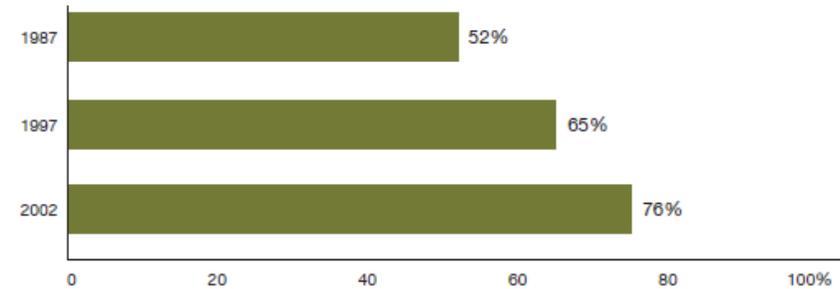
- ✓ El gasto sanitario se incrementa en función de la comorbilidad
- ✓ Con >5 enfermedades crónicas, gasto sanitario se multiplica por 17



Average Annual Per Capita Spending for Patients with Different Numbers of Chronic Conditions.

Wolf et al. Arch int Med. 2002

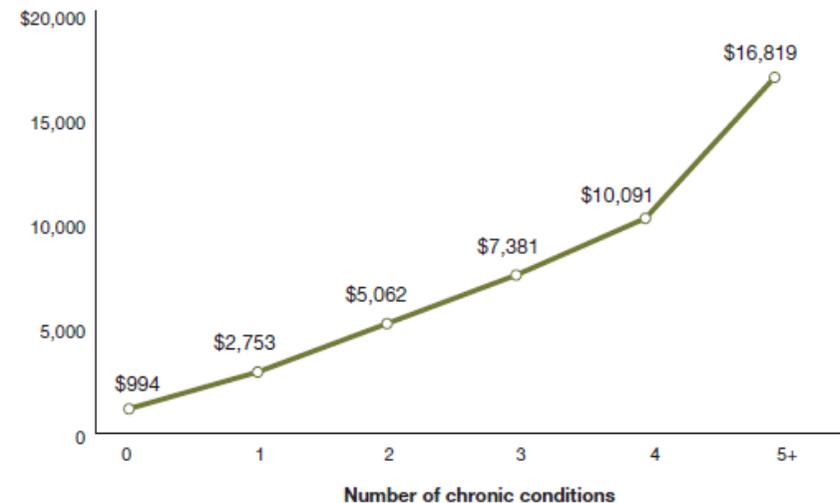
Figure 1. Medicare spending for beneficiaries with 5 or more conditions



Source: Thorpe and Howard (111)

Figure 2: Average per capita spending by number of chronic conditions

Average per capita spending



Source: Anderson (2)

RESEARCH SYNTHESIS REPORT NO. 19
 DECEMBER 2009
Thomas Bodenheimer, MD, MPH
Rachel Berry-Millett, BA
 Center for Excellence in Primary Care,
 Department of Family and Community Medicine,
 University of California, San Francisco



Paciente pluri-patológico



Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna

José Salvador García-Morillo, Máximo Bernabeu-Wittel, Manuel Ollero-Baturone, Manuela Aguilar-Guisad, Nieves Ramírez-Duque, Miguel Angel González de la Puente, Pilar Limpo, Susana Romero-Carmona y José Antonio Cuello-Contreras

Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI). Servicio de Medicina Interna. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Med Clin (Barc). 2005;125(1):5-9

Comparación de las variables clinicoasistenciales entre la cohorte de pacientes con pluripatología (PP) y la cohorte general (GE)

Variable	Cohorte PP	Cohorte GE	p (RR [IC del 95%])
Edad	75 (11)	67 (16)	< 0,0001
Sexo (% varones)	53,8%	56,1%	NS
Ingreso en HG	30,3%	49%	0,001 (RR = 0,45 [0,27-0,73])
Ingreso en HP	59,9%	42,5%	0,006 (RR = 1,98 [1,22-3,22])
Mortalidad	19,3%	6,1%	0,001 (RR = 3,66 [1,65-8,13])
Deterioro funcional significativo*	16%	7%	0,018 (RR = 2,47 [1,15-5,35])
Estancia media	8,5 (1-90)	8 (1-63)	NS
Asistencias urgentes	3,6 (3,4)	2,42 (1,9)	0,003
Episodios de hospitalización	1,9 (1,3)	1,05 (1)	0,009
Asistencias especializadas	0,96 (1,2)	1,55 (1,3)	NS

DE: desviación estándar; HG: hospital general; HP: hospital periférico; RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza; NS: no significativo.

*Descenso ≥ 10 puntos en la escala de Barthel entre valores basales y al alta.



Paciente pluri-patológico



Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna

Tabla 2. Prevalencia de pluripatología según áreas y servicios hospitalarios de ingreso

Área y servicio de ingreso	n	Porcentaje	IC del 95%
Área de especialidades médicas	558	31,3	29,2-33,5
Medicina interna	225	36,3	32,5-40,1
Nefrología	18	41,9	27,1-56,6
Oncología	32	33,0	23,6-42,3
Cardiología	128	32,3	27,7-36,9
Neumología			
Endocrinología			
Aparato digestivo			
Reumatología	9	20,5	8,5-32,4
Neurología	25	18,1	11,7-24,5
Hematología	8	11,9	4,2-19,7
Área de especialidades quirúrgicas	116	9,8	8,1-11,5
Cirugía cardiovascular	38	31,9	23,6-40,3
Cirugía torácica	11	14,5	6,6-22,4
Cirugía maxilofacial	6	12,8	3,2-22,3
Cirugía general	37	11,0	7,7-14,4
Neurocirugía	5	5,8	0,9-10,8
Urología	6	3,8	0,8-6,7
Traumatología	13	3,7	1,7-5,6
Área del resto de especialidades	56	4,2	3,1-5,2
Otorrinolaringología	7	7,6	2,2-13
Oftalmología	2	4,2	0-9,8
Medicina intensiva			
Radiología			
Radioterapia	5	33,3	9,5-57,2
Psiquiatría	4	5,1	0,2-9,9
Ginecología y obstetricia	5	0,7	0,1-1,3
Pediatría	0	0,0	0
Dermatología	0	0,0	0
Anestesiología	0	0,0	0

Alcázar-Morillo, Máximo Bernabeu-Wittel, Manuel Ollero-Baturone, Luisad, Nieves Ramírez-Duque, Miguel Angel González de la Puente, María Romero-Carmona y José Antonio Cuello-Contreras

Revista Médica Integral (UCAMI). Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Med Clin (Barc). 2005;125(1):5-9

225 36,3 32,5-40,1
18 41,9 27,1-56,6

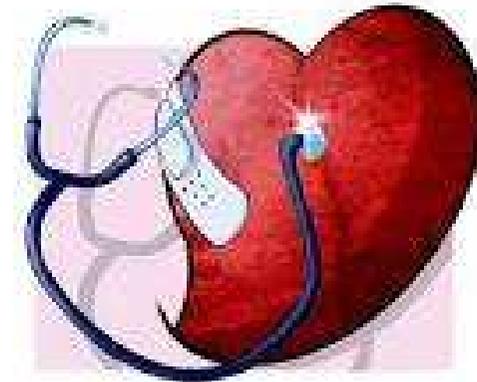
25 40,3 28,1-52,5

Medicina interna
Nefrología

Medicina intensiva

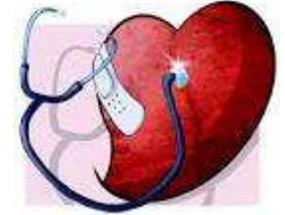
GUIÓN

1. Gestión de la atención
2. Paciente crónico complejo
- 3. Insuficiencia cardiaca y PPP**
4. Propuesta específica: modelo UMIPIC
5. Ejemplo concreto: HUCA





IC y PPP



Comorbilidad en Insuficiencia Cardíaca

Comorbilidad de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en los servicios de medicina interna

Montero Pérez-Barquero, M.; Conthe Gutiérrez, P.; Román Sánchez, P.; García Alegría, J.; Forteza-Rey, J.

Publicado en Rev Clin Esp. 2010;210:149-58. - vol.210 núm 04

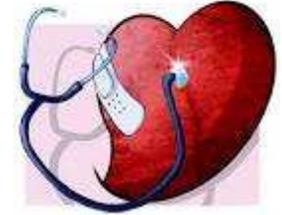


Resultados:

- ✓ La edad media fue de 77 años (mujeres, el 57%).
- ✓ El 45% había tenido al menos un ingreso en el último año.
- ✓ Se indentificaron patologías asociadas en el 60% de los pacientes:
 - diabetes mellitus 39%;
 - enfermedad pulmonar obstructiva crónica 31%
 - Índice de Charlson medio fue de 5,4 puntos (rango: 2–11 puntos).



IC y PPP



Comorbilidad en Insuficiencia Cardíaca

Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):473



REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA

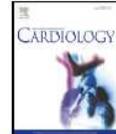
<http://www.revclinesp.es/>



Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Cardiology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijcard



IC-19. - COMORBILIDAD EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA. REGISTRO RICA

F. Ruiz Laiglesia¹, M. Montero Pérez-Barquero², F. Formiga Pérez³, J. Pérez Calvo¹, M. Sánchez Marteles¹, B. Amores Arriaga¹, C. Sánchez Sánchez⁴, A. González Franco⁵, L. Manzano Espinosa, en representación del Grupo de Trabajo IC y FA-Registro RICA

Basal functional status predicts three-month mortality after a heart failure hospitalization in elderly patients – The prospective RICA study

Francesc Formiga^{a,*}, David Chivite^a, Alicia Conde^b, Fernando Ruiz-Laiglesia^c, Álvaro González Franco^d, Carmen Pérez Bocanegra^e, Luis Manzano^f, Manuel Montero Pérez-Barquero^g, for the RICA Investigators¹

- Edad media: 77,9 años,
- 53,1% mujeres.
- Comorbilidades más frecuentes:
 - ✓ diabetes (44,3%)
 - ✓ FGE < 60 ml/min (30,8%)
 - ✓ EPOC (27,4%).
- Índice Charlson: 3,61

INDICE DE CHARLSON

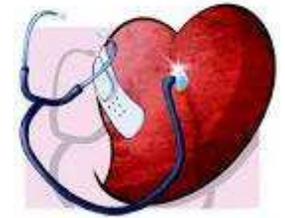
Es una escala numérica sumatoria, a > puntuación mayor riesgo de muerte al año

- 0 puntos 12%
- 1-2 puntos 26%
- 3-4 puntos 52%
- > 5 puntos 85%

	Total
Number (%) of patients	1431 (100)
Age*	823 (4.6)
Men, %	603 (42.1)
Weight (kg)*	71.7 (13.5)
BMI (kg/m ²)*	28.4 (9.0)
Cause of heart failure, %	
Ischemic	406 (28.4)
Hypertensive	575 (40.2)
Valvular	257 (18.0)
Diabetes mellitus, %	598 (41.8)
Hypertension, %	1239 (86.6)
SBP (mm Hg)*	140.4 (28.6)
Heart rate*	88.1 (23.6)
Hemoglobin (g/dl)*	12.0 (1.9)
Creatinine (mg/dl)*	1.4 (2.4)
MDRD < 60 ml/min, %	896 (62.6)
BNP*	1287 (2563)
NT-pro-BNP ^b	6590 (10,749)
LVEF < 50%, %	536 (37.5)
NYHA	
NYHA I-II, %	832 (48.3)
NYHA III-IV, %	595 (41.7)
Charlson Index*	3.6 (2.6)
SPMSQ*	2.0 (2.2)
COPD, %	380 (26.6)



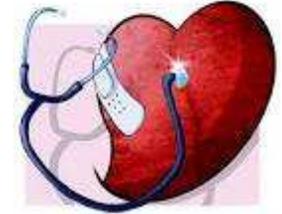
IC y PPP



- Causa más frecuente de hospitalización en >65 años
- Tasa reingresos en 90 días=33%
- IC = 3 % gasto sanitario
2/3 partes por hospitalizaciones
- Coste por hospitalización en ICC es el doble del originado por el cáncer



IC y PPP



Magnitud de la IC en España

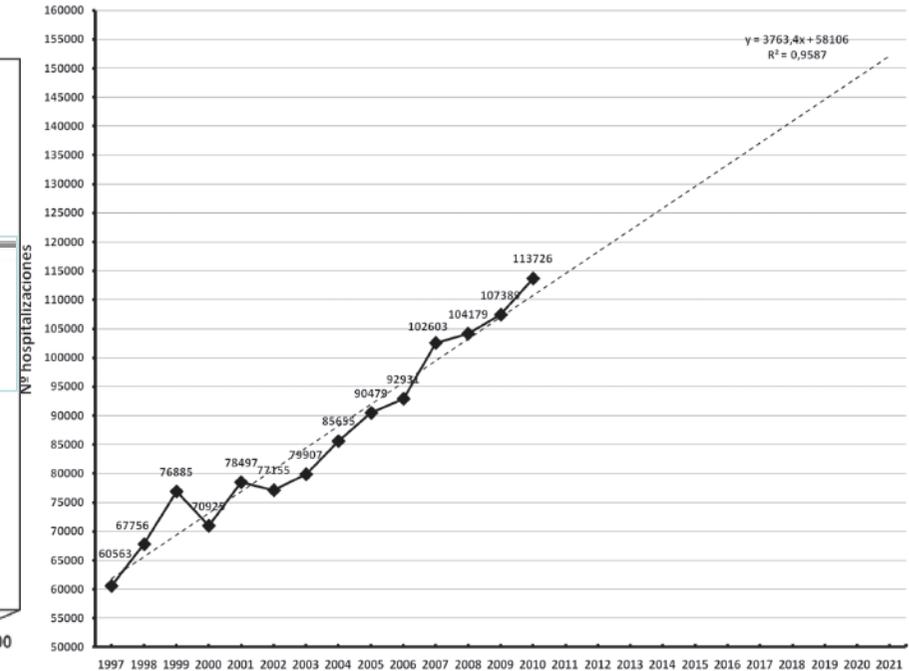
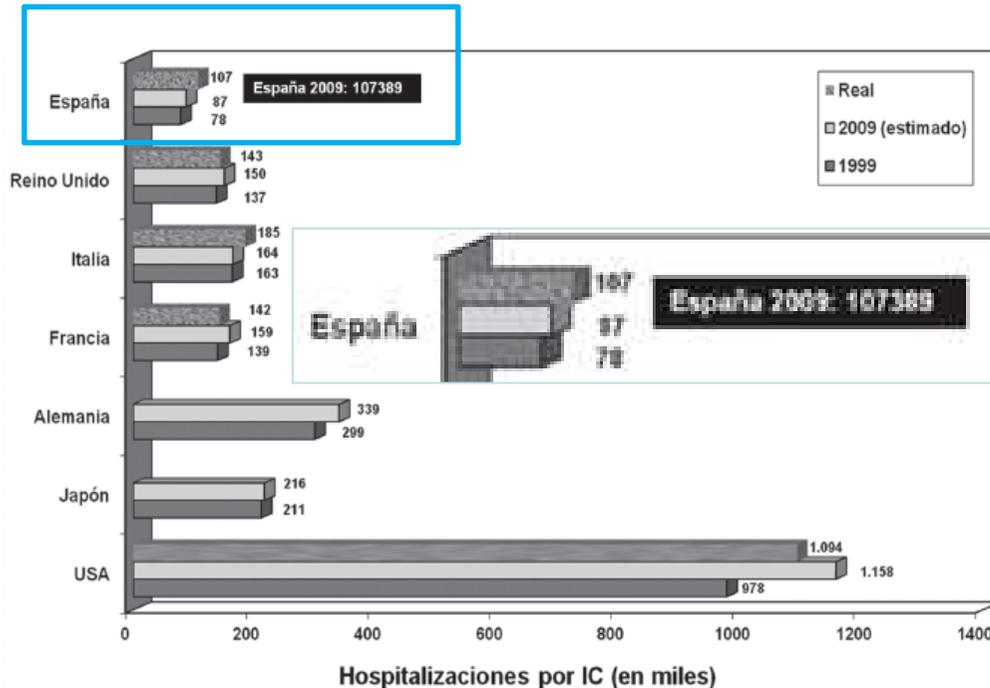


Figura 2. Predicción de hospitalizaciones por IC en España en una década (2021).

MÁSTER DE POSTGRADO
UCAM-SEMI-SEC-MENARINI
 DE FORMACIÓN NO PRESENCIAL EN
INSUFICIENCIA CARDÍACA

www.masterinsuficienciacardiaca.com

INSTITUTO INTERNACIONAL DE
CARDIOLOGÍA

www.iicardiologia.org / www.ucam.edu

UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

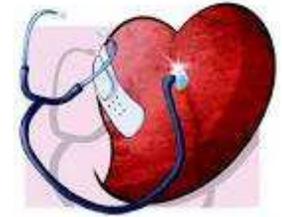
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA

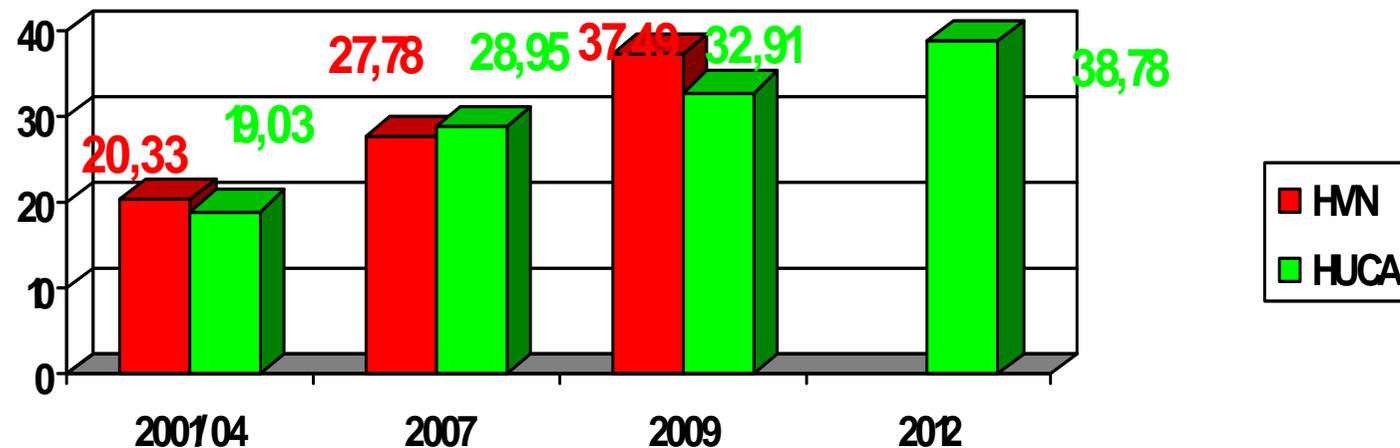
GRUPO
MENARINI



IC y PPP



Complejidad de los pacientes ingresados por IC



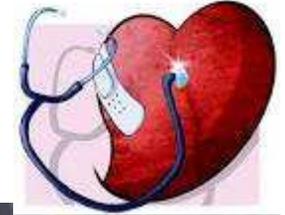
GRD 127: IC, cardiopatía HTA o Enfermedad cardio-renal hipertensiva en situación congestiva

GRD 544: IC, arritmia cardíaca o trastorno de conducción cardíaca con

complicación mayor o comorbilidad (TEPA, EAP, Insuf Respirat Aguda, Insuf Renal Aguda, Neumonía, UPP, FV o sepsis)



IC y PPP



- **Cambios sociales y biomédicos**

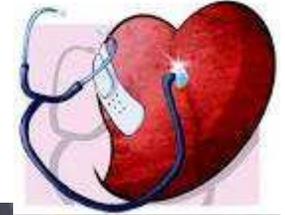
- ~ **Envejecimiento de la población**
- ~ Mayor demanda de calidad asistencial
- ~ Progreso médico



Situación de la IC



IC y PPP



- **Cambios sociales y biomédicos**

- ~ Envejecimiento de la población
- ~ **Mayor demanda de calidad asistencial**
- ~ Progreso médico



¿TIENE INSUFICIENCIA CARDIACA?



¿Tiene dificultad respiratoria o se le hinchan los pies?

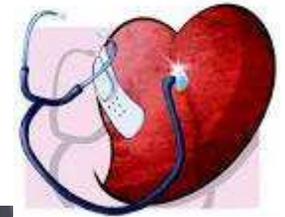
Visite www.heartfailurematters.org
Si no encuentra la respuesta a sus preguntas,
por favor contacte con su médico.

EUROPEAN HEART FAILURE AWARENESS DAY



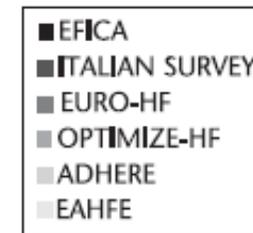
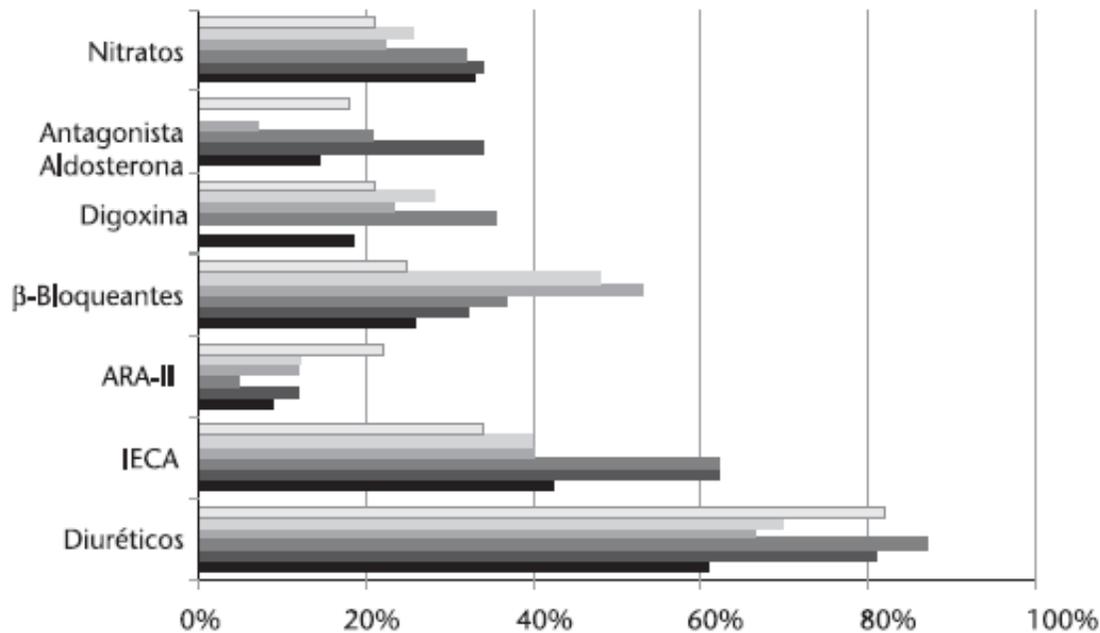


IC y PPP



- **Cambios sociales y biomédicos**

- ~ Envejecimiento de la población
- ~ Mayor demanda de calidad asistencial
- ~ **Progreso médico**



¿TIENE INSUFICIENCIA CARDIACA?

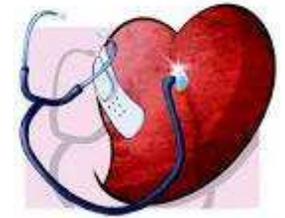
¿Tiene dificultad respiratoria o se le hinchan los pies?

Visite www.heartfailurematters.org
Si no encuentra la respuesta a sus preguntas, por favor contacte con su médico.

EUROPEAN HEART FAILURE AWARENESS DAY



IC y PPP

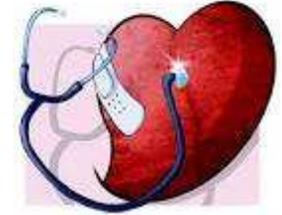


- El **paciente pluripatológico** genera una enorme demanda asistencial
- **Modelo clásico de atención sanitaria: no es eficaz**

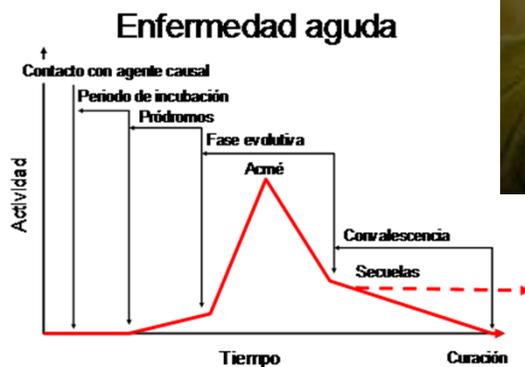




IC y PPP

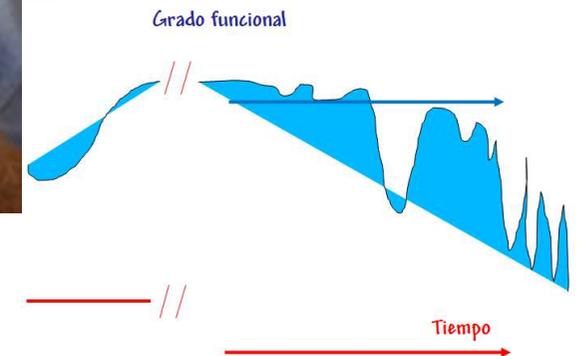


- El **paciente pluripatológico** genera una enorme demanda asistencial
- **Modelo clásico de atención sanitaria: no es eficaz**



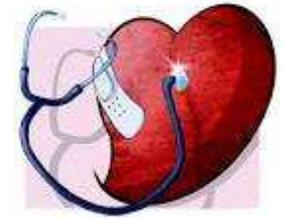
70% del gasto hospitalario

Procesos crónicos, con reagudizaciones





IC y PPP



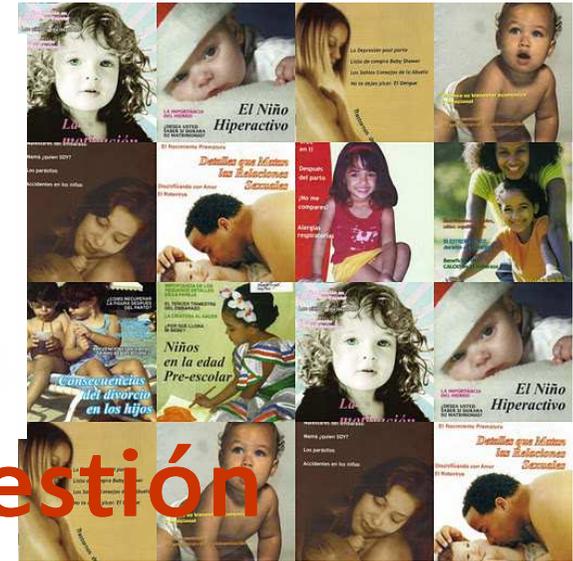
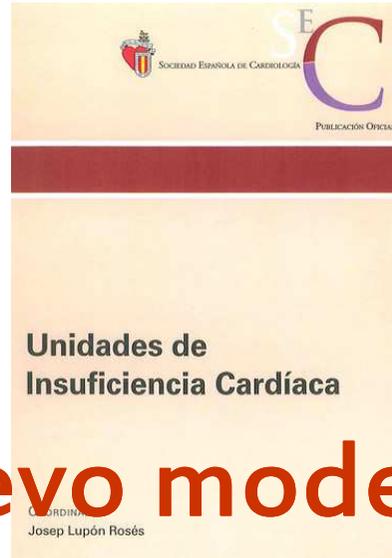
- **Necesidad de programas asistenciales específicos**
 - ~ **Gestión eficiente de los recursos (materiales y humanos)**
 - ~ **Continuum asistencial**
 - ~ **Centrados en el paciente**



GUIÓN

1. Gestión de la atención
2. Paciente crónico complejo
3. Insuficiencia cardiaca y PPP
4. **Propuesta específica: modelo UMIPIC**
5. Ejemplo concreto: HUCA





Nuevo modelo de gestión sanitaria: Programa UMIPIC



SEMI

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA



XXXII Congreso Nacional de la SEMI

26-28
Octubre
2011

XIV Congreso de la
Sociedad Canaria de Medicina Interna

Costa Meloneras

Palacio de Congresos Expomeloneras
Maspalomas. San Bartolomé de Tirajana
Gran Canaria. Las Palmas

Programa UMIPIC

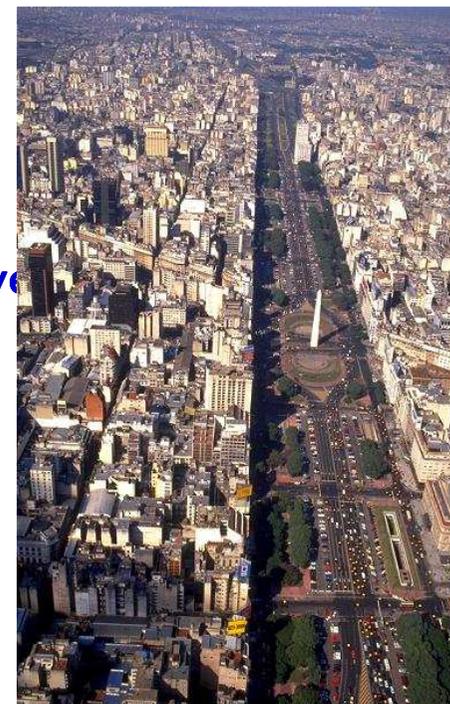


UMIPIC

Unidad de Medicina Interna de Pediatría
Hospital General de Gran Canaria



Programa UMIPIC



- Hospital de tercer nivel
- > 1100 camas
- Entorno urbano



- Hospital de tercer nivel
- > 700 camas
- Entorno mixto



MEDICINA INTERNA
COMPLEJO HOSPITALARIO DE LUGO



- Hospital de segundo nivel
- > 200 camas
- Entorno rural
- Dispersión geográfica



Volumen de consulta

Pacientes en seguimiento en la UIC:



633 pac en 5 años (2003 - 2008)



440 pac en 5 años (sept-05 hasta dic-10)



230 pacientes en 5 años (en-06 hasta en-11)

1-Objetivos Generales

- Objetivos generales:
 - Potenciar la **creación y desarrollo de unidades de manejo integral del paciente con insuficiencia cardiaca, basadas en la Medicina Interna**
 - Establecer una **plataforma de coordinación entre los diferentes centros que se adscriban al programa**

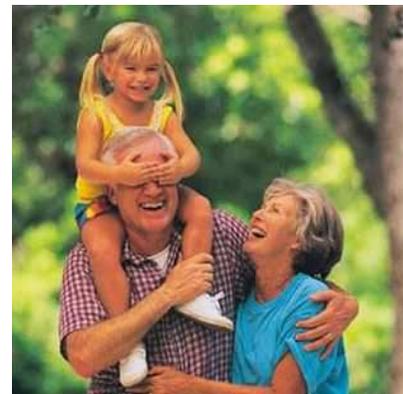
1-Objetivos Generales

- Objetivos específicos:
 - ~ Disminuir la tasa de **reingresos y visitas a Urgencias**
 - ~ Reducir el número de **consultas a especialistas**.



1-Objetivos Generales

- Objetivos específicos:
 - ~ Disminuir la tasa de **reingresos y visitas a Urgencias**
 - ~ Reducir el número de **consultas a especialistas.**
 - ~ Disminuir la **morbi-mortalidad** de estos pacientes
 - ~ Mejorar la **calidad de vida** del enfermo con IC



2-Pilares básicos



2-Pilares básicos

- Pilares del programa:
 - ~ **La implicación del paciente y sus familiares es fundamental a la hora de manejar pacientes complejos**



2-Pilares básicos

- Pilares del programa:
 - ~ La **implicación del paciente y sus familiares** es fundamental a la hora de manejar pacientes complejos
 - ~ El **papel de Enfermería en la educación** y seguimiento de este tipo de pacientes es básico



2-Pilares básicos

- Pilares del programa:
 - ~ La **implicación del paciente y sus familiares** es fundamental a la hora de manejar pacientes complejos
 - ~ El **papel de Enfermería en la educación** y seguimiento de este tipo de pacientes es básico
 - ~ La **valoración integral** del paciente pluripatológico es clave para un adecuado manejo



2-Pilares básicos

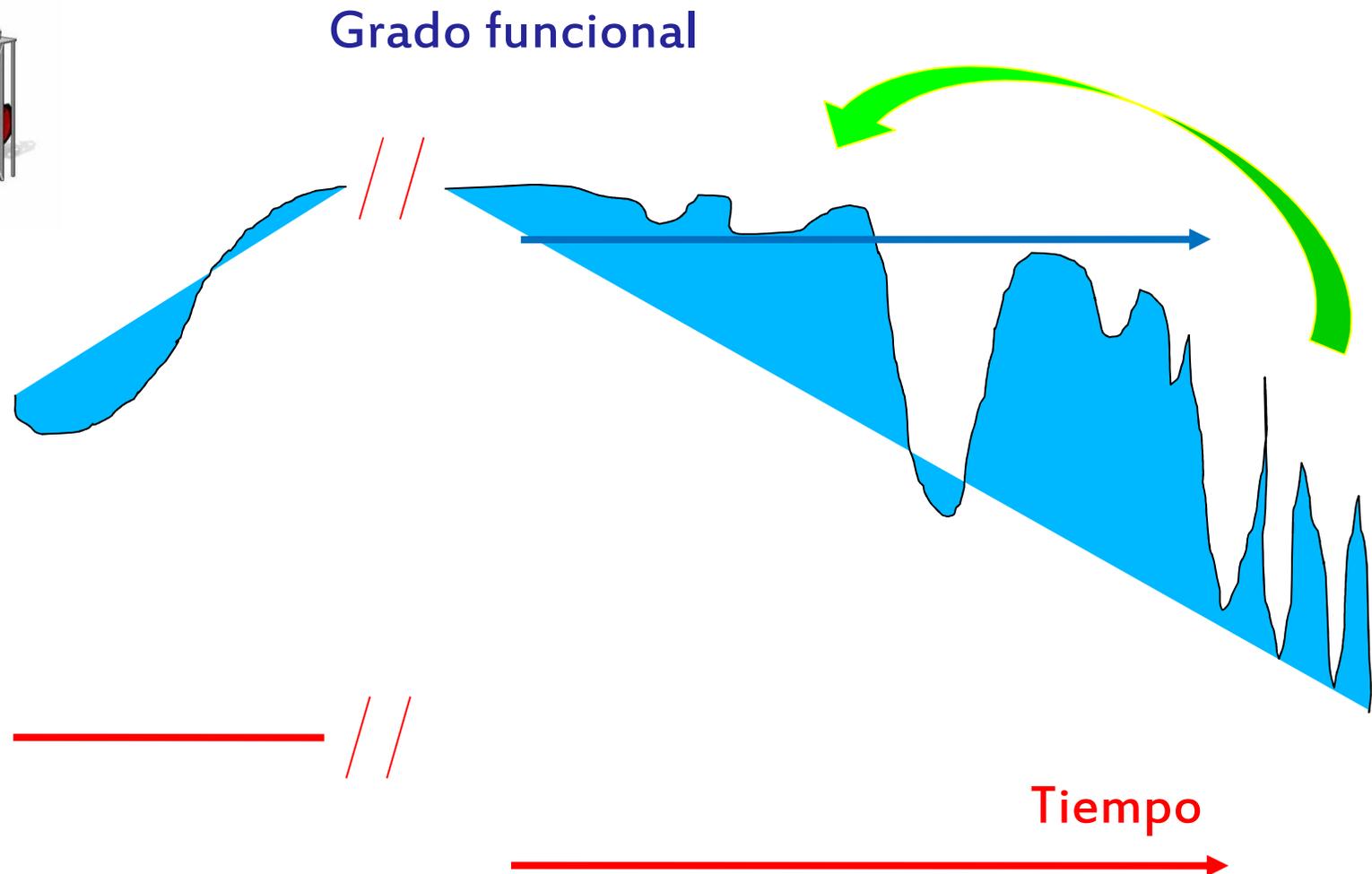
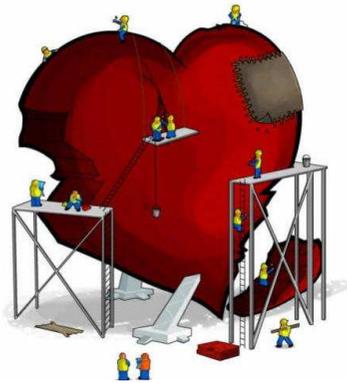


- Seguimiento continuado
- Estrecha coordinación con AP y URG
- Accesibilidad tanto del paciente con del MAP
- Actividad totalmente protocolizada

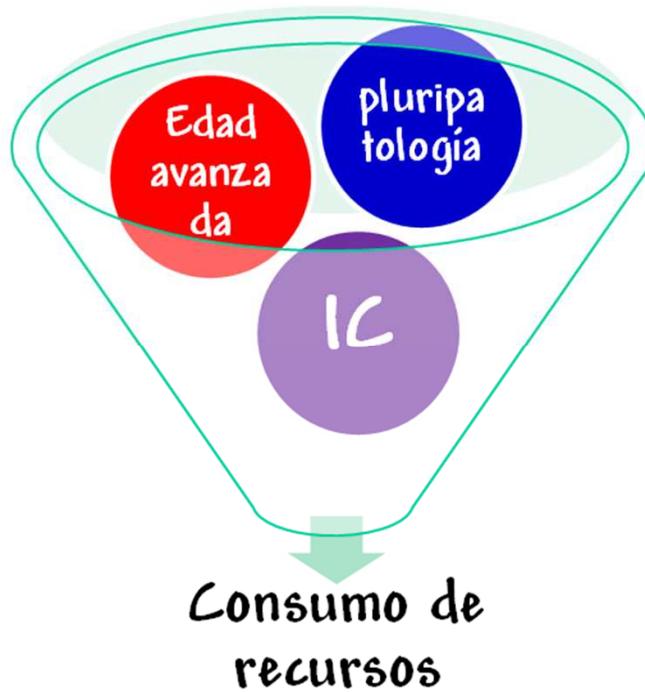


2-Pilares básicos

Efecto del Programa

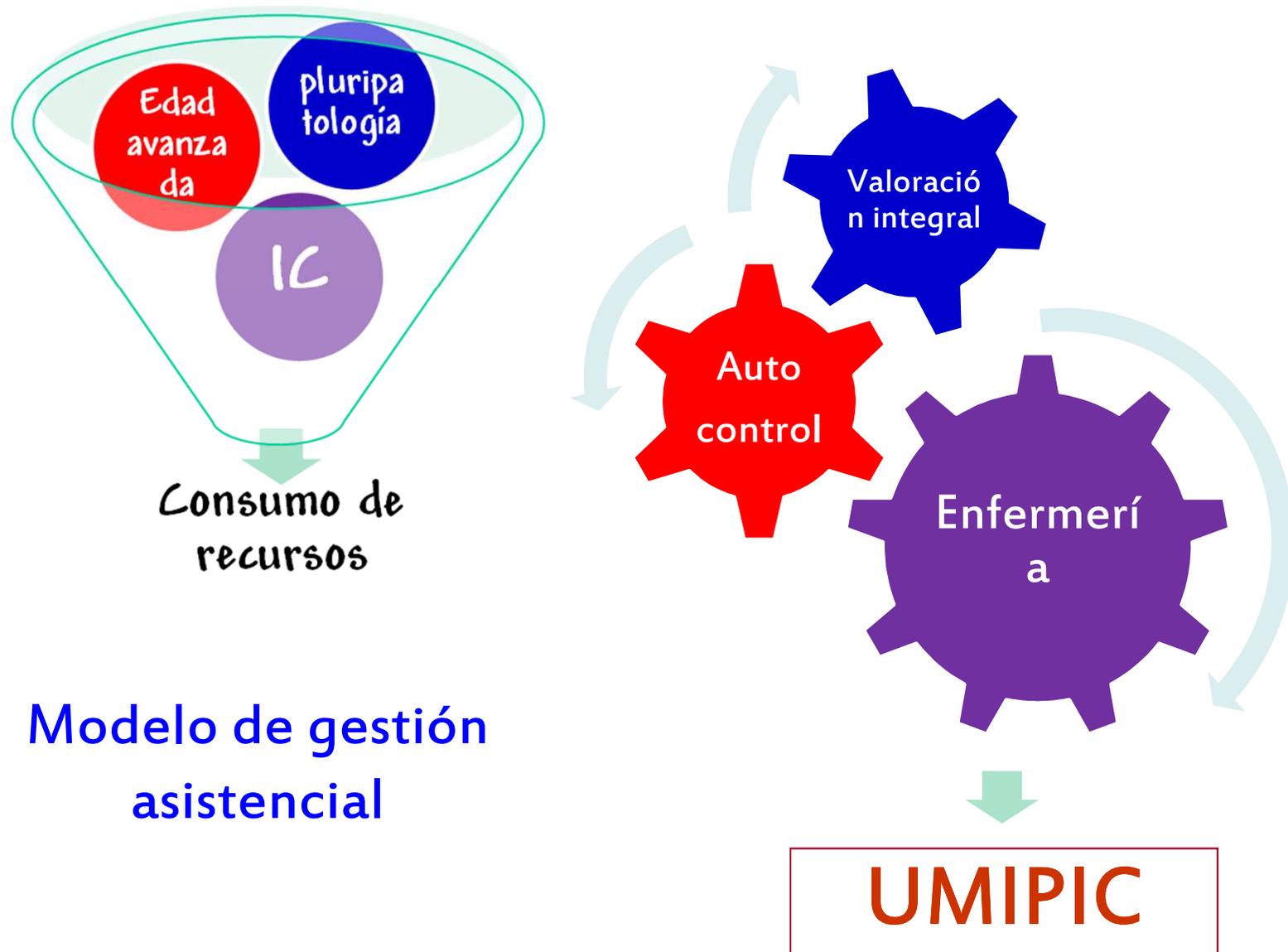


Programa UMIPIC



Modelo de gestión
asistencial

2-Pilares básicos



GUIÓN

1. Gestión de la atención
2. Paciente crónico complejo
3. Insuficiencia cardiaca
4. Propuesta específica: modelo UMIPIC
5. **Ejemplo concreto: HUCA**

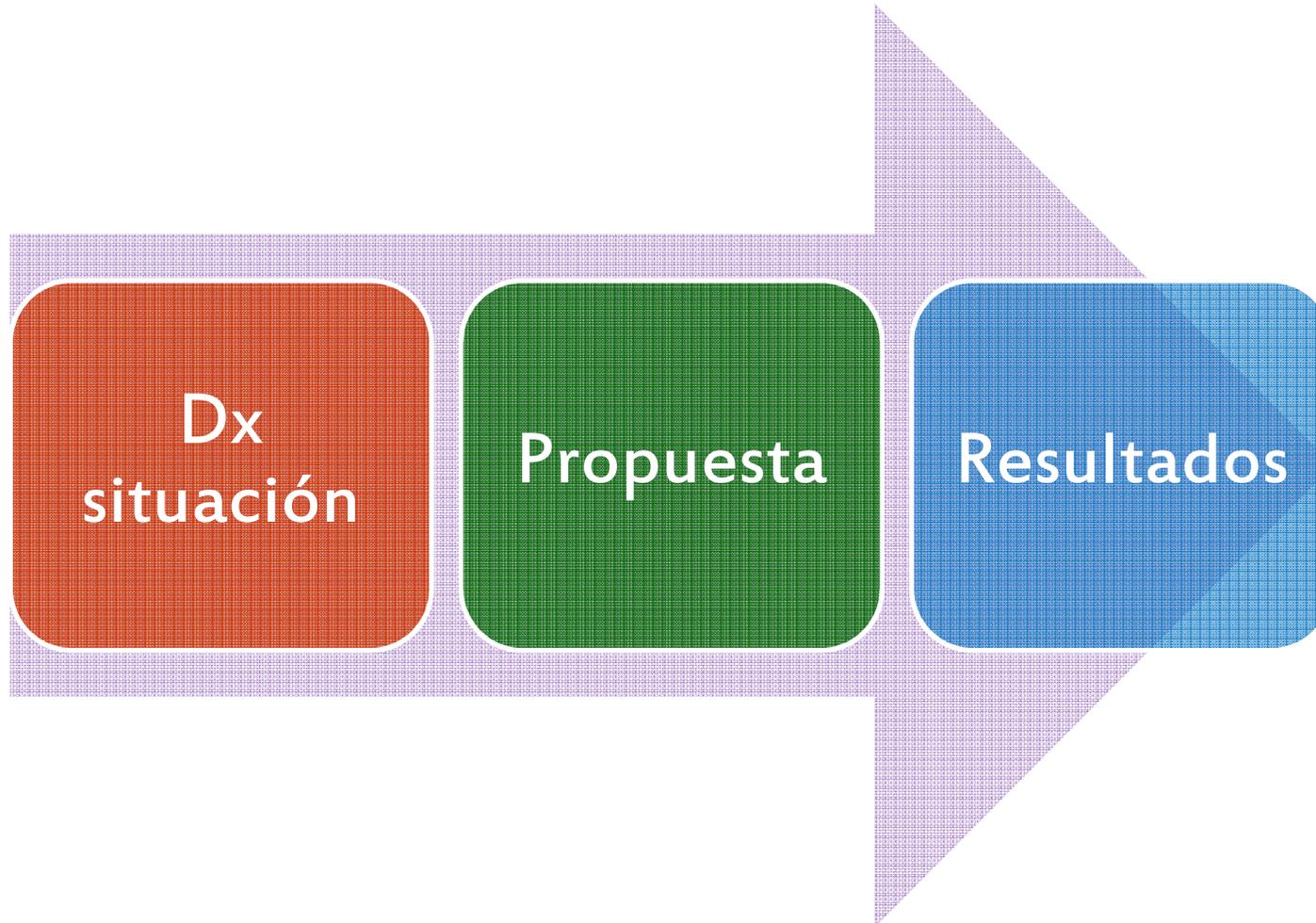


Ejemplo de aplicabilidad



**Hospital Universitario Central de Asturias
HUCA**

Ejemplo de aplicabilidad



Ejemplo de aplicabilidad



Primer paso = Punto de partida: Diagnóstico de la situación

¿Qué necesitamos? Organización previa de la IC en el hospital

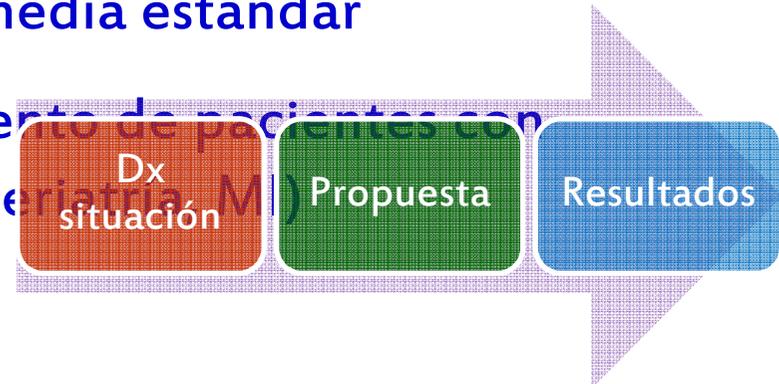
1. Casística de la IC en el hospital: GRD 127 y 544, evolución en el último quinquenio
2. Distribución de pacientes con IC: Cardio, MI, Nefro, Neumo
3. Evolución de estancias hospitalarias, por GRD y por Servicio. Diferencia con estancia media estandar
4. Programas específicos de seguimiento de pacientes con

Análisis DAFO

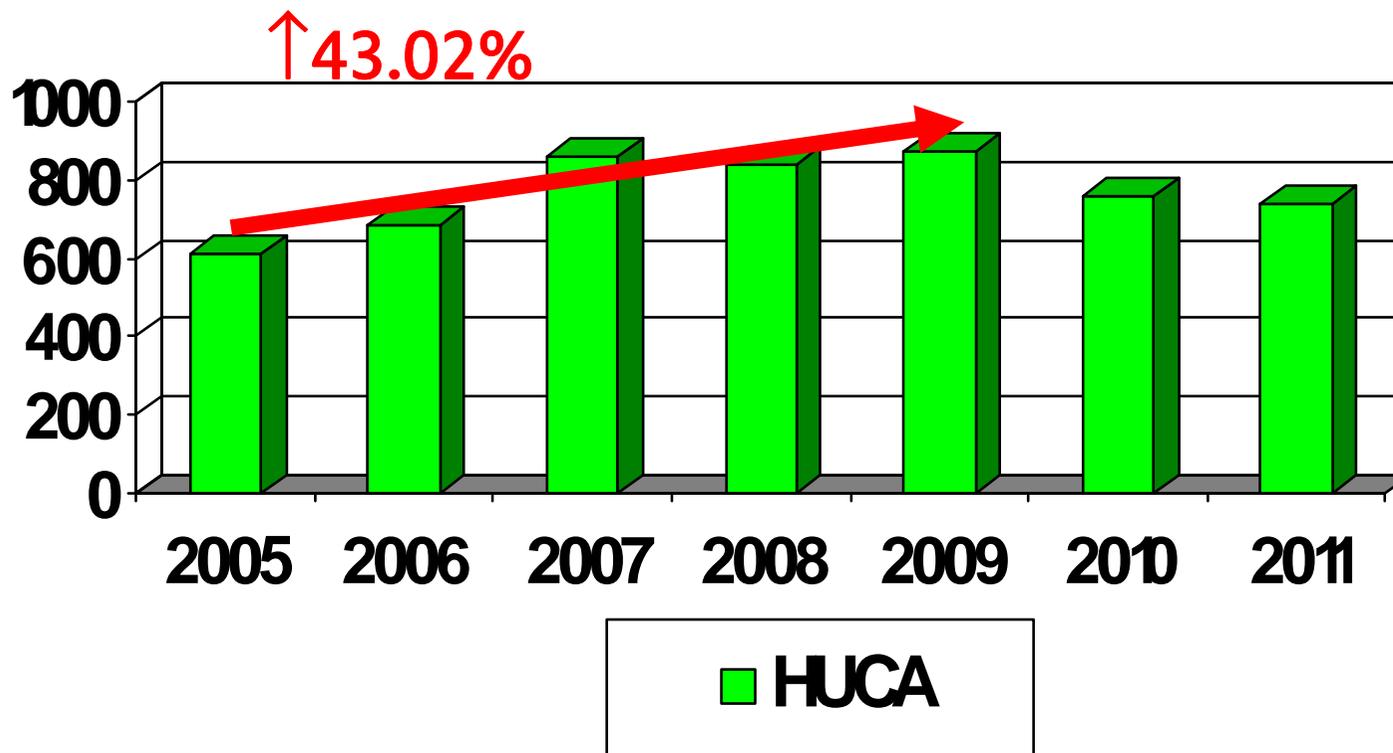
Dx
situación

Propuesta

Resultados



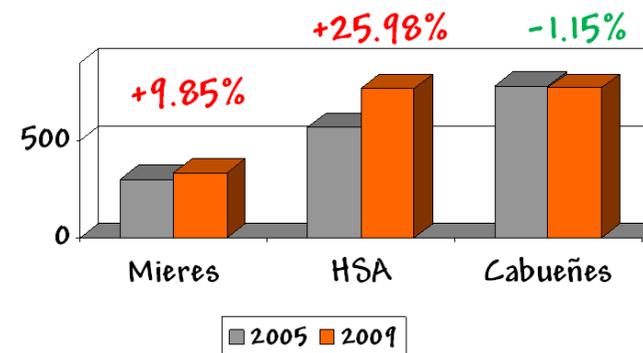
Diagnóstico de situación



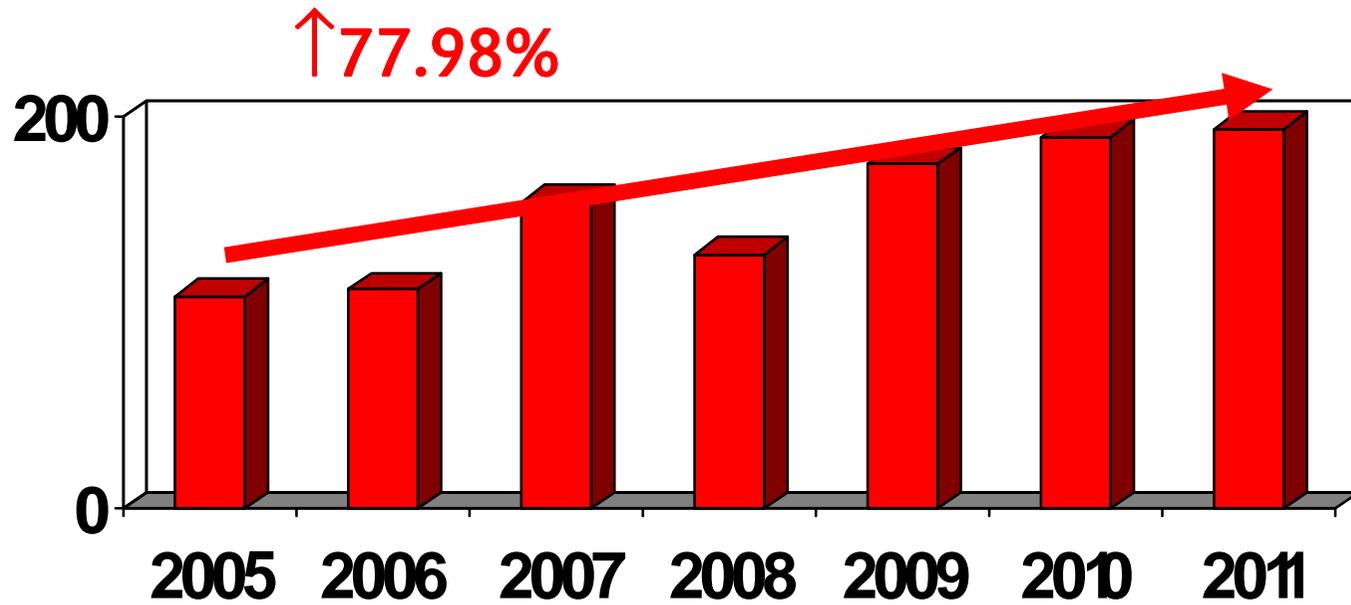
¿Qué necesitamos?

1. Casuística
2. Distribución pac
3. Evolución estancias
4. Programas

Ingresos anuales por IC-HUCA



Diagnóstico de situación



■ Cardiología

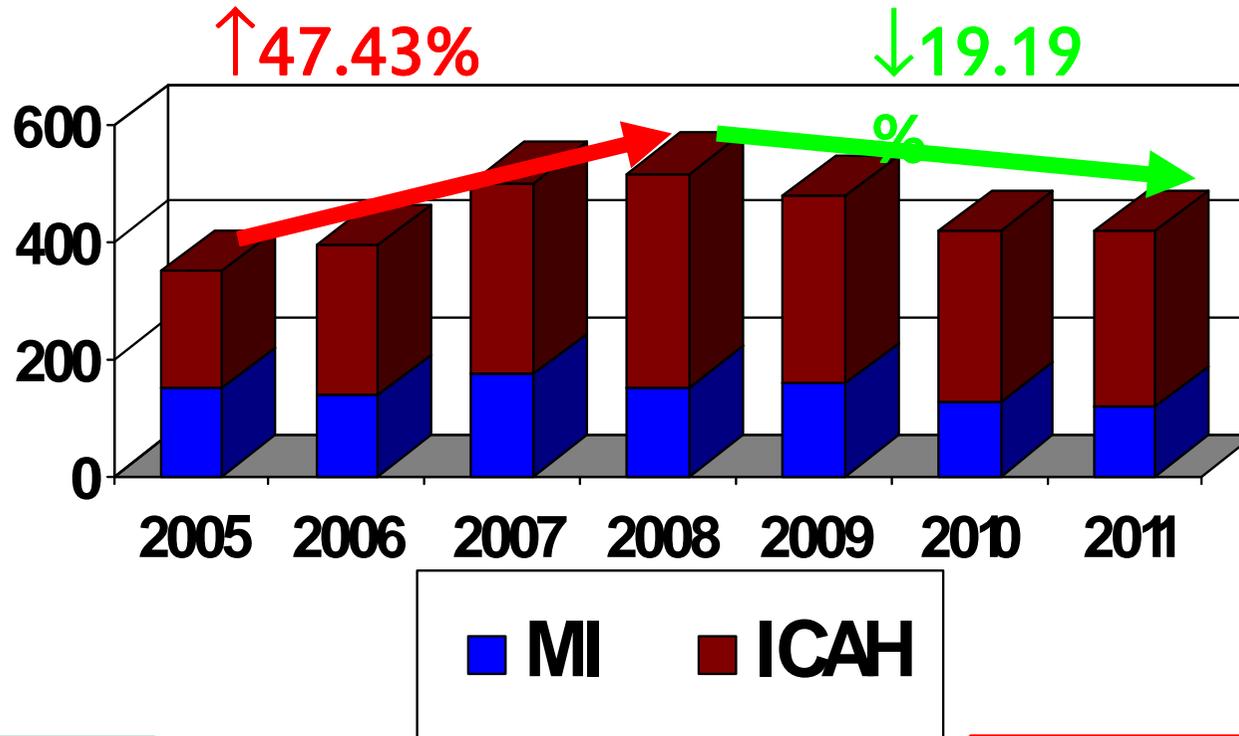
16 >> 26%

¿Qué necesitamos?

1. Casuística
2. Distribución pac
3. Evolución estancias
4. Programas

Distribución de Ingresos por IC en
Cardiología

Diagnóstico de situación



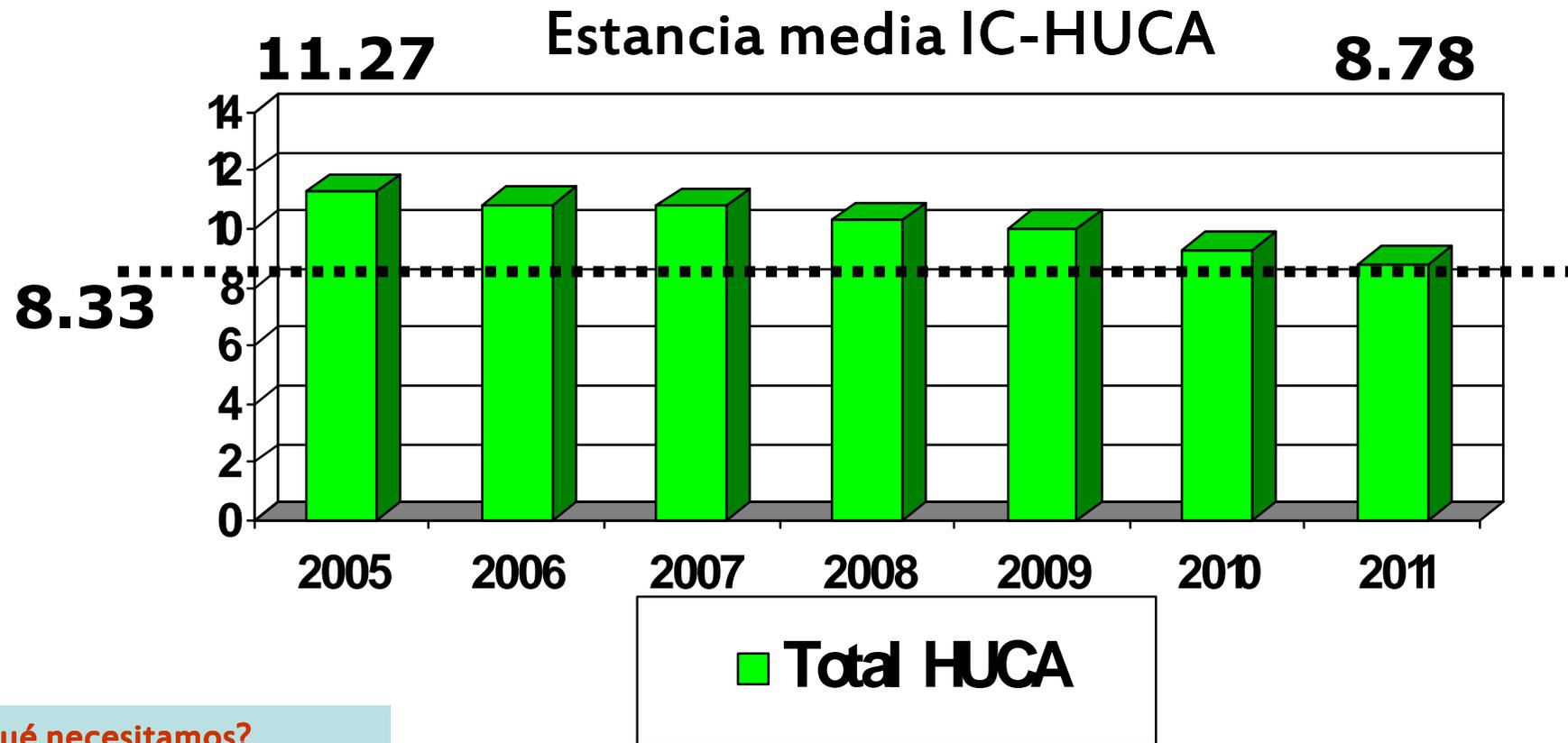
¿Qué necesitamos?

1. Casuística
2. Distribución pac
3. Evolución estancias
4. Programas

60 >> 50%

Distribución de Ingresos por IC en
MI

Diagnóstico de situación

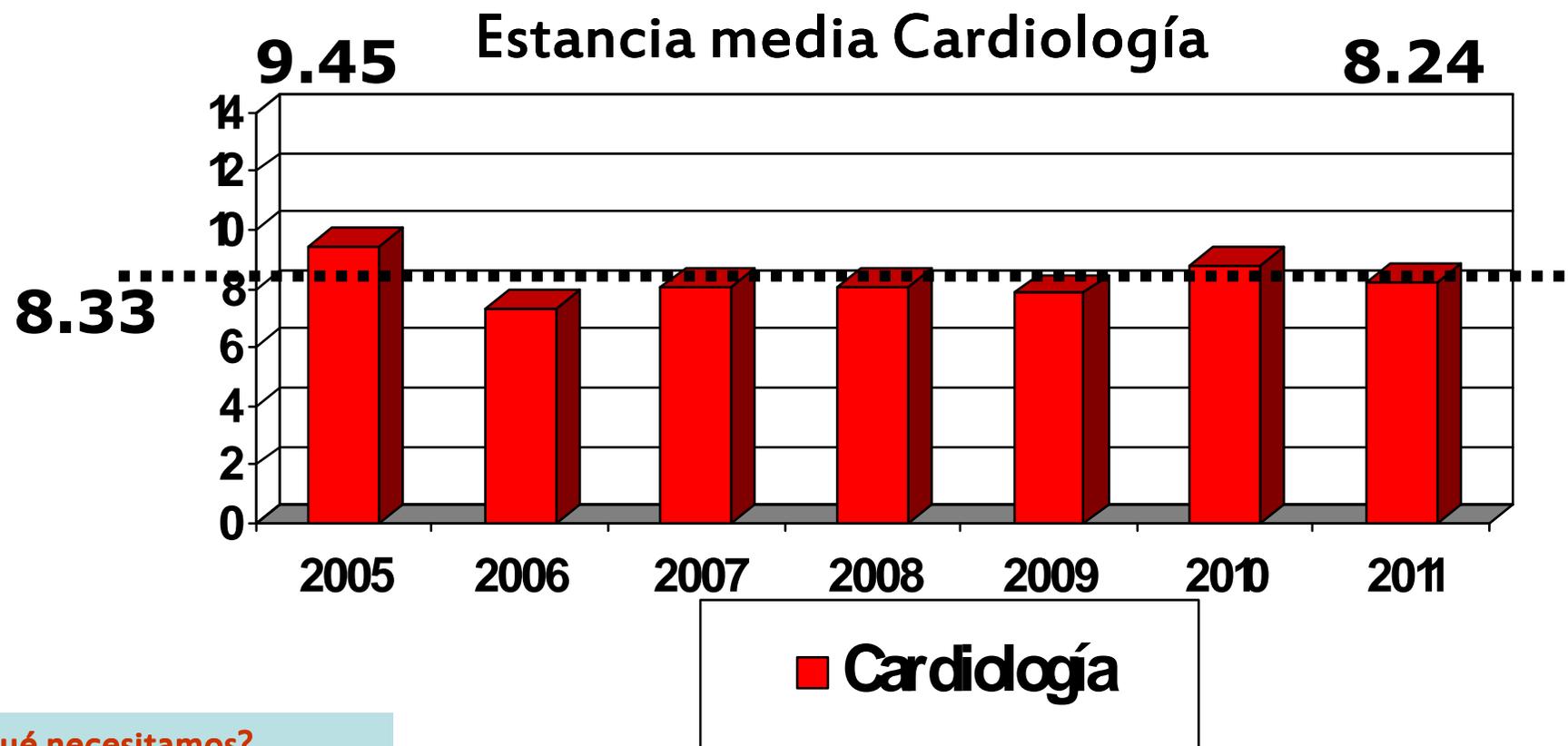


¿Qué necesitamos?

1. Casuística
2. Distribución pac
3. Evolución estancias
4. Programas

Reducción estancia media = 2.5 días
Desviación estancia media = 0.5 días
Exceso de estancias hospitalarias en 2011 = 332

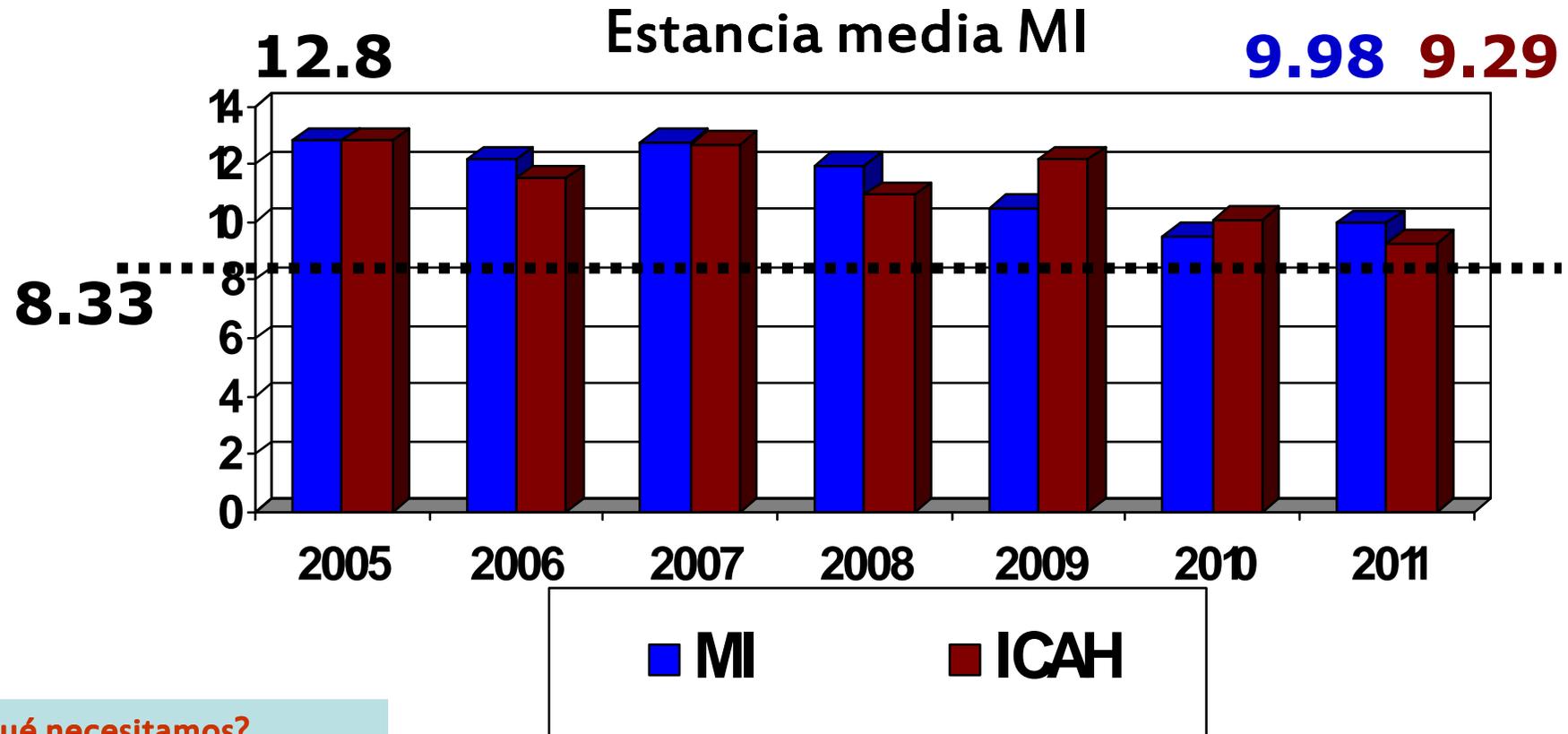
Diagnóstico de situación



¿Qué necesitamos?

1. Casuística
2. Distribución pac
3. Evolución estancias
4. Programas

Diagnóstico de situación



¿Qué necesitamos?

1. Casuística
2. Distribución pac
3. Evolución estancias
4. Programas

Exceso de estancias hospitalarias en 2011 = 484

Diagnóstico de situación

Programas específicos

Unidad IC-MI:

- 3 FEAs
- 16 camas asignadas a la unidad
- Un despacho
- Consulta de exención de guardias de 1 FEA

Unidad IC Avanzada de Cardiología

- 2 FEAs
- Consulta monográfica pre-trasplante
- Programa educativo de Enfermería

¿Qué necesitamos?

1. Casuística
2. Distribución pac
3. Evolución estancias
4. Programas

Dx de situación

Debilidades	Amenazas
<ol style="list-style-type: none">1. Total dependencia personal2. Necesidad de informatización de la historia clínica3. Necesidad de incremento de personal de enfermería4. Necesidad de espacio físico5. Pérdida de continuidad asistencial en los ingresos hospitalarios6. Comunicación con Atención Primaria	<ol style="list-style-type: none">1. Asunción de esta cartera de servicio por otra especialidad2. Rutina asistencial <div data-bbox="1279 730 2024 879" style="background-color: #663399; color: white; text-align: center; padding: 10px;"><h2>Análisis DAFO</h2></div>
Fortalezas	Oportunidades
<ol style="list-style-type: none">1. Manejo integral del paciente2. Sistema innovador3. Rentabilidad económica y liberación de camas hospitalarias y huecos de consultas4. No precisar incremento de personal facultativo5. Fomentar investigación y publicación	<ol style="list-style-type: none">1. Patología muy prevalente2. Demanda asistencial importante3. Ausencia de médico de referencia para estos pacientes4. Educación sanitaria5. Formar parte del Programa UMIPIC

Ejemplo de aplicabilidad



Dx situación

Propuesta

Resultados

VENTANA DE
OPORTUNIDAD:
ADELANTE!!!



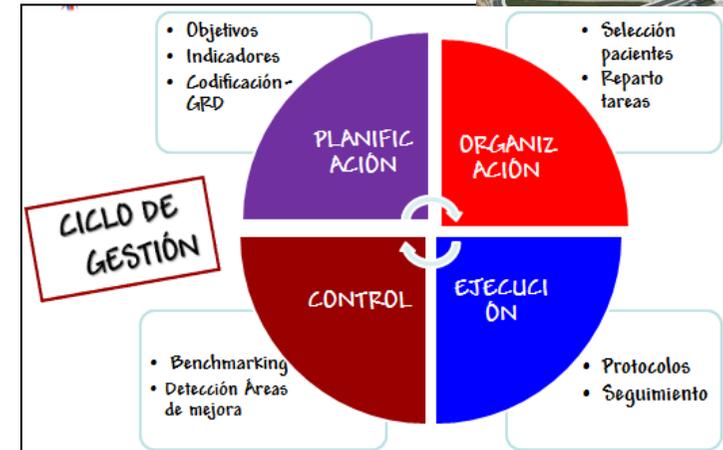
Ejemplo de aplicabilidad



Segundo paso = Propuesta

¿Qué necesitamos?

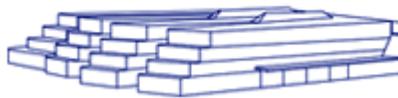
1. Organigrama: Estructura de la Unidad
2. Memoria: Documento descriptivo que incluye todos los aspectos básicos
3. Planificación: Objetivos. Indicadores. Codificación
4. Organización: Selección y Reparto de pacientes
5. Ejecución: protocolos de funcionamiento, organización del seguimiento
6. Control: resultados esperados. Identificación de áreas de mejora
7. Cronograma: etapas de implantación



PROPUESTA UIC-MI-HUCA



 HOSPITAL
UNIVERSITARIO
CENTRAL de
ASTURIAS




UMIPIC
Unidad de Medicina Intensiva Perinatal
y Neonatal del Hospital Universitario Central de Asturias

Programa UMIPIC



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

QUIÉNES SOMOS

SOCIEDADES AUTONÓMICAS

GRUPOS DE TRABAJO

[Inicio](#) / [Grupos de trabajo](#) / [Insuficiencia Cardíaca](#) / [UMIPIC](#) / Programa



Esta página contiene enlaces a documentos protegidos, de acceso exclusivo. Para poder ver los enlaces de descarga de los documentos deberá primero acceder a la página [Identificarse como socio](#).

Insuficiencia Cardíaca: Grupo de trabajo

PROGRAMA UMIPIC

Documentos

Programa

Res



[Criterios de selección de candidatos para el Programa U](#)



[Misión, Visión y Valores del Programa UMIPIC](#)



[Modelo de Consentimiento](#)



[Memoria Programa UMIPIC](#)



[Manual de manejo integral IC](#)

PROGRAMA UMIPIC

**PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE UNIDADES DE
MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON
INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA**



Autores:

Dr. Cerqueiro González, José Manuel. Hospital Lucus Augusti. Lugo

Dr. González Franco, Alvaro. Hospital Valle del Nalón. Asturias

Dr. Manzano Espinosa, Luis. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

DOCUMENTO OFICIAL UIC-MI

PROGRAMA UMIPIC

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE UNIDADES DE
MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON
INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA

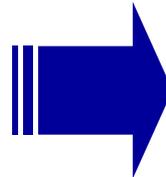


Autores:

Dr. Cerqueiro González. José Manuel. Hospital Lucus Augusti. Lugo

Dr. González Franco. Alvaro. Hospital Valle del Nalón. Asturias

Dr. Manzano Espinosa. Luis. Hospital Ramón y Cajal. Madrid



UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA DEL ANCIANO **-UICA-**

**Unidad de Gestión Clínica de Medicina
Interna**



Autores:

[Dra Noelia Morán Suárez](#)

[Dr Ricardo Alonso Cuervo](#)

[Dr Alvaro González Franco](#)

Febrero-2012

UIC-MI

RRHH:

- 3 FEAs
- 1 Enfermera

- Consulta de enfermería: educación
- Consulta médica: valoración integral
- Teléfono de consulta

Consulta monográfica

Hospitalización

Sala polivalente

UIC MI

- 16 camas asignadas a la unidad
- Proximidad Área del Corazón

- Protocolo diuréticos iv
- Protocolo ferroterapia iv

Espacio integrador de referencia:
3ª planta Hospital General

1- PLANIFICACIÓN

Objetivos - Indicadores

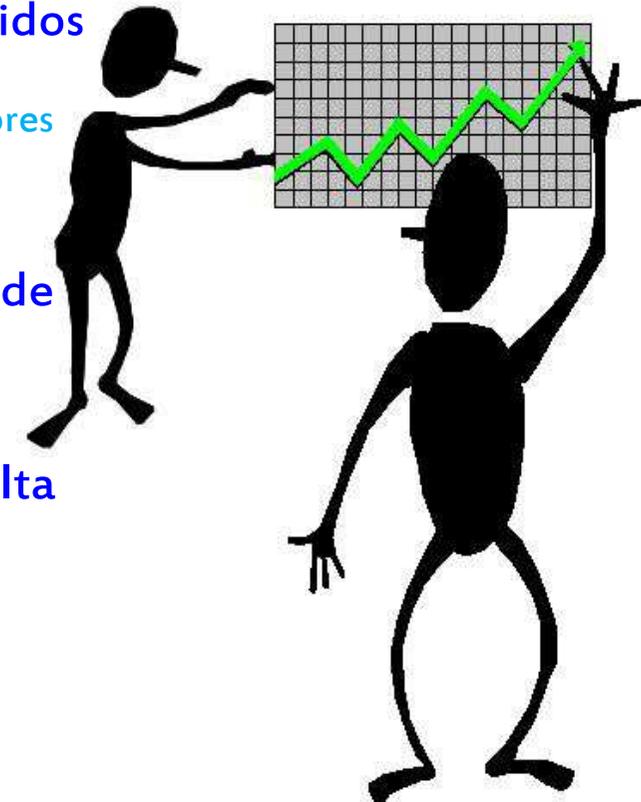
A) Indicadores de estructura

1. Guía de Práctica Clínica

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



1- PLANIFICACIÓN

Objetivos - Indicadores

B) Indicadores de proceso

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



1- PLANIFICACIÓN

Objetivos - Indicadores



B) Indicadores de proceso

1. Medición de autocuidado (escala EHFSBS)
2. Medición función ventricular (ecocardiograma)
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 tras 6 y 12 meses de seguimiento
6. Adecuación del aprendizaje tras 12 meses de seguimiento



1- PLANIFICACIÓN

Codificación



Beneficios

- Recogida objetiva de información
- Optimización gestión consulta

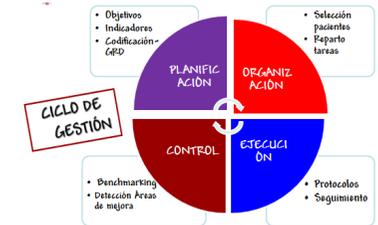
Niveles de codificación

- Planta de Hospitalización
- Consulta médica
- Consulta de enfermería



2- ORGANIZACIÓN

Reparto de pacientes - hospitalización



INGRESO EN CARDIOLOGÍA

- ~ **Primer episodio de IC** en paciente que por situación basal no presente, inicialmente, contraindicaciones a estudios complementarios.
- ~ Episodio de insuficiencia cardiaca **tras** la realización de un **procedimiento cardiológico** invasivo (cirugía cardiaca, cardiología intervencionista) o en **seguimiento** por la **Unidad** de Insuficiencia Cardiaca Avanzada de **Cardiología**.
- ~ Paciente que precise **monitorización** del ritmo cardiaco.
- ~ Paciente que precise o sea susceptible de **actitud intervencionista** (diagnóstica o terapéutica).
- ~ **Estenosis Aorticas** pendientes de IQ.

INGRESO EN UIC-MI

Ingresarán en la Unidad tanto primeros episodios como descompensaciones de IC conocida que tengan:

~ **Criterios** convencionales de **ingreso**

- Insuficiencia respiratoria
- Disnea de reposo
- Ausencia de respuesta a tratamiento instaurado en Urgencias

~ **No** sean subsidiarios de **UCI** o actitud

intervencionista por situación basal o por su elevada comorbilidad.

~ **No** tengan criterios de ingreso en **Cardiología**

2- ORGANIZACIÓN

Selección de pacientes - consulta

Criterios de inclusión:

1. todo paciente con pluripatología...

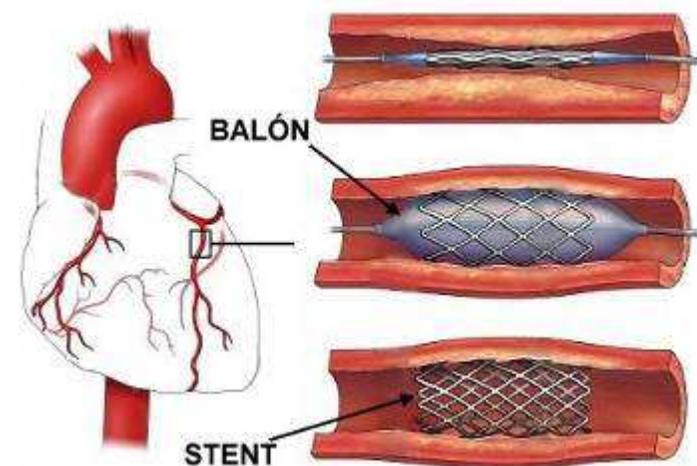


2- ORGANIZACIÓN

Selección de pacientes

Criterios de inclusión:

1. todo paciente con pluripatología no subsidiario de actitud intervencionista



2- ORGANIZACIÓN

Selección de pacientes

Criterios de inclusión:

1. todo paciente con **pluripatología no subsidiarios de actitud intervencionista**
2. que no precise realizar **estudios** por otras patologías (anemia, síndrome general, ...),

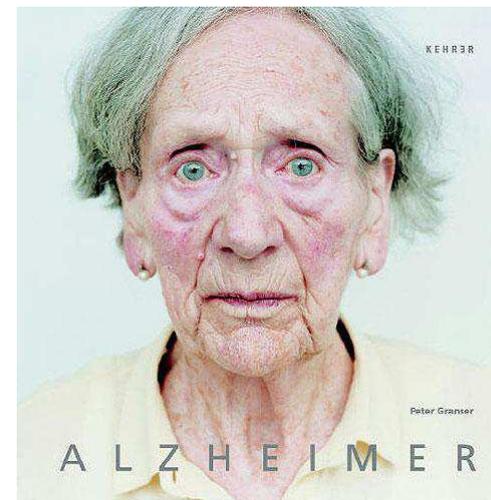


2- ORGANIZACIÓN

Selección de pacientes

Criterios de inclusión:

1. todo paciente con **pluripatología no subsidiarios de actitud intervencionista**
2. que no precise realizar **estudios** por otras patologías (anemia, síndrome general, ...),
3. que tenga una **situación funcional y cognitiva mínimas** para acudir a consultas externas

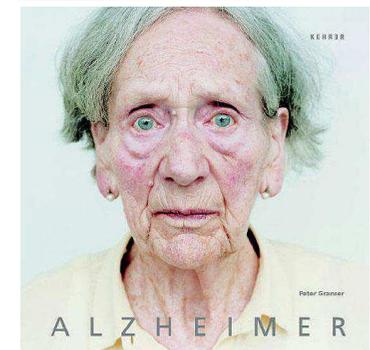
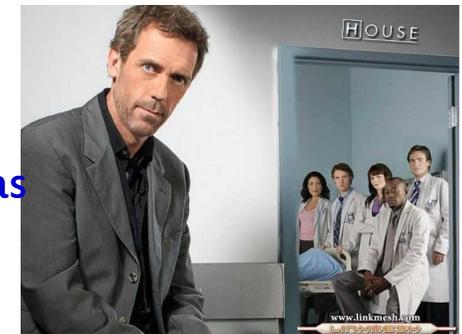


2- ORGANIZACIÓN

Selección de pacientes

Criterios de inclusión:

1. todo paciente con **pluripatología no subsidiarios de actitud intervencionista**
2. que no precise realizar **estudios** por otras patologías (anemia, síndrome general, ...),
3. que tenga una **situación funcional y cognitiva** mínimas para acudir a consultas externas
4. y un **apoyo socio-familiar** adecuado para realizar el autocontrol **domiciliario**

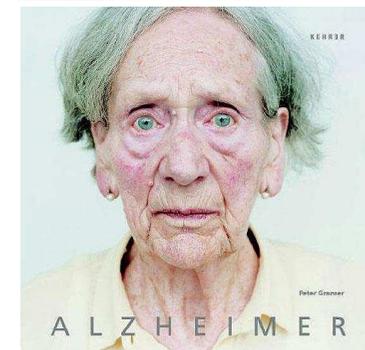


2- ORGANIZACIÓN

Selección de pacientes

Criterios:

1. toda **inteligencia** y **capacidad** para comprender y seguir instrucciones
2. que el paciente sea capaz de manejar el estrés (ansiedad)
3. que el paciente sea capaz de manejar el dolor y la **ansiedad** para el autocontrol domiciliario
4. y un **apoyo socio-familiar** adecuado para realizar el autocontrol domiciliario



2-

ORGANIZACIÓN

Reparto de tareas

CONSULTA MONOGRÁFICA IC



	Tareas de Enfermería	Tareas médicas
Primera visita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar motivo de la consulta: el paciente padece insuficiencia cardíaca 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 	<p>CICLO DE GESTIÓN</p> <p>PLANIFICACIÓN ORGANIZACIÓN</p> <p>CONTROL EVALUACIÓN</p> <p>Objetivos Indicadores Evidencias GEP</p> <p>Platación planes Papeo Tareas</p> <p>Protocolos Seguimiento</p> <p>Historia clínica Historia de riesgo Historia de valoración Historia de educación</p> <p>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</p>
Visitas de optimización terapéutica (dosis óptimas de IECA y BB)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insistencia en síntomas y signos de alarma 2. Interrogar sobre dudas respecto a manejo de diuréticos y detectar 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. en caso de signos de alarma: hipotensión, taquicardia o taquipnea, ganancia de peso o desaturación, avisar al internista para valorar realizar analítica urgente. 7. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión 8. Introducir datos de analítica pedida para la revisión y las constantes en la historia informática del paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar grado congestivo actual 2. Optimización terapéutica para IC 3. Control de factores de riesgo cardio-vascular (FRCV), con especial atención a TA, FC, perfil lipídico, función renal, anemia. 4. Estudios a realizar 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
Revisión a 6 meses (valoración funcional y objetivos de riesgo cardio-vascular)	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar grado congestivo actual 2. Ajuste terapéutico si precisa 3. Revisión obtención de control óptimo de FRCV (TA, FC, perfil lipídico, Hemoglobina). 4. PTC6 (protocolo de peticiones a los 6 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 de control (situación estable, optimización terapéutica conseguida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insistencia en síntomas y signos de alarma 2. Interrogar sobre dudas respecto a manejo de diuréticos y detectar 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. en caso de signos de alarma: hipotensión, taquicardia o taquipnea, ganancia de peso o desaturación, avisar al internista para valorar realizar analítica urgente. 7. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión 8. Introducir datos de analítica pedida para la revisión y las constantes en la historia informática del paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar grado congestivo actual 2. Ajuste terapéutico si precisa 3. Control de factores de riesgo cardio-vascular (FRCV), con especial atención a TA, FC, perfil lipídico, función renal, anemia. 4. Estudios a realizar 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
Revisión a 12 meses (valoración funcional y objetivos de riesgo cardio-vascular)	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<ol style="list-style-type: none"> 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)	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar grado congestivo actual 2. Identificar factor precipitante 3. Ajuste terapéutico 4. Estudios a realizar 5. Entrega de informe para paciente y MAP 6. Entrega de recetas y fecha de revisión

3-EJECUCIÓN



Seguimiento

PLAN GENERAL DE TRABAJO

- 1- primer paso: estabilización ambulatoria.**
Objetivo: estabilización clínica del paciente.
Revisiones cada 1-3 semanas
- 2- segundo paso: optimización terapéutica.**
Objetivo: optimización terapéutica.
Revisiones cada 2-4 semanas
- 3- tercer paso: control evolutivo.**
Objetivo: control de los FRCV
Revisiones trimestrales

CODIFICACIÓN

Revisión compleja

Revisión preferente

Revisión convencional

CONSULTA MONOGRÁFICA IC

Protocolo manejo diuréticos. UIC-MI

Protocolo diuréticos IV

Ajuste diuréticos ambulatorios
Educación signos de alarma

Revisión en 1-2 semanas
Control analítico



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Ultrafiltration in Decompensated Heart Failure with Cardiorenal Syndrome

Bradley A. Bart, M.D., Steven R. Goldsmith, M.D., Kerry L. Lee, Ph.D., Michael M. Givertz, M.D., Christopher M. O'Connor, M.D., David A. Bull, M.D., Margaret M. Redfield, M.D., Anita Deswal, M.D., M.P.H., Jean L. Rouleau, M.D., Martin M. LeWinter, M.D., Elizabeth O. Ofili, M.D., M.P.H., Lynne W. Stevenson, M.D., Marc J. Semigran, M.D., G. Michael Felker, M.D., Horng H. Chen, M.D., Adrian F. Hernandez, M.D., Kevin J. Anstrom, Ph.D., Steven E. McNulty, M.S., Eric J. Velazquez, M.D., Jenny C. Ibarra, R.N., M.S.N., Alice M. Mascette, M.D., and Eugene Braunwald, M.D., for the Heart Failure Clinical Research Network

PROTOCOLO DIURÉTICOS. UIC-MI

PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE DIURÉTICOS

- **IV** Sentar en sillón reclinable de Sala Polivalente
- **Toma de TA, FC y Pulsioximetría** (tras 5 minutos de reposo)
- Asegurar **acceso venoso periférico** y extracción de analítica urgente (salvo extracción en últimos 3-4 días)
- En **analítica** solicitar siempre: urea, iones, creatinina y digoxinemia (si está tomando digoxina)
- **Administrar 60 mgr de furosemida IV en una hora (min 0-30-60)**
- **Administrar 25 mgr de hidroclorotiazida VO**
- **Monitorizar diuresis** durante 2 horas desde la administración de la primera ampolla de furosemida
- **Toma de TA, FC y Pulsioximetría** al finalizar la monitorización

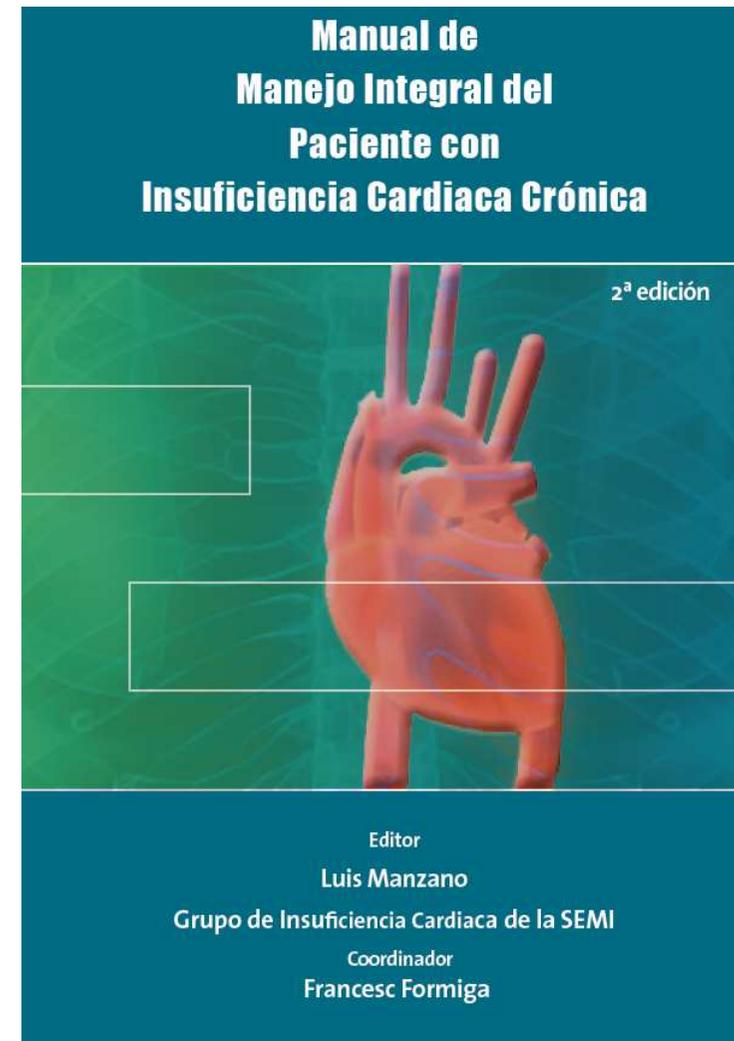


Protocolo manejo diuréticos – UIC-MI

Protocolo diuréticos IV

Ajuste diuréticos ambulatorios
Educación signos de alarma

Revisión en 1-2 semanas
Control analítico



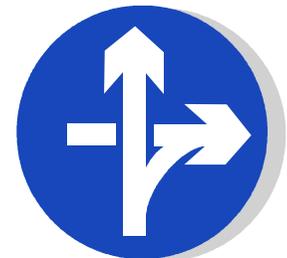
PROTOCOLO DIURÉTICOS. UIC-MI

Protocolo de Actuación Terapéutica Farmacológica en la Insuficiencia Cardíaca Crónica del Anciano

Pauta de dosificación secuencial

(pasos sucesivos hasta conseguir una diuresis adecuada-balance negativo de 500 – 1000 ml/día):

1. Comenzar con 1 comprimido o 1 ampolla de furosemida
2. Doblar la dosis en una sola toma
3. La misma dosis (2 compr de furosemida) 2 veces al día
4. Si FGE y K sérico normales: Espironolactona (50-100 mgr/día)
5. Medir Na y K en muestra aislada de orina
 - . Si $K < 50$ mEq/l: asociar **tiazida** (clortalidona 12.5 – 25 mgr/día)
 - . Si $K > 50$ mEq/l: asociar **antialdosterónico** (25 mgr/día)
6. Perfusión iv de furosemida (10 mgr/hora)



Protocolo manejo diuréticos. UIC-MI

Protocolo diuréticos IV

Ajuste diuréticos
ambulatorios
Educación signos de alarma

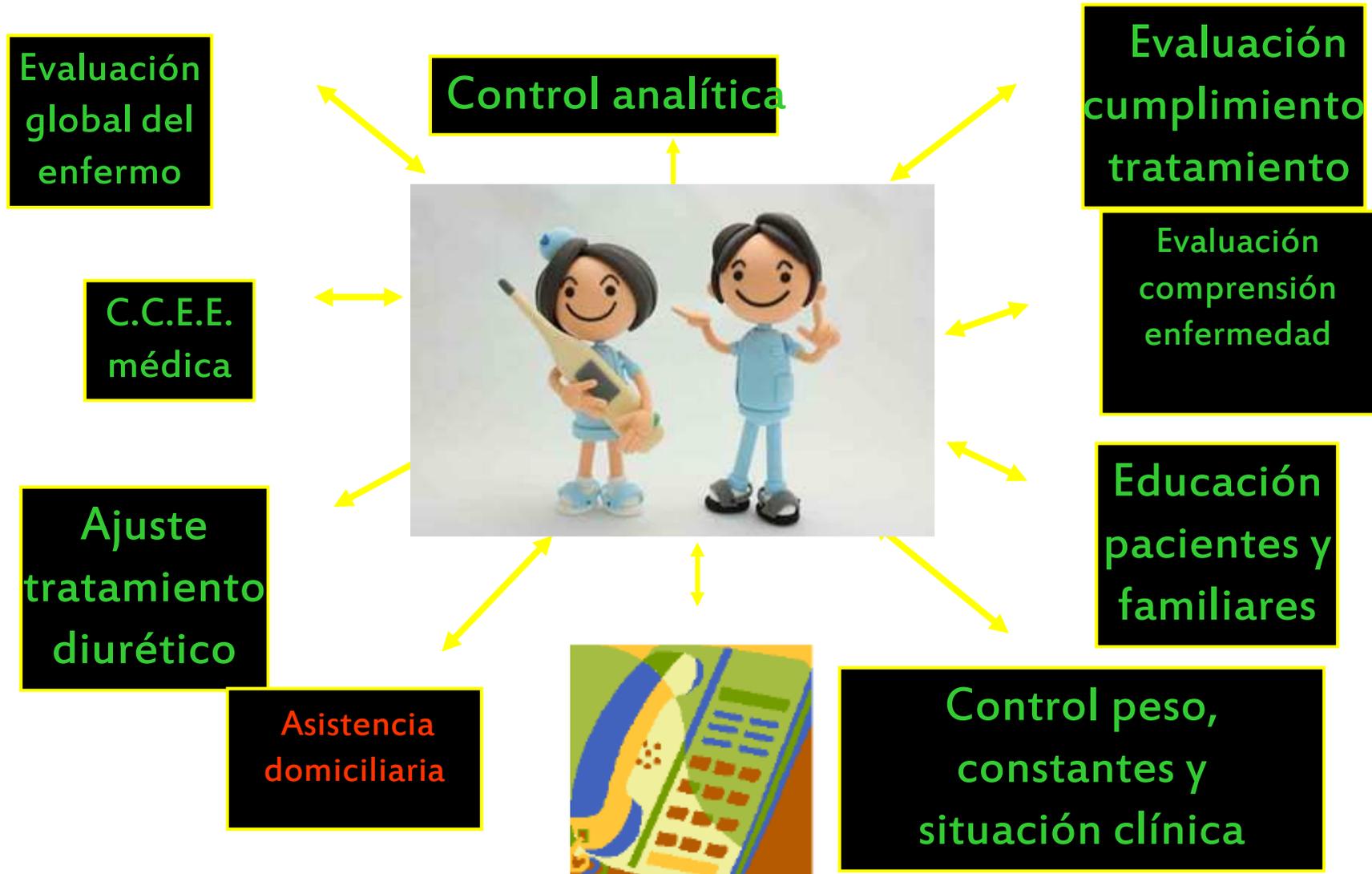
Revisión en 1-2 semanas
Control analítico

HVN-09:

- 33 protocolos
- 2 reingresos

3-EJECUCIÓN

EL PAPEL DE ENFERMERÍA



3-EJECUCIÓN

EL PAPEL DE ENFERMERÍA



Beneficio que se obtiene al tratar 1000 pacientes con IC

Muerte + H. por IC

- **IECA (Solvd-T) 28**
- **DIGOXINA (Dig) 24**
- **B-B (Merit-HeFT) 63**
- **Programa intervención de enfermería (meta-análisis) 160**

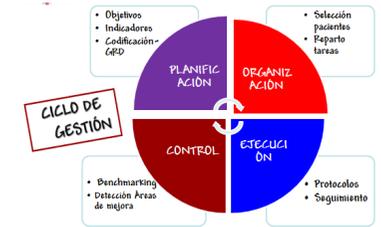
J McMurray Heart Failure 2003

3-EJECUCIÓN



CUESTIONARIOS DE ENFERMERÍA

Cuestionarios	Definición	Objetivo
Escala de Barthel	Escala de valoración de situación funcional del paciente	Conocer grado de autonomía del paciente
Escala de Pfeiffer	Valoración situación cognitiva	Conocer grado de deterioro cognitivo
Escala de autocuidado	Se utilizará la EHFS CBS (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.



Taller de insuficiencia cardiaca dirigido a pacientes



Estos signos de alarma son:

1. Ganancia de peso rápida: 2 kilos en 2 ó 3 días
2. Hinchazón de pies, tobillos o piernas.
4. Necesidad de aumentar el número de almohadas al dormir.
5. Dificultad para respirar, sobre todo con menor ejercicio o en reposo.



Todo ello orienta a un aumento en la retención de líquidos, y el primer paso será aumentar la dosis del medicamento indicado para orinar (DIURÉTICO).



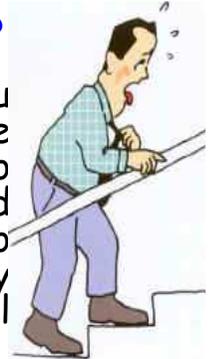
Conclusiones:

Esta información pretende servir para aclarar algunas de las dudas más frecuentes que hemos detectado entre los pacientes con **Insuficiencia Cardíaca**, no obstante, le recordamos que no debe quedarse con ninguna duda, y que todo lo que no entienda debe preguntárselo a su médico.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE INSUFICIENCIA CARDÍACA.

¿Qué es la Insuficiencia Cardíaca?

Insuficiencia cardíaca quiere decir que su corazón tiene menos capacidad de la que debería para bombear sangre. Como consecuencia de esto aparece dificultad para realizar actividades físicas como caminar o subir escaleras y probablemente sentirá que le falta el aliento (disnea).

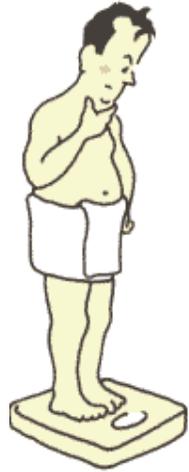


La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica para la cual no hay curación pero tratándola adecuadamente puede conseguirse una mejoría importante en su calidad de vida.

Su corazón tiene menos capacidad de trabajo, por eso no va a poder hacer todas las actividades que antes realizaba.

¿Qué podemos hacer para controlar la insuficiencia cardíaca?

Para controlar su insuficiencia cardíaca debe seguir cuidadosamente las instrucciones y recomendaciones que le indicamos durante su ingreso en la Unidad y en las revisiones.



1. Hábitos y estilos de vida:

- Cocine sin sal ni grasa.
- Evite el alcohol y el tabaco.
- **Controle su peso diariamente:** pésese todos los días al despertar. Anote los resultados en un cuaderno.
- Haga el ejercicio físico que su situación le permita.
- Vacúnese frente al neumococo y de forma regular de la gripe.

Cumpliendo bien el tratamiento y realizando pequeños cambios en su forma de vida va a vivir más y mejor

2. Dieta:

- La meta es conseguir reducir el contenido de sal y de grasas de su alimentación.
- A la hora de cocinar, es mucho mejor usar el microondas, el horno o cocer los alimentos. En caso de tener que freírlos, evite los rebozados y utilice la plancha.



3. Ejercicio:

El ejercicio moderado puede ayudar al corazón a ponerse "más fuerte". Los ejercicios físicos incluyen fundamentalmente caminar, andar en bicicleta y nadar.

Realice ejercicio físico de acuerdo a las siguientes recomendaciones

- Utilice ropa cómoda.
- Comience de forma gradual, por ejemplo, caminar 15 minutos 3 días por semana, establezca días fijos (lunes, miércoles y viernes) de ésta forma se acordará mejor. Progrese según sus posibilidades.
- Sea constante. Intente hacer ejercicio siempre a la misma hora, acabará convirtiéndose en una rutina.
- Evite los ejercicios bruscos y violentos, así como aquellos esfuerzos que le produzcan falta de aire o dolor torácico.

El ejercicio físico mejora los síntomas, ayuda a perder peso y a reducir el colesterol, mejora la circulación y disminuye el estrés y la tensión arterial.

4. Signos de alarma:

A pesar de que no es común que presente cambios repentinos en sus síntomas, es importante que sepa reconocer los signos de alarma y qué debe hacer si estos se presentan.

Resultados esperados

4- CONTROL



UIC-MI	INDICADORES PARA 2012
ACTIVIDAD DE LA UNIDAD	
Ingresos en UIC-MI	350
Ratio de ingresos por IC en UIC-MI	>75%
Ratio de ingresos respecto al HUCA	>40%
Ratio de ingresos respecto a UGCMi	>70
Estancia media	<8.33
Reducción estancia media	15%
Estancias hospitalarias liberadas	400-500
Pacientes en seguimiento	>100
Revisiones en 2012	>1000
INDICADORES DE PROCESO	
Medición de autocuidado	>80%
Medición Función ventricular	>90%
Prescripción de BB	>80%
Prescripción de IECA/ARA-II	>80%
Prescripción de AA	>80%
INDICADORES DE RESULTADO	
Reducción de re-visitass a URG	14-58%
Reducción de ingresos hospitalarios	44-62%
Adecuación de seguimiento	>80%
Adecuación de aprendizaje	>80%

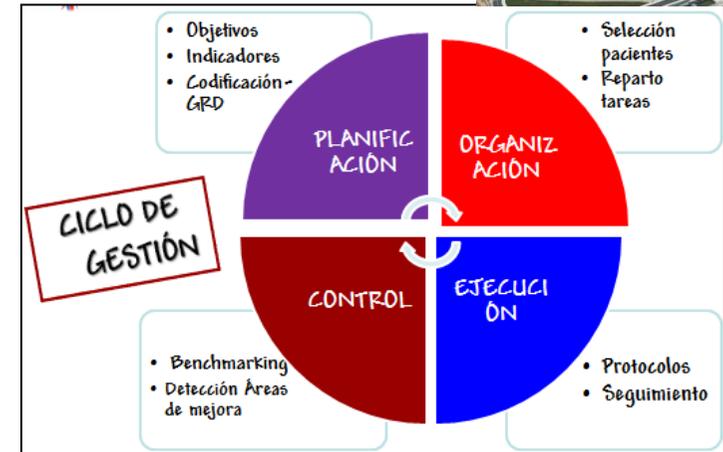
Ejemplo de aplicabilidad



Segundo paso = Propuesta

¿Qué necesitamos?

1. Organigrama: Estructura de la Unidad
2. Memoria: Documento descriptivo que incluye todos los aspectos básicos
3. Planificación: Objetivos. Indicadores. Codificación
4. Organización: Selección y Reparto de pacientes
5. Ejecución: protocolos de funcionamiento, organización del seguimiento
6. Control: resultados esperados. Identificación de áreas de mejora
7. Cronograma: etapas de implantación

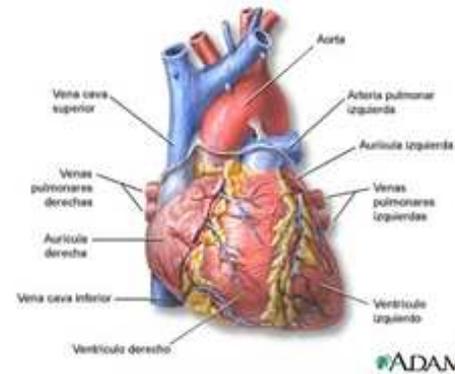


Cronograma



	Enero-febrero 2012	Marzo-abril 2012	Mayo 2012	Junio 2012	Segundo semestre 2012
Documento básico Unidad IC	Elaboración indicadores de calidad	Presentación en UGMI Exposición de Vía clínica de IC en sesión gral			EJECUCIÓN ACTIVA DE TODOS LOS ASPECTOS DE LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA <ul style="list-style-type: none"> Vía Clínica Coordinación con Urgencias Cardiología, Geriatría y Atención Primaria Consulta Monográfica de IC Consulta de Enfermería de IC Seguimiento indicadores de calidad
Criterios de distribución de pacientes		Propuestas preliminares con Cardiología y Geriatría	Documento de consenso definitivo		
Criterios de ingreso y derivación a consultas externas		Propuestas preliminares con Urgencias	Documento de consenso definitivo		
Criterios de derivación con Atención Primaria			Propuestas preliminares	Documento de consenso definitivo	
Vía clínica	Elaboración hojas de curso clínico y enfermería	Presentación en dirección de enfermería Capacitación DUE, planta 3ªHGA	Mes de prueba	Implantación definitiva Vía Clínica de IC	DESARROLLO DE ASPECTOS PENDIENTES <ul style="list-style-type: none"> Rehabilitación cardiaca Informatización Consulta de IC Revisión anual de objetivos e indicadores
Consulta Monográfica IC	Elaboración metodología y cuestionarios a utilizar en consulta de DUE	Presentación en Coordinación Ctas externas Selección y Capacitación DUE-Consulta	Mes de prueba	Implantación definitiva Cta Enfermería IC	

Presentación oficial



UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA DEL ANCIANO

- UICA -



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Dirección Médica

marzo - 2012



UMIPIC

Unidad de Manejo Integral de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca

Ejemplo de aplicabilidad



Dx situación

Propuesta

Resultados



**VENTANA DE OPORTUNIDAD:
ADELANTE!!!**



A FUNCIONAR!!!

Ejemplo de aplicabilidad

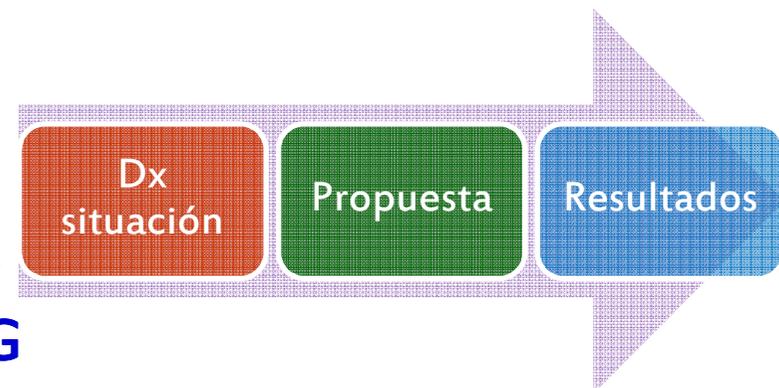


Tercer paso= resultados conseguidos

¿Qué necesitamos?

1. A nivel de hospitalización:
 - a) Evolución de los ingresos
 - b) distribución de pacientes
 - c) estancias hospitalarias
 - d) re-ingresos
 - e) Ahorro en estancias hospitalarias

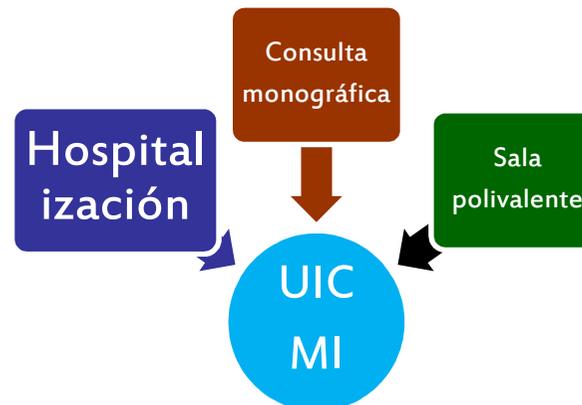
2. A nivel de la consulta:
 - a) Tasa de seguimiento
 - b) Educación en IC
 - c) Uso de fármacos de primera línea
 - d) Reducción ingresos y visitas a URG



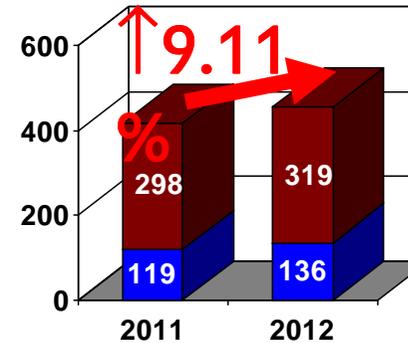
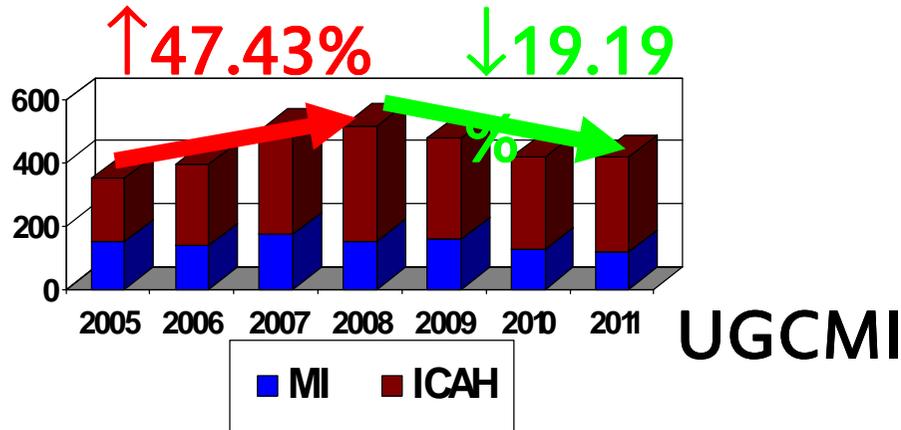
4-CONTROL



RESULTADOS 2012

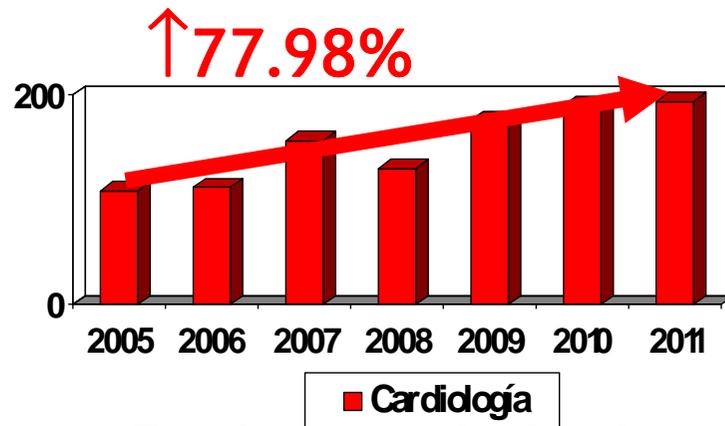


4-CONTROL

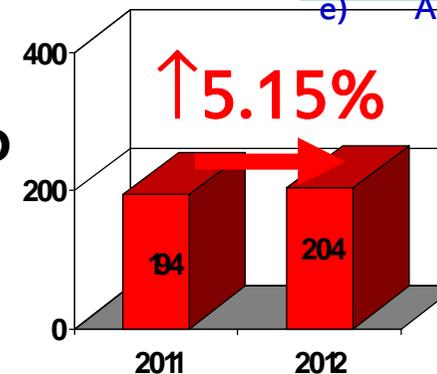


Hospitalización

- ¿Qué necesitamos?**
- A nivel de hospitalización:
- Evolución de ingresos
 - distribución de pacientes
 - estancias hospitalarias
 - re-ingresos
 - Ahorro en estancias



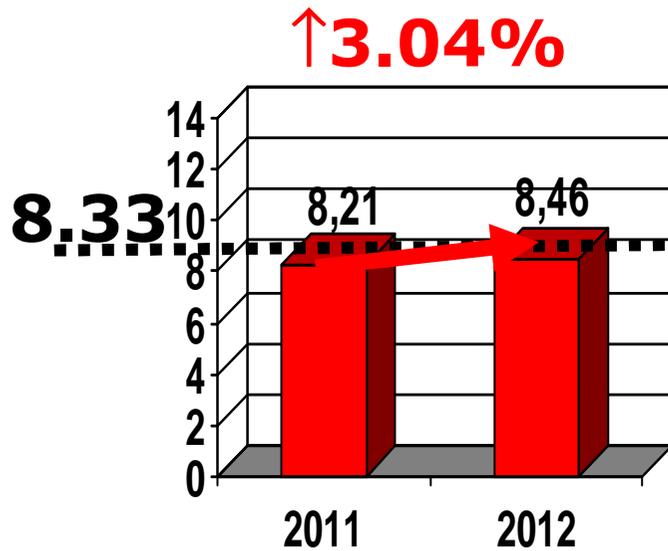
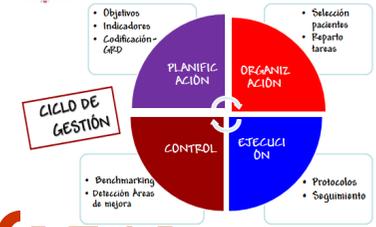
Cardio



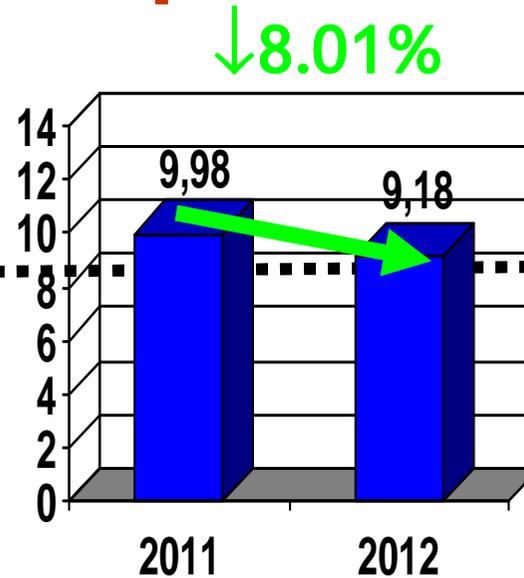
Evolución de la distribución de Ingresos por IC

4-CONTROL

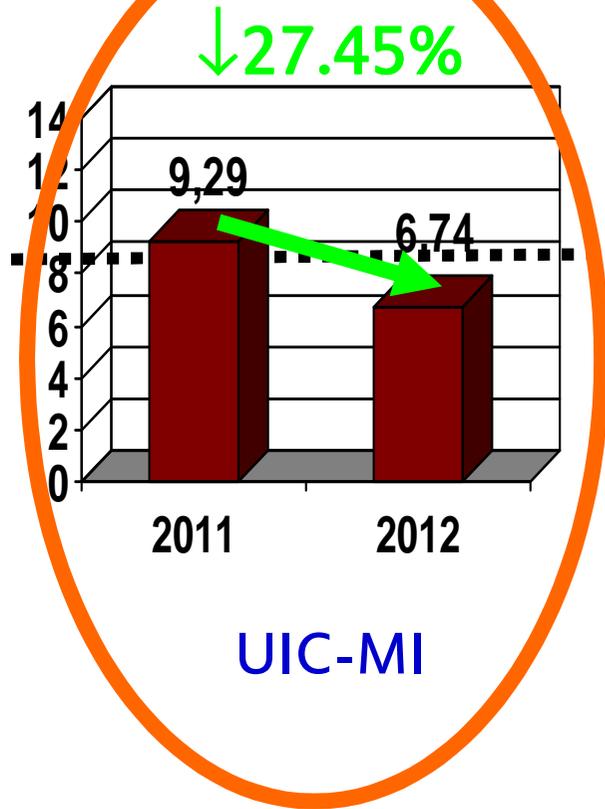
UIC-MI. Hospitalización 2012



Cardiología



MI-convencional



UIC-MI

¿Qué necesitamos?

A nivel de hospitalización:

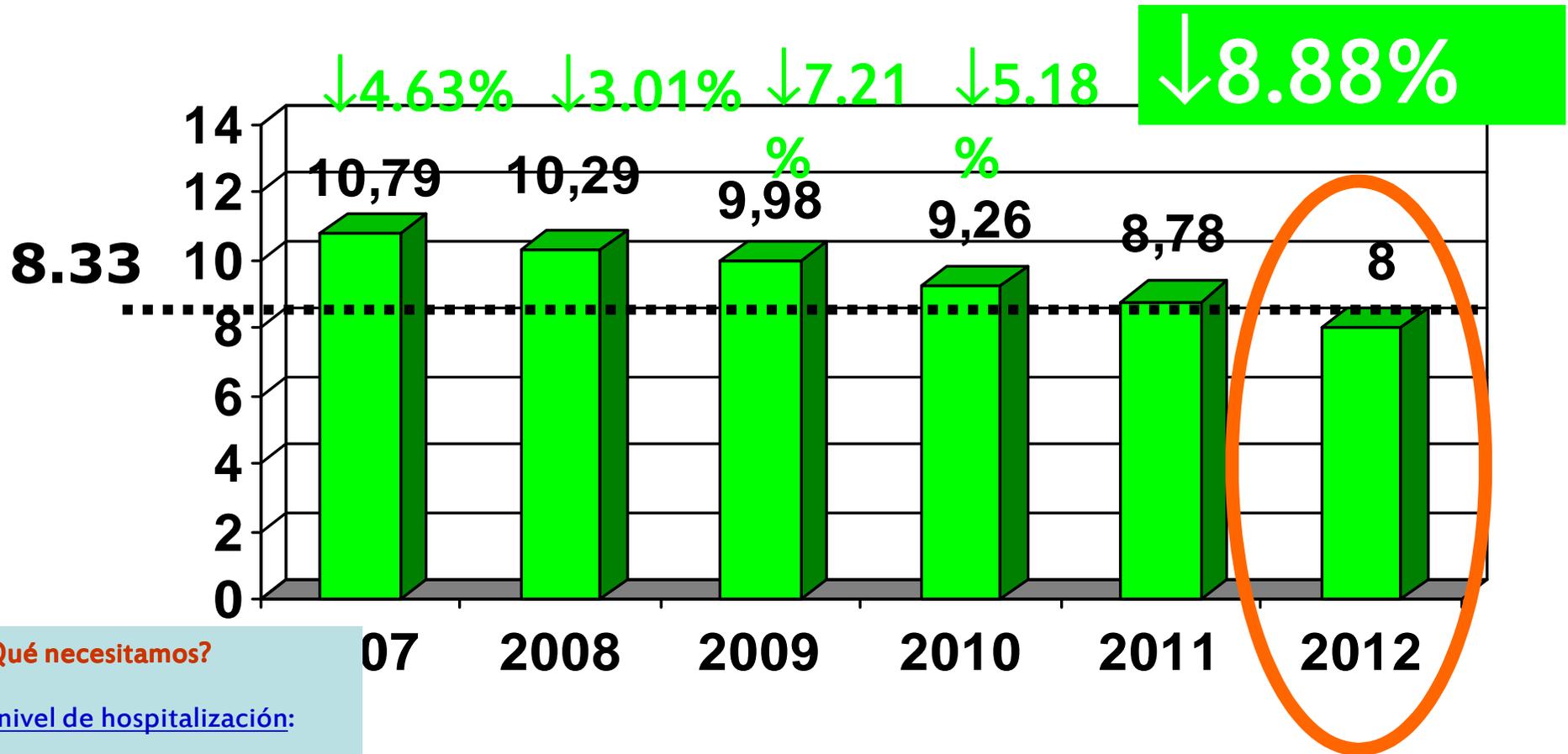
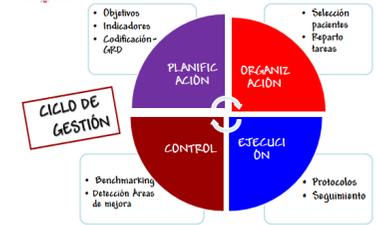
- Evolución de ingresos
- distribución de pacientes
- estancias hospitalarias
- re-ingresos

Estancia hospitalaria por IC-HUCA

2012

Hospitalización

4-CONTROL



¿Qué necesitamos?

A nivel de hospitalización:

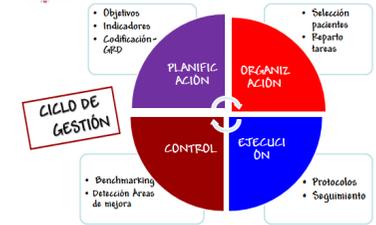
- a) Evolución de ingresos
- b) distribución de pacientes
- c) estancias hospitalarias
- d) re-ingresos

Estancia hospitalaria por IC-HUCA

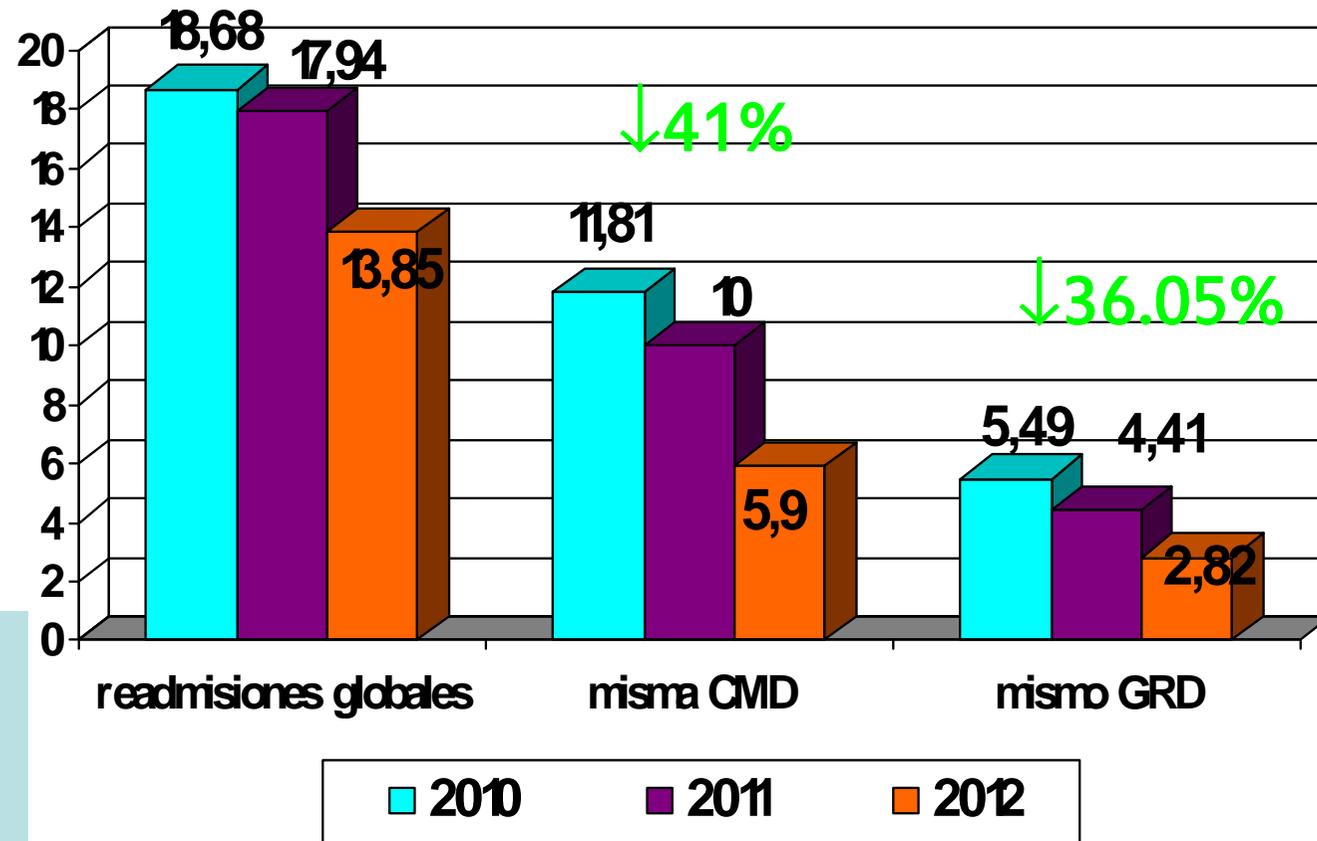
2012

Hospitalización

4-CONTROL



↓22.8% Reingresos a 30 días (%)



¿Qué necesitamos?

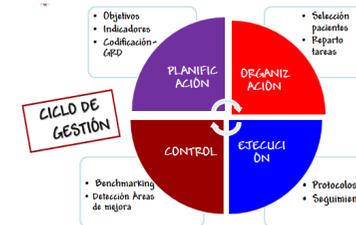
A nivel de hospitalización:

- a) Evolución de ingresos
- b) distribución de pacientes
- c) estancias hospitalarias
- d) re-ingresos

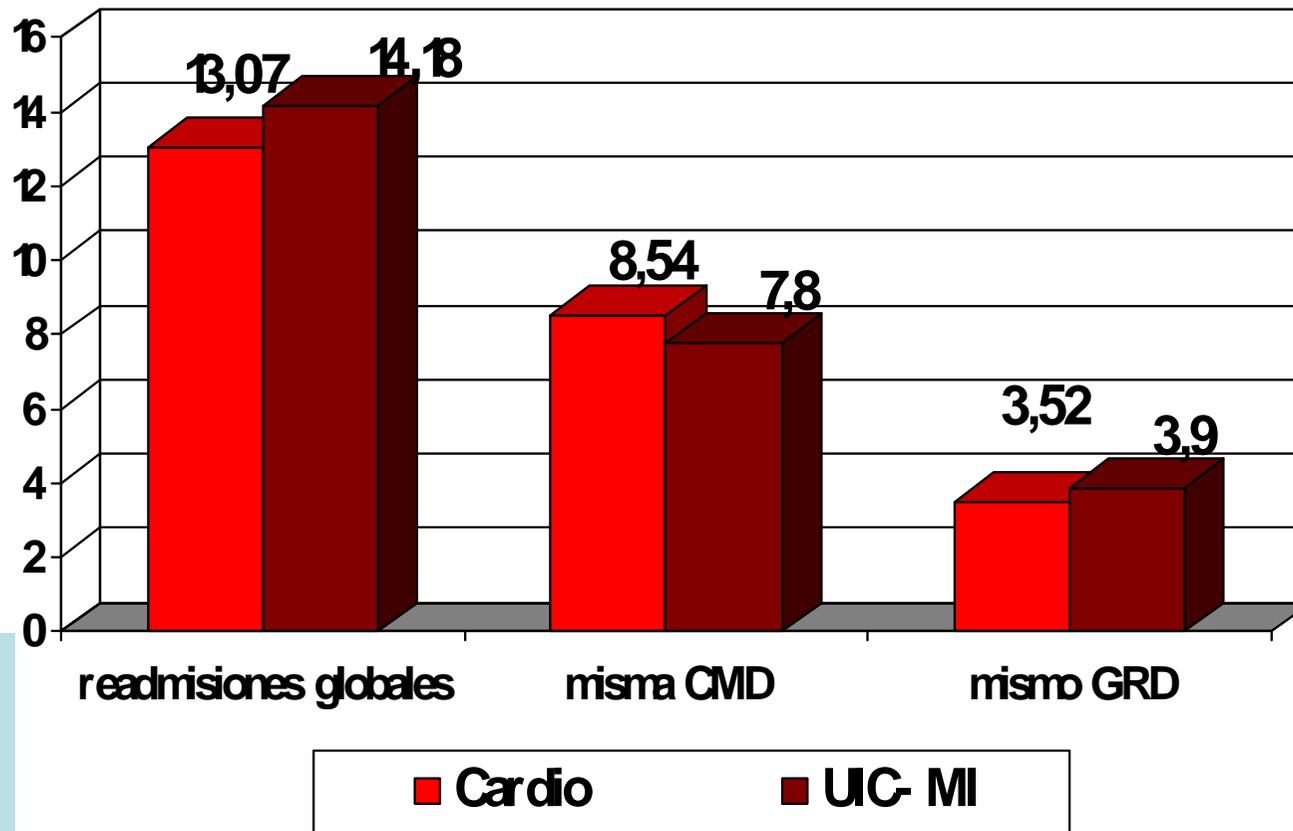
Re-ingresos por IC en UIC-MI

Hospitalización

4-CONTROL



Reingresos a 30 días (%)



¿Qué necesitamos?

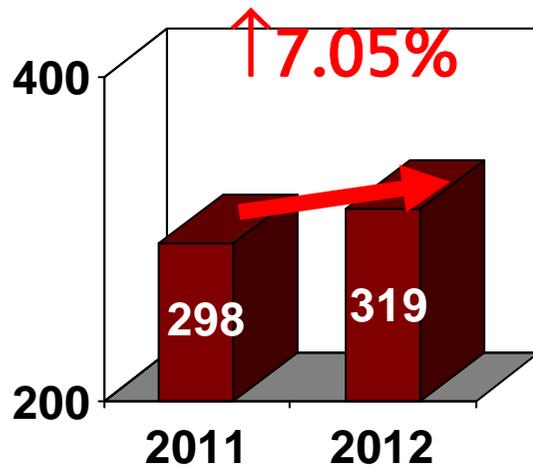
A nivel de hospitalización:

- Evolución de ingresos
- distribución de pacientes
- estancias hospitalarias
- re-ingresos

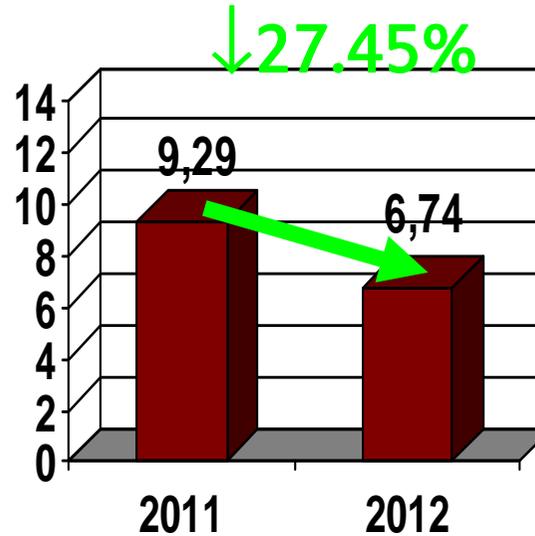
Re-ingresos por IC en
UIC-MI

Hospitalización

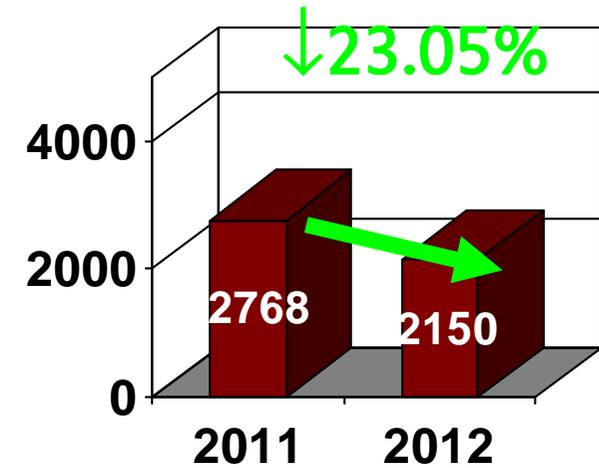
4-CONTROL



Ingresos por IC **X**



Estancias totales
anuales **=**



Estancias totales
anuales

618 estancias ahorradas

=

1.69 camas/año

Cama HUCA = 434€/día

268.212€ de ahorro en

2012

Hospitalización

4-CONTROL



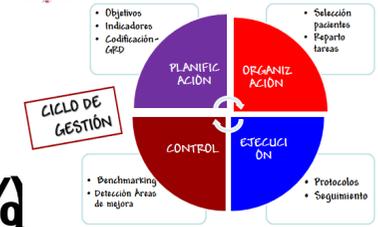
IC-110. - IMPACTO EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA MEDIANTE EL PROGRAMA UMIPIC

A. Martínez Zapico, A. García Pérez, E. García Carús, I. Piñero de Paz, N. Morán Suárez, R. Alonso Cuervo, A. González Franco, V. Cárcaba Fernández

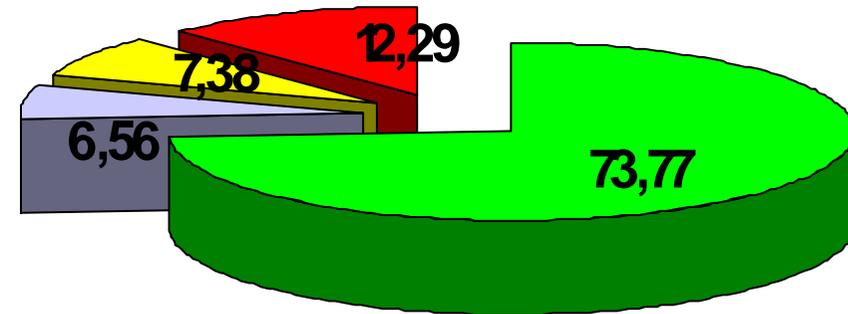
Premio mejor poster Congreso SEMI 2013



4-CONTROL



UIC-MI (%)



UIC-MI (2012):

- 122 pacientes
- 90 pacientes en seguimiento activo



	INDICADORES 2012	RESULTADOS 2012
ACTIVIDAD DE LA UNIDAD		
Pacientes en seguimiento	>100	90
Revisiones en 2012	>1000	360 (en 2º semestre)

¿Qué necesitamos?

A nivel de la consulta:

- Tasa de seguimiento
- Educación en IC
- Uso fármacos 1ª línea
- ↓ ingresos y visitas a URG

Distribución de pacientes en la Cta monográfica de IC

Consulta

4-CONTROL

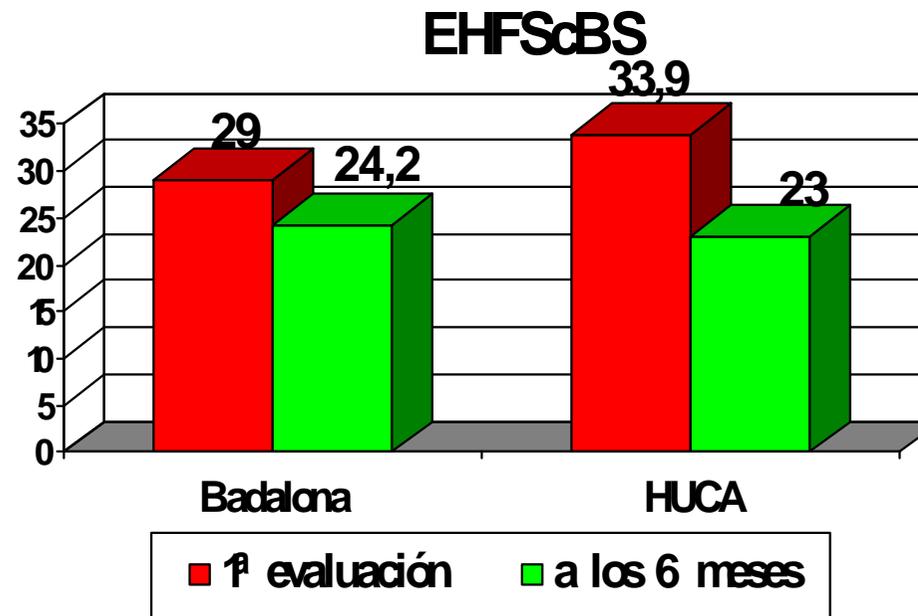


Resultados Escala de Autocuidado de IC (European Heart Failure Self-care Behaviour Scale - EHFSBS)

- cuestionario autoadministrado con 12 ítems
- abordan diferentes aspectos del autocuidado de los pacientes
- Cada ítem se puntúa de 1 (estoy completamente de acuerdo/siempre) a 5 (estoy completamente en desacuerdo/nunca)
- La puntuación global puede variar de 12 (mejor autocuidado) a 60 (peor autocuidado)

Badalona (2005):
1ª evaluación: 335 pacientes
A los 6 meses: 335 pacientes

HUCA (2012):
1ª evaluación: 64 pacientes
A los 6 meses: 38 pacientes



¿Qué necesitamos?

A nivel de la consulta:

- Tasa de seguimiento
- Educación en IC
- Uso fármacos 1ª línea
- ↓ ingresos y visitas a URG

Educación en
IC

Consulta

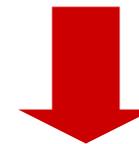
4-CONTROL



	INDICADORES 2012	RESULTADOS 2012
INDICADORES DE PROCESO		
Medición de autocuidado	>80%	94.44%
Medición Función ventricular	>90%	100%
Prescripción de BB	>80%	72.22%
Prescripción de IECA/ARA-II	>80%	53.33%
Prescripción de AA	>80%	53.57%

UIC-MI-HUCA (2012):

- 122 pacientes valorados
- 90 pacientes en seguimiento activo



¿Qué necesitamos?

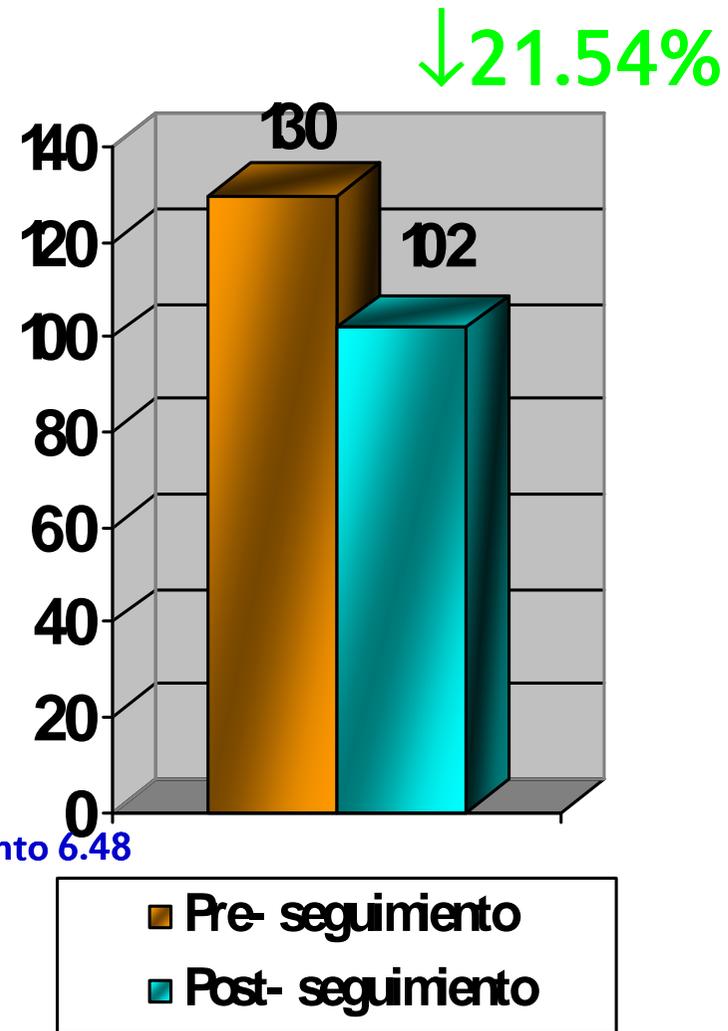
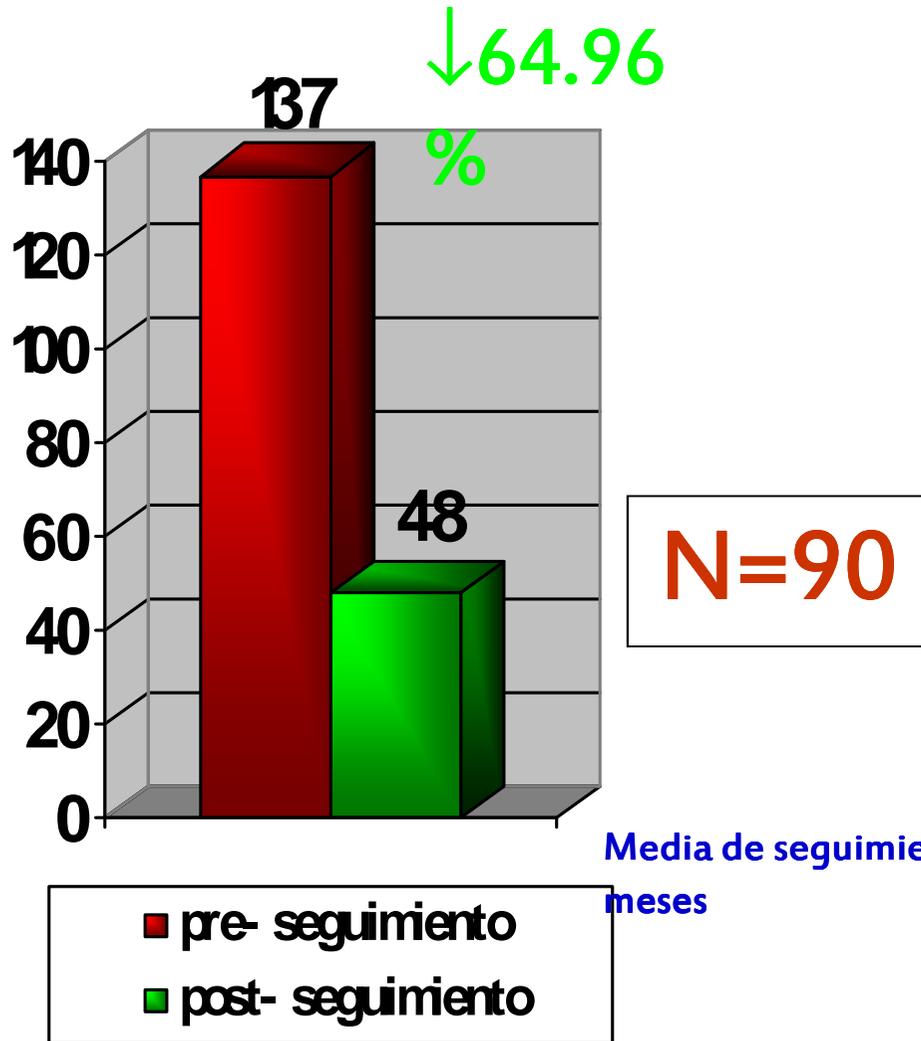
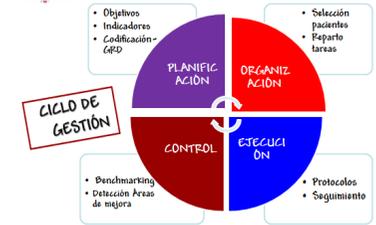
A nivel de la consulta:

- Tasa de seguimiento
- Educación en IC
- Uso fármacos 1ª línea
- ↓ ingresos y visitas a URG

- escaso tiempo de seguimiento
- escasa especificación de contraindicaciones

Consulta

4-CONTROL



Consulta

4-CONTROL

Resumen actividad UIC-MI 2012



	INDICADORES 2012	RESULTADOS 2012
ACTIVIDAD DE LA UNIDAD		
Ingresos en UIC-MI	350	406
Ratio de ingresos por IC en UIC-MI	>75%	78.57%
Ratio de ingresos respecto al HUCA	>40%	40.43%
Ratio de ingresos respecto a UGCM	>70%	70.11%
Estancia media	<8.33	6.74
Reducción estancia media	15%	27.45%
Estancias hospitalarias liberadas	400-500	618 (1.69 camas/año)
Pacientes en seguimiento	>100	90
Revisiones en 2012	>1000	360 (en 2º semestre)
INDICADORES DE PROCESO		
Medición de autocuidado	>80%	94.44%
Medición Función ventricular	>90%	100%
Prescripción de BB	>80%	72.22%
Prescripción de IECA/ARA-II	>80%	53.33%
Prescripción de AA	>80%	53.57%
INDICADORES DE RESULTADO		
Reducción de re-visitas a URG	14-58%	21.54%
Reducción de ingresos hospitalarios	44-62%	64.96%
Adecuación de seguimiento	>80%	92.62%
Adecuación de aprendizaje	>80%	No medido

Ejemplo de aplicabilidad



Dx situación

Propuesta

Resultados



**VENTANA DE OPORTUNIDAD:
ADELANTE!!!**



CONSEGUIDO!!

A FUNCIONAR!!!



CONCLUSIONES

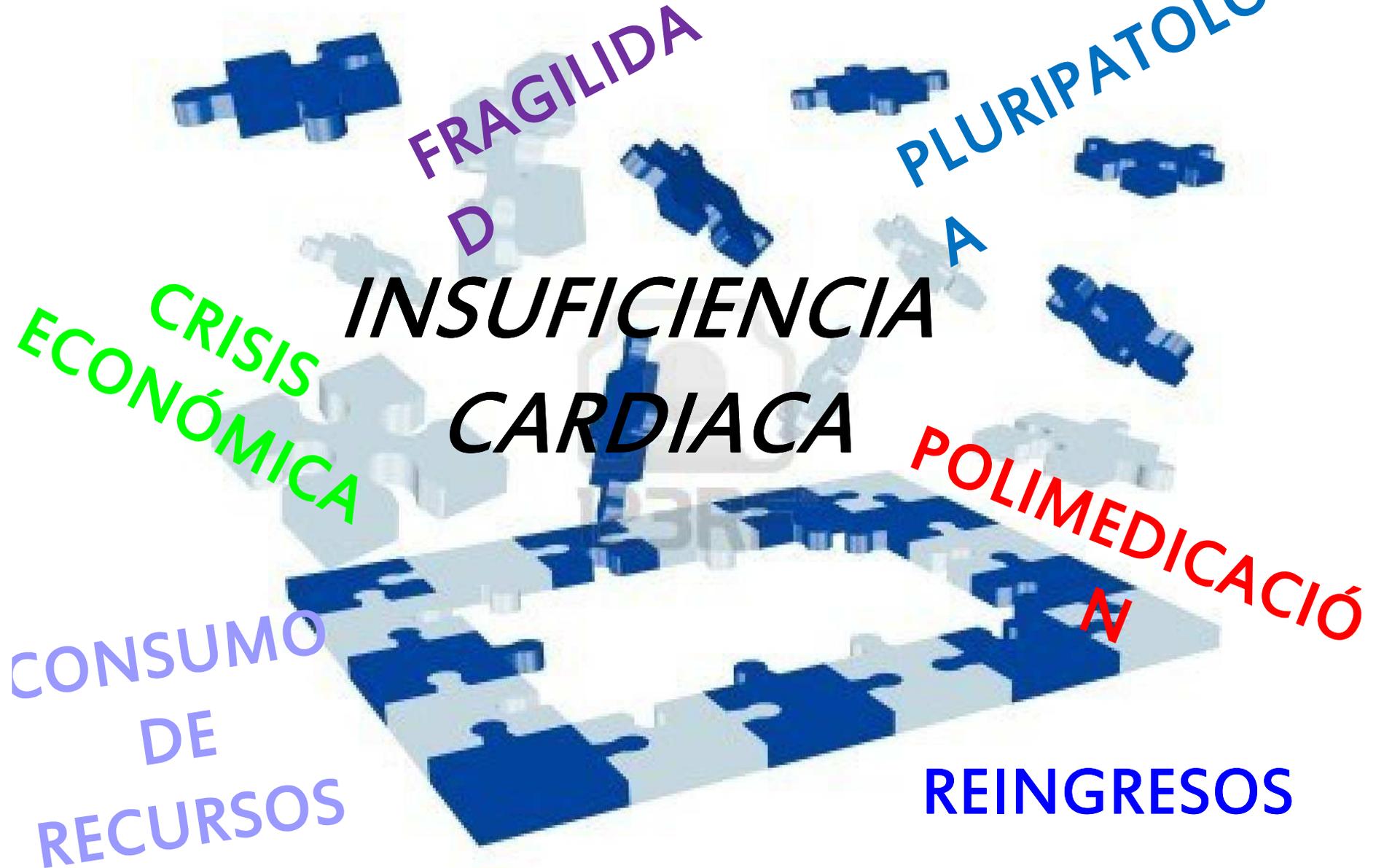


UN SISTEMA ORGANIZADO EN EL CUIDADO DE LA IC MEJORA LOS SÍNTOMAS Y REDUCE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS

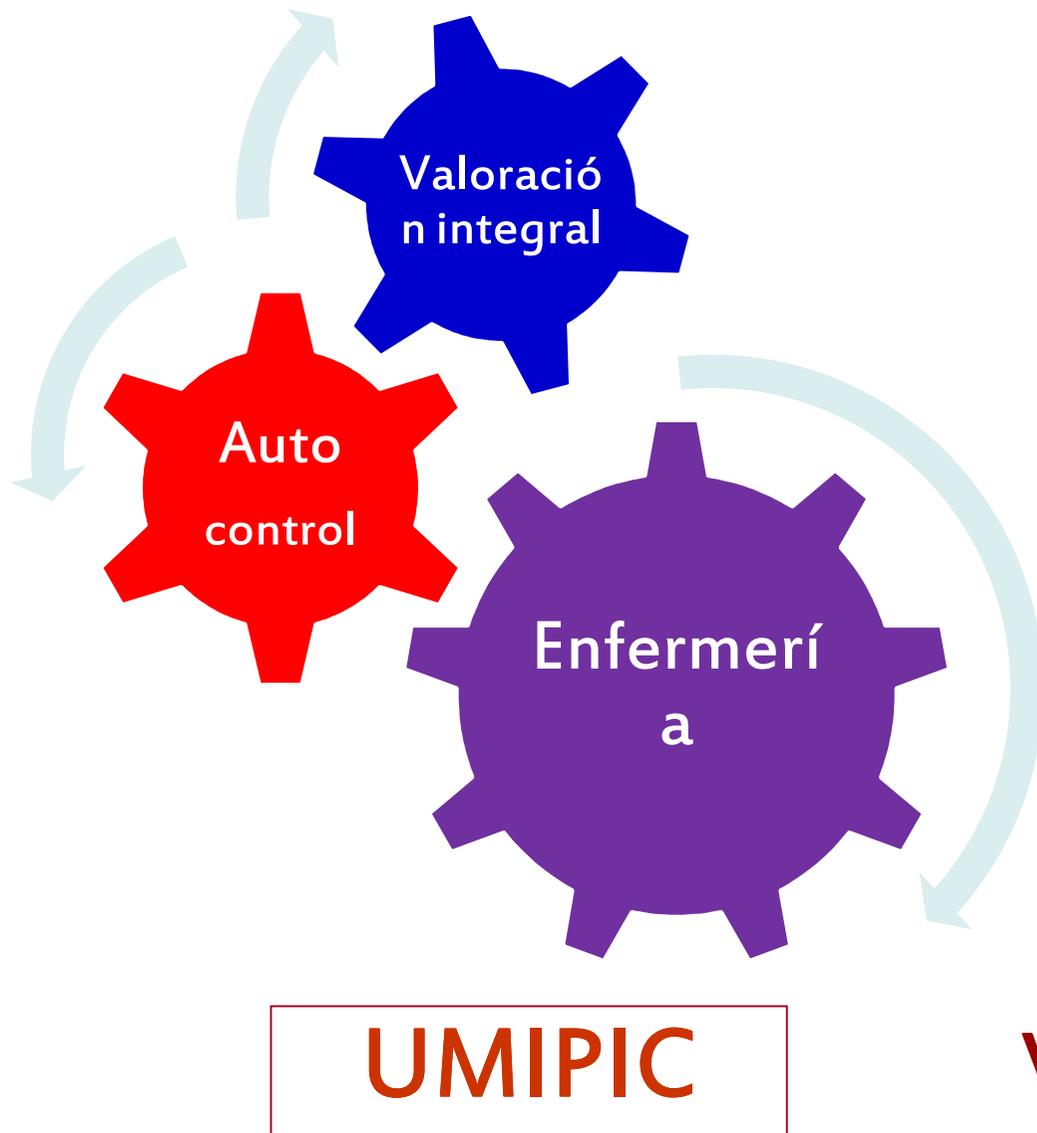


Recomendación I, evidencia A

CONCLUSIONES:



CONCLUSIONES:



ESCENARIOS
PRÁCTICA CLÍNICA
HABITUAL

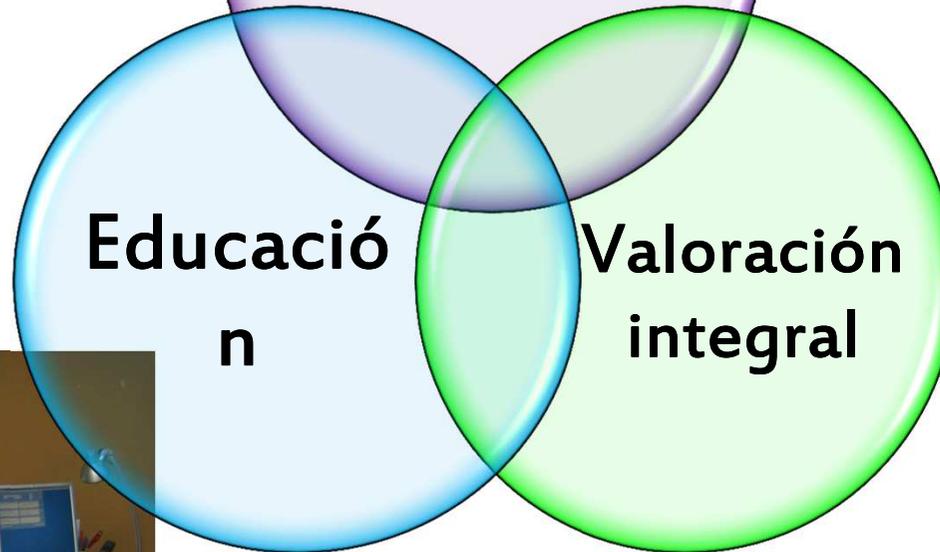
CALIDAD DE VIDA
EFICIENCIA
SOSTENIBILIDAD

INTERNISTAS:
VISIÓN INTEGRAL

CONCLUSIONES:



Implicación



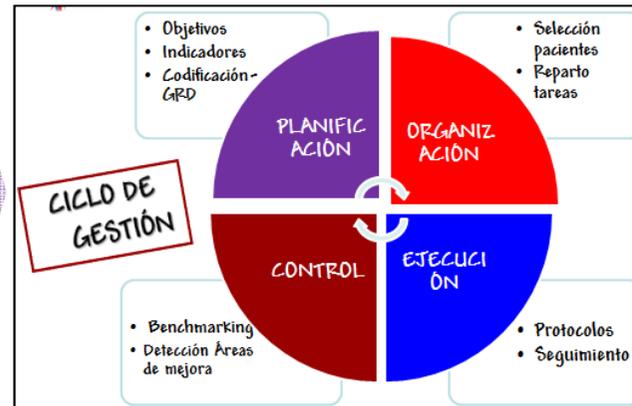
CONCLUSIONES:

Dx situación

Propuesta

Resultados

1. Casística de la IC
2. Reparto de pacientes
3. Evolución de estancias hospitalarias
4. Programas específicos



1. Organigrama
2. Memoria

A nivel de hospitalización:

- a) Evolución de los ingresos
- b) Distribución de pacientes
- c) Estancias hospitalarias
- d) Re-ingresos
- e) Ahorro en estancias hospitalarias

A nivel de la consulta:

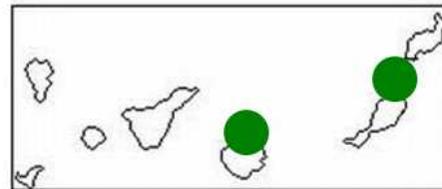
- a) Tasa de seguimiento
- b) Educación en IC
- c) Uso de fármacos de primera línea
- d) Reducción ingresos y

Análisis DAFO

7. Cronograma
8. Presentación oficial

CONCLUSIONES:

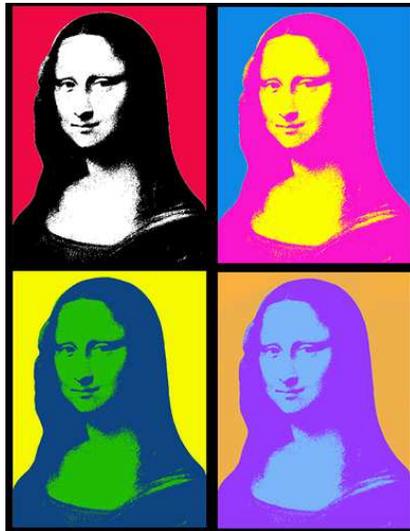
CENTRO	PROVINCIA
Hospital Universitario Reina Sofía	Córdoba
Hospital Univ. de Gran Canaria Dr. Negrín	Las Palmas
Hospital de Fuenlabrada	Madrid
Hospital Comarcal de Zafra	Badajoz
Hospital Ramón y Cajal	Madrid
Hospital Lucus Augusti	Lugo
Complejo Hospitalario de Soria	Soria
Hospital Xeral de Vigo	Pontevedra
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria	Santa Cruz de Tenerife
Hospital Valle de Nalón	Asturias
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Cantabria
Corporació Sanitaria Parc Taulí	Barcelona
Consortio Hospital General Universitario de Valencia	Valencia
Hospital Universitario Central de Asturias	Asturias
Hospital Municipal de Badalona	Barcelona
Hospital Nuestra Señora del Prado	Toledo
Hospital de Manises	Valencia
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	Madrid



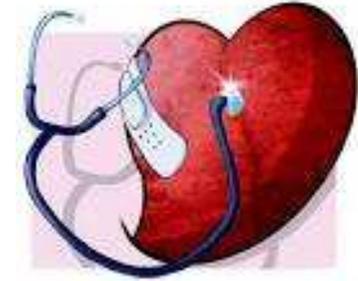
CONCLUSIONES:



EFICIENCIA



REPRODUCIBILIDAD



GRACIAS

