

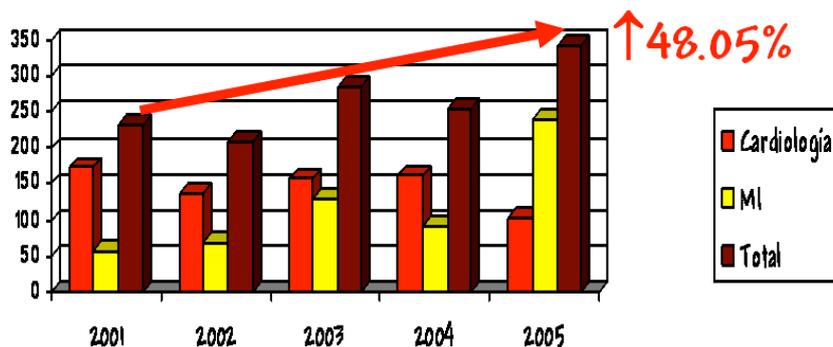
# RESULTADOS DE LA UICA (UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA DEL ANCIANO)

## 1.- JUSTIFICACIÓN:

En el segundo semestre de 2005 se inició la Unidad de Corta Estancia en el Hospital Valle del Nalón con el objetivo específico de disminuir la estancia media en determinadas patologías de alta frecuencia y evolución previsible. Dentro de este grupo de patologías está la Insuficiencia Cardíaca (IC).

Con vistas a optimizar el manejo de la misma, y aprovechando la divulgación por parte de la Sociedad Española de Medicina Interna de una propuesta de Vía Clínica para la IC y la Actualización de las Guías de Práctica Clínica de las Sociedades Europea y Americana de Cardiología en junio de 2005, se desarrolló una Vía Clínica adaptada a nuestro entorno que comenzó a funcionar en marzo de 2006.

La valoración de la evolución de los ingresos por IC en nuestro hospital (GRD 127 y 544) desde el 2001 hasta el 2005 muestra un incremento progresivo muy importante (del 48.05% en estos 5 años – **ver gráfico 1-**) con una estancia hospitalaria claramente por encima de la estancia media estándar para ambos GRDs (**ver tabla 1**), especialmente en la Sección de Cardiología, que atendía prácticamente las dos terceras partes de los ingresos por dicha patología (64.45%)



**Gráfico 1: evolución de los Ingresos por Insuficiencia Cardíaca en el quinquenio 2001-05.**

GRD	Servicio	años	Nº ingresos	Estancia media HVN	Estancia media standard	Diferencia
127	Cardio	01-04	563	10.47	7.56	2.91
127	MI	01-04	217	8.75	7.56	1.19
127	Total	01-04	780	9.99	7.56	2.43
544	Cardio	01-04	68	15.93	9.28	6.64
544	MI	01-04	131	9.72	9.28	0.43
544	Total	01-04	199	11.84	9.28	2.56

**Tabla 1: estancia media y su desviación respecto a la estándar entre los años 2001-2004**

De forma complementaria, se reforzó el seguimiento de los pacientes dados de alta desde la Vía Clínica de IC en lo que se denominó Consulta Monográfica de IC, constituyéndose la UICA (Unidad de IC del Anciano), con el objetivo de disminuir la tasa de ingresos hospitalarios mediante la educación de conceptos básicos de IC, la optimización terapéutica, la valoración integral del paciente y el control de los factores de riesgo cardio-vascular, para lo cual se dotó la consulta de unos aspectos novedosos:

- protocolización de actuaciones, tanto médicas como de enfermería
- informatización de la consulta
- potenciación del papel de enfermería
- implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad
- línea telefónica para acceso directo de los pacientes

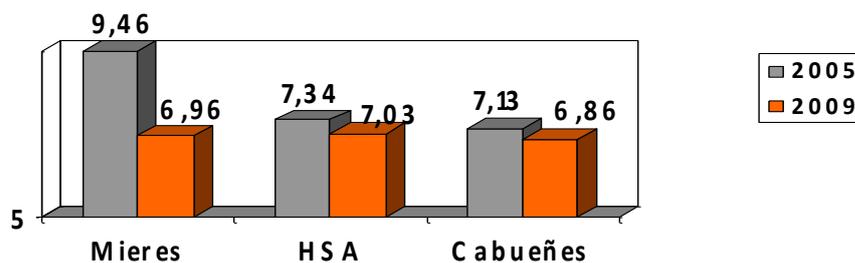
## 2.- TENDENCIAS EN INSUFICIENCIA CARDIACA:

A la hora de interpretar los resultados obtenidos, es importante tener en cuenta 3 tendencias detectadas en el contexto de la realidad de la IC, dos de ellas en relación a lo que está ocurriendo en otros hospitales asturianos con la IC, y una tercera tendencia detectada en el HVN, que es importante tener en cuenta a la hora de valorar los resultados obtenidos en la UICA.

En primer lugar una tendencia a la **disminución de la estancia hospitalaria estandar en IC** (ver **gráfico 2**), que es debido a una progresiva disminución de la estancia hospitalaria por IC en los hospitales de nuestro entorno (ver **gráfico 3**).

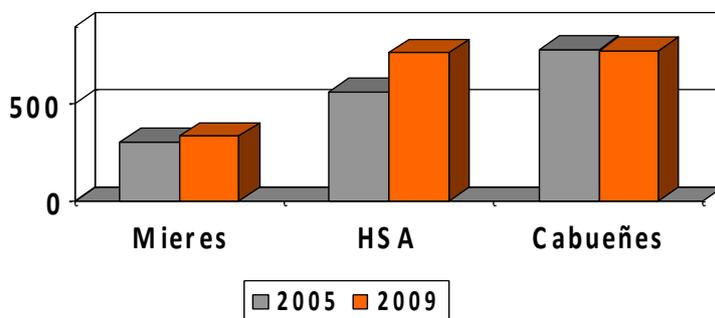


**Gráfico 2: disminución de la estancia media estandar en ambos GRD de IC**



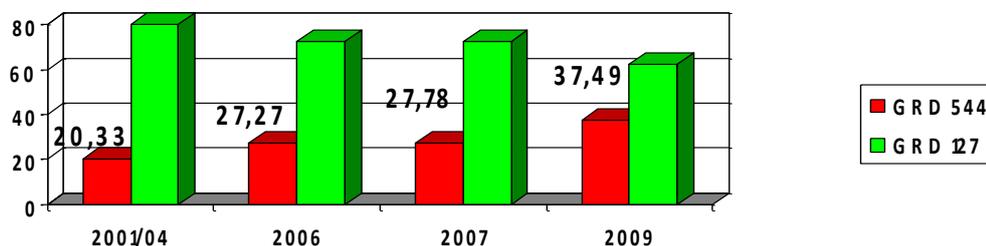
**Gráfico 3: disminución de la estancia media global por IC**

En segundo lugar, un **aumento progresivo de los ingresos por IC**, aspecto éste ya descrito en la literatura, tanto en entorno nacional como internacional, y que se explica por la tendencia al envejecimiento de la población, por un lado, y a que la IC es el puerto común a dónde llegan todos los procesos nosológicos que afectan al corazón (cardiopatía isquémica, hipertensiva, valvulopatías,...). Ver **gráfico 4**.



**Gráfico 4: incremento de los ingresos por IC**

Finalmente, un aspecto detectado en nuestro hospital, es el **cambio del peso cuantitativo que se ha observado entre los 2 GRD que codifican la IC**, ya que inicialmente el GRD 544 (IC con complicaciones o comorbilidad: TEPA, EAP, Insuf Respirat Aguda, Insuf Renal Aguda, Neumonía, UPP, FV o sepsis) suponía sólo un 20% de los ingresos por IC, y en el 2009 su peso se ha prácticamente duplicado, lo que expresa el grado de complejidad y comorbilidad importantes que presentan estos pacientes a la hora de su manejo (ver **gráfico 5**).



**Gráfico 5: incremento de la complejidad de los ingresos por IC**

### 3.- RESULTADOS:

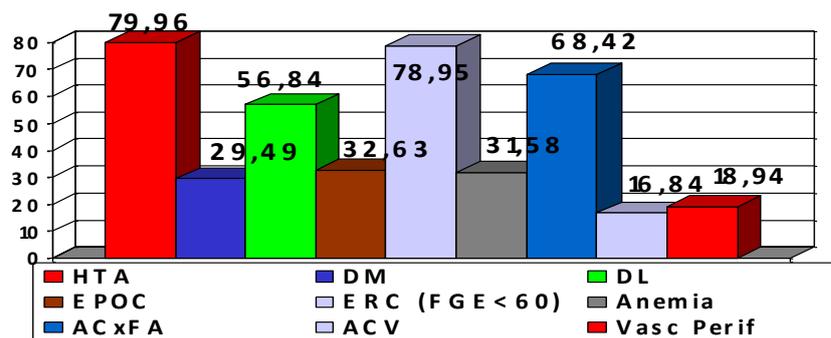
El desarrollo de la UICA con sus 2 herramientas (Vía Clínica del paciente ingresado y Consulta Monográfica de IC) ha permitido obtener claros resultados, tanto **cualitativos** (optimización terapéutica, con porcentajes muy elevados de tratamiento con beta-bloqueantes y bloqueadores del Sistema Renina-Angiotensina) como **cuantitativos** (redistribución de los ingresos por IC entre Cardiología y Medicina Interna-MI, reducción de estancia hospitalaria sin aumentar los reingresos precoces, disminución de la incidencia de ingresos de IC), todo lo cual ha supuesto un impacto en el consumo de estancias hospitalarias por IC realmente notable.

A continuación se hace una breve descripción de los resultados obtenidos.

## A) RESULTADOS CUALITATIVOS:

### 1- Pacientes pluripatológicos:

Se valoró la patología que presentaban los pacientes en seguimiento en la UICA, constatándose la realidad de ser pacientes de edad avanzada (edad media de casi 80 años) y con una alta carga de comorbilidad, con tasas próximas al 80% de HTA o Enfermedad Renal Crónica (Filtrado Glomerular Estimado < 60 ml/min), del 70% de fibrilación auricular crónica, o del 30% de Diabetes, EPOC o Anemia. Ver **gráfico 6**.



**Gráfico 6: Comorbilidad del paciente en seguimiento en la UICA**

### 2- Grado de complejidad de la consulta monográfica de IC.

La consulta monográfica está estructurada de forma que se distinguen 3 pasos según la situación clínica del paciente:

**PRIMER PASO - estabilización ambulatoria:** asegurar estabilización clínica. Se define por situación funcional estable (grado II ó III según situación cardiológica y comorbilidades), sin retención de líquidos o con la mínima y con introducción de IECAS y BB (si no hay contraindicaciones) a dosis mínimas. Se realizarán revisiones cada 1 ó 2 semanas.

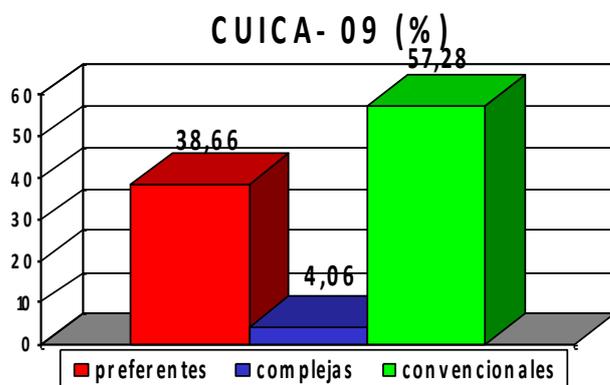
**SEGUNDO PASO - optimización terapéutica:** definido por optimización del bloqueo neuro-hormonal hasta las dosis objetivo o las máximas toleradas por el paciente. Se realizarán revisiones cada 2-4 semanas.

**TERCER PASO - control evolutivo:** definido por situación clínica estable sin precisar ingresos y con tratamiento neuro-hormonal a dosis óptimas o máximas. Se realizarán revisiones cada 3-6 meses

Según el escenario clínico del paciente, se distinguen 3 niveles de dificultad a la hora de valorar un paciente en la consulta de IC:

- **Revisión preferente:** paciente en optimización terapéutica o en situación de descompensación, con ajuste de pauta de diuréticos.
- **Revisión compleja:** paciente al que se le detecta una descompensación subsidiaria de administrar diuréticos intravenosos según pauta protocolizada
- **Revisión convencional:** paciente educado y optimizado.

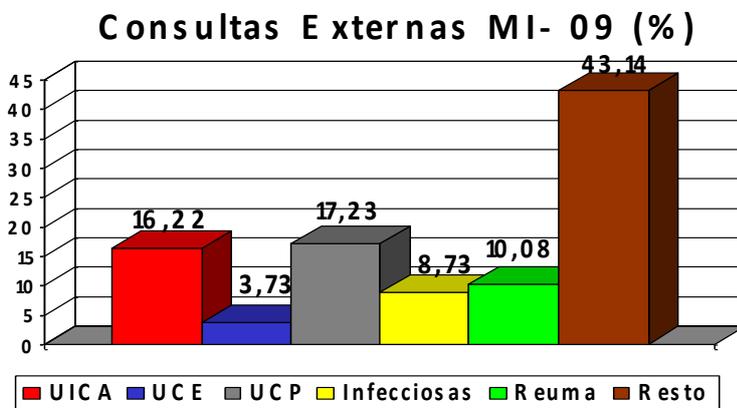
Pues bien, casi el 50% de los pacientes atendidos en la consulta monográfica de IC están en una fase de estabilización ambulatoria o de optimización terapéutica (ver **gráfico 7**). Una demora en la atención de estos pacientes puede suponer, con bastante facilidad, un deterioro clínico importante.



**Gráfico 7: Comorbilidad del paciente en seguimiento en la UICA**

### **3- Peso de la Consulta Monográfica de IC.**

En estos 4 años (enero-06 a diciembre-09) se han valorado 380 pacientes. En el año 2009 se remitieron desde Urgencias 89 pacientes, realizándose 927 valoraciones a lo largo de 2009, lo que supone un 16.22% del volumen de toda la consulta externa de la Sección de Medicina Interna (ver **gráfico 8**)



**Gráfico 8: Distribución de la consulta de Medicina Interna (2009)**

### **4- Optimización terapéutica:**

La realidad en nuestro hospital, a la hora de evaluar el grado de optimización terapéutica (prescripción de beta-bloqueantes o bloqueadores del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona) que presentaban los pacientes ingresados por IC, es que teníamos en el año 2004 ratios similares a los descritos tanto en ámbito nacional como internacional. Durante el año 2005 se obtuvo un claro incremento en el porcentaje de utilización de estos fármacos, en su mayor parte debido a aumentar notablemente la prescripción de los mismos en los pacientes ingresados en la UCE (con aplicación de la Vía Clínica de IC). Estos datos se mejoraron, especialmente en la introducción de BB, en el seguimiento en la consulta monográfica (ver **gráfico 9**)

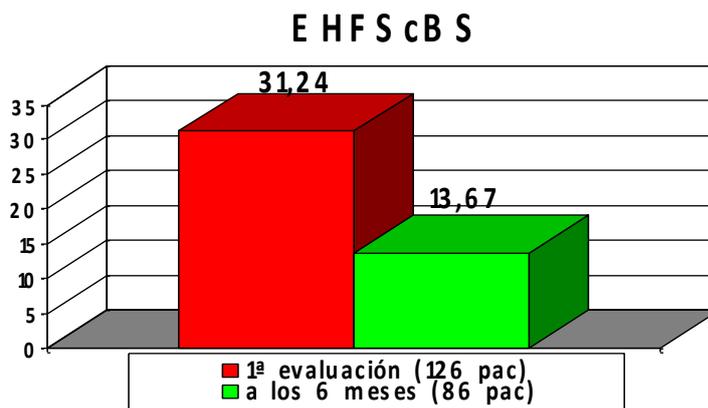
	2004	2005		
N	82	125	UCE	
Estancia Media	10.68	7.48	44	
Edad	76.36	79.45	3.36	
sexo	42.68 ♂	51.2 ♂	80.97	
A-IECAs o ARA-II	58.52%	72.83%	50% ♂	
A-BB	19.75%	24.16%	90.69%	
			27.91%	
				Cta IC
				95
				79.96
				46.32% ♂
				97.64%
				87.61%

**Gráfico 9: Evolución en la prescripción de Bloqueantes del Sistema Renina-Angiotensina y Beta-bloqueantes**

### 5- Papel de Enfermería:

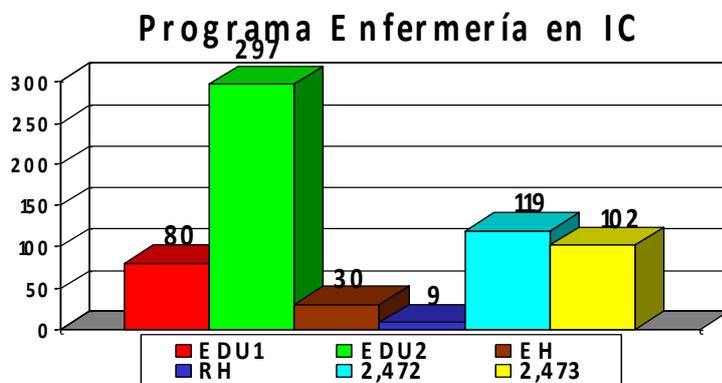
Uno de los aspectos fundamentales que diferencia la consulta monográfica de IC del resto de consultas hospitalarias es el papel fundamental de enfermería a la hora de educar e implicar al paciente y sus familiares o cuidadores principales en su enfermedad.

Una manera de medir de forma objetiva y validada el grado de conocimiento y de manejo del paciente respecto a la IC es la aplicación de una Escala de Autocuidado de IC, la **European Heart Failure Self-care Behaviour Scale – EHFS cBS**. Se trata de un cuestionario autoadministrado con 12 ítems en el que se 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), de forma que la puntuación global puede variar de 12 (mejor autocuidado) a 60 (peor autocuidado). Esta escala fue validada para el entorno europeo en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca de Badalona, con un resultado a 6 meses de 21 puntos. En el gráfico 10 se muestran los resultados obtenidos en nuestra consulta.



**Gráfico 10: resultados de la aplicación de la EHFS cBS inicial y a los 6 meses**

El **programa educativo en IC** contempla una formación inicial en conceptos básicos de IC, tanto para el paciente ambulatorio (EDU1) como para el paciente hospitalizado (EH), así como sesiones de revisión (EDU2 en pacientes ambulatorios y RH en pacientes hospitalizados). Mención especial merece las 119 atenciones telefónicas realizadas (codificado como 2.472) y los 102 que precisaron acceso venoso periférico, bien para pauta de diuréticos IV por situación congestiva moderada-severa (33) o para realización de analítica urgente para valoración de función renal (código: 2.473). Ver **gráfico 11**.

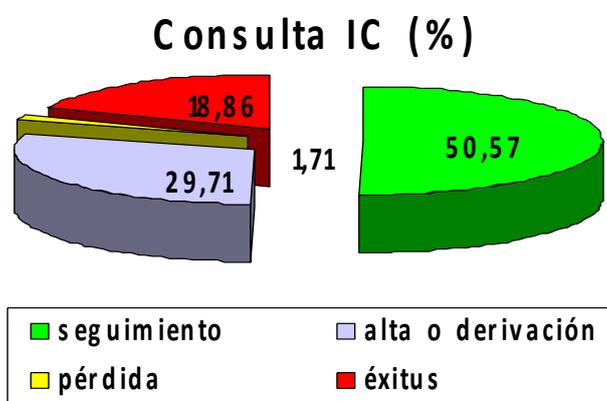


**gráfico 11: Programa educativo de IC.**

#### **6- Satisfacción percibida:**

Teniendo en cuenta que estos pacientes son de edad elevada (en torno a 80 años) y con importante comorbilidad, el tener una pérdida de seguimiento inferior al 2% se interpreta como un dato indirecto de alto grado de satisfacción y adherencia a la Unidad y su programa.

Durante 4 años (enero-06 a diciembre-09) han sido valorados 380 pacientes, de los cuales 30 no cumplían criterios. De los restantes 350 pacientes, se mantienen en seguimiento activo el 50% de los mismos, habiendo sido dados de alta por distintos motivos (estabilización clínica, imposibilidad de optimización, situación terminal,...) casi el 30%. Es destacable una tasa de mortalidad que no alcanza el 20%, siendo la mayoría de los pacientes captados tras un ingreso hospitalario y describiéndose en la literatura tasas de mortalidad al año del ingreso de más de un 20%. Ver **gráfico 12**.

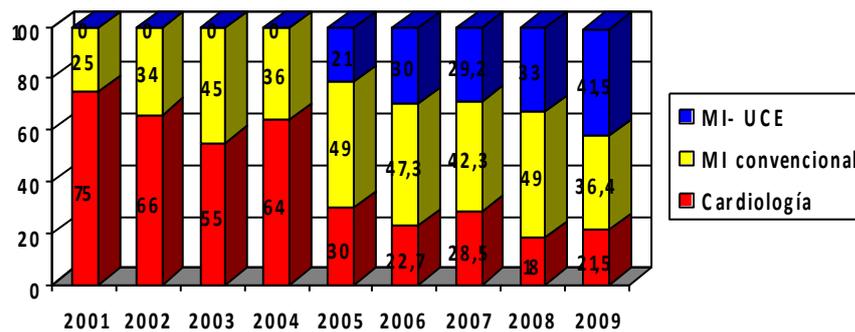


**Gráfico 12: evolución de los pacientes en seguimiento en la UICA**

## B) RESULTADOS CUANTITATIVOS:

### 1- Redistribución de los ingresos por IC:

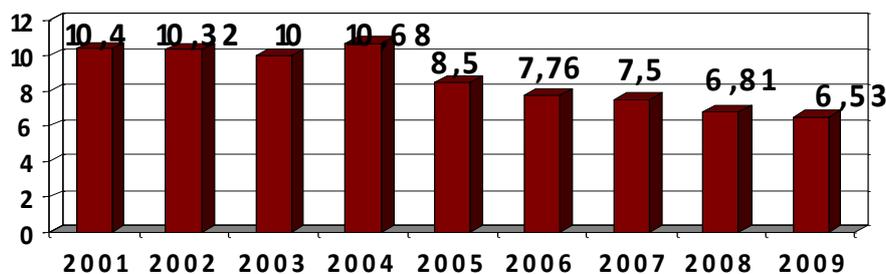
Desde el desarrollo de la UICA, se ha conseguido un cambio en la distribución de ingresos por IC, de forma que hasta el año 2005 la sección de Cardiología era la responsable de las 2 terceras partes de la hospitalización por IC, y actualmente el 80% de los ingresos por dicha patología es asumida por la sección de Medicina Interna, siendo destacable que en el año 2009 se consiguió que el 50% de los pacientes asumidos por MI fuesen valorados dentro de la Vía Clínica de IC. Ver **gráfico 13**.



**Gráfico 13: Porcentaje de pacientes atendidos por cada sección y año**

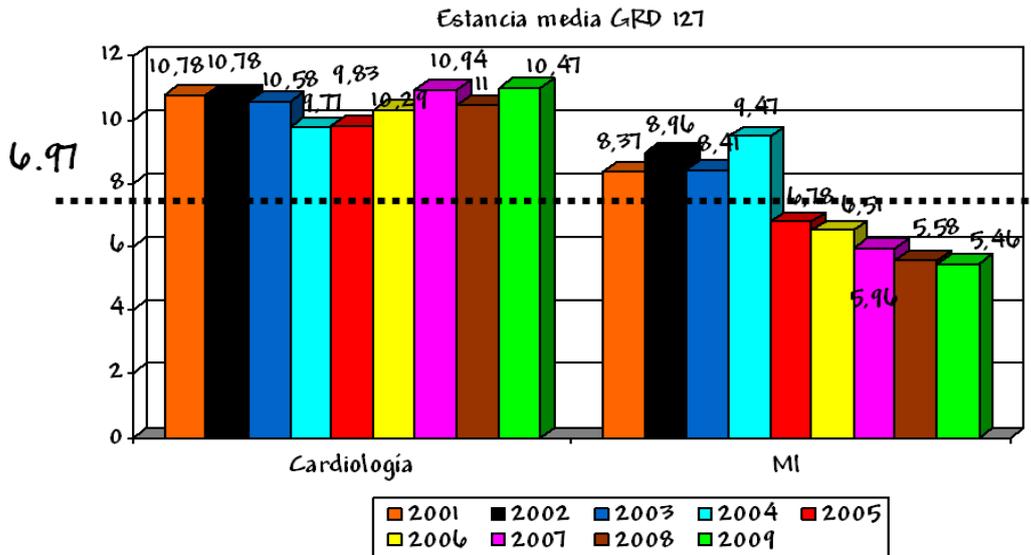
### 2- Disminución de la estancia hospitalaria:

Durante los años 2001 al 2004 en el hospital había una situación estacionaria de la estancia media por IC. Desde el 2005 se está consiguiendo una constante e intensa disminución de la misma (ver **gráfico 14**)

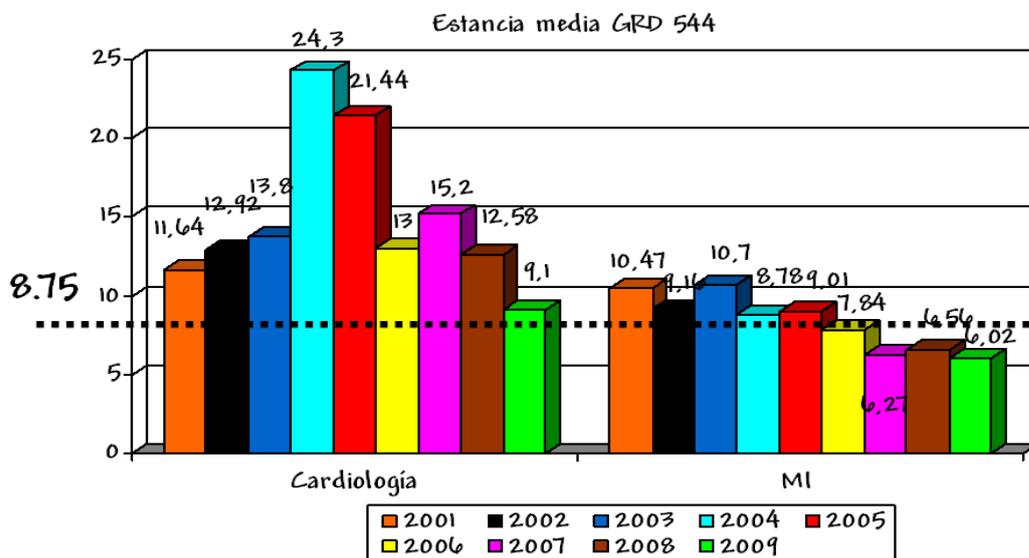


**Gráfico 14: evolución de estancia hospitalaria global por IC.**

Si desagregamos los datos por GRD y por Servicio, se puede observar que la disminución de la estancia hospitalaria se obtiene por igual en ambos GRD, y que también en ambos casos, la mejoría de la estancia hospitalaria se debe, casi en exclusiva a la evolución de la estancia conseguida en la sección de MI. Ver **gráficos 15 y 16**.

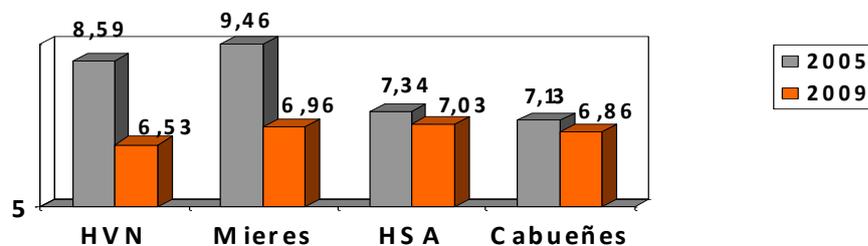


**Gráfico 15: Estancia media del GRD 127 desagregado por sección y año.**



**Gráfico 16: Estancia media del GRD 544 desagregado por sección y año.**

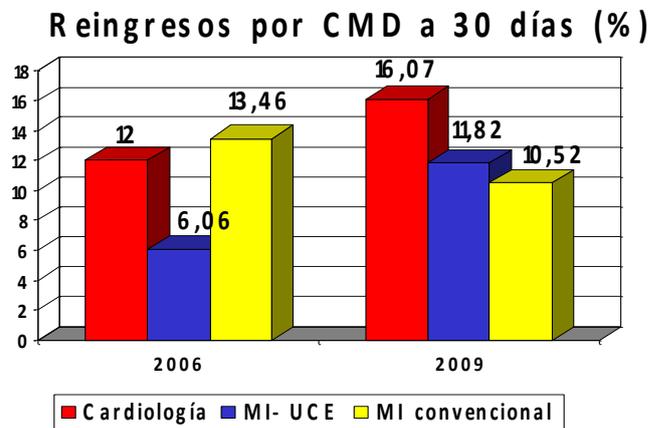
Esto hace que, al compararnos con los hospitales vecinos, pasemos de tener la 2ª peor estancia global por IC en 2005 (y eso que en 2005 ya habíamos bajado 2 días de estancia media respecto a 2004) a la mejor en 2009. Ver **gráfico 17**.



**Gráfico 17: evolución de estancia hospitalaria por IC en Asturias**

### 3- Ausencia de incremento de ingresos por mismo motivo:

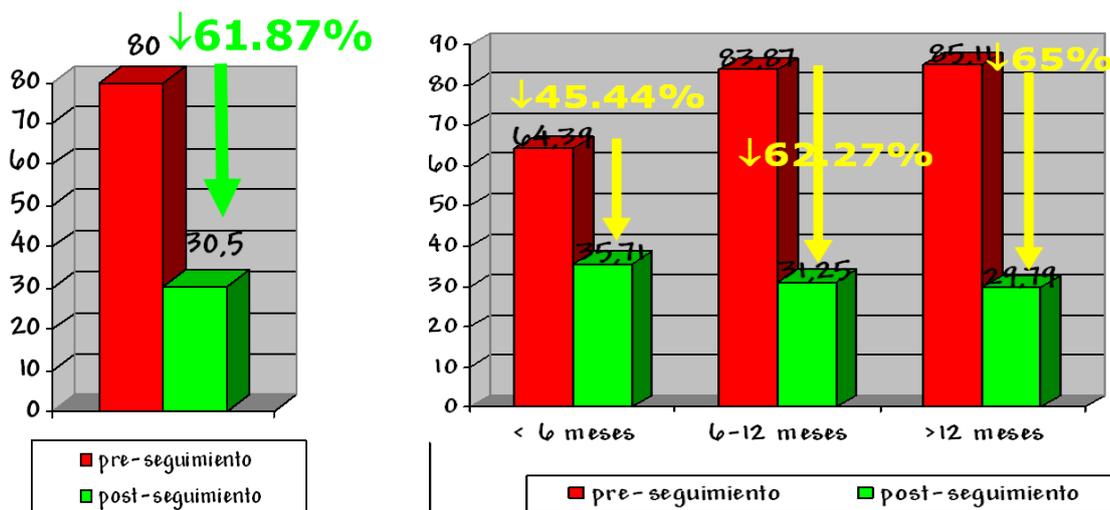
La disminución de la estancia hospitalaria podría implicar una mayor tasa de reingresos por el mismo motivo, sin embargo, las tasas de reingresos (medidas por misma Categoría Mayor Diagnóstica -CMD- a 30 días) demuestran que la Sección de Medicina Interna mantiene unas cifras de reingreso similares o menores a la de la Sección de Cardiología (ver **gráfico 18**)



**Gráfico 18: Reingresos por mismo motivo desagregados por Secciones**

De hecho, el desarrollo de la Consulta Monográfica dentro de la Unidad de IC ha demostrado un impacto evidente en la reducción de los ingresos hospitalarios: se evaluaron los primeros 95 pacientes incluidos en la Consulta Monográfica (el 80% de los cuales habían ingresado al menos una vez por dicho motivo en el año previo a iniciar el seguimiento en la Unidad). Con un seguimiento medio de 11.8 meses, sólo el 30.52% habían reingresado por descompensación cardiaca, obteniéndose una reducción de ingresos hospitalarios del 61.87%.

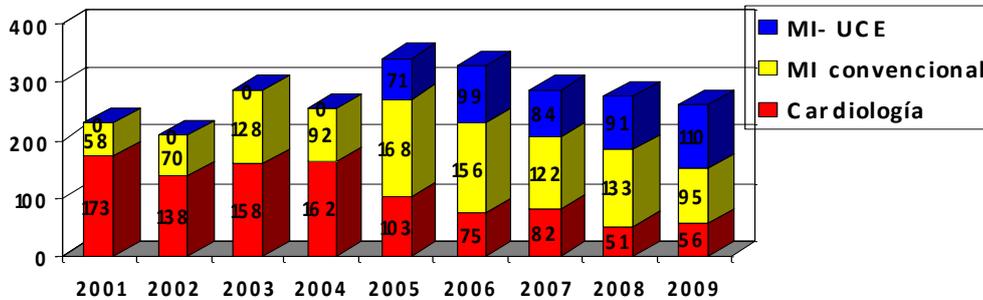
Es más, se objetivó que a mayor tiempo de seguimiento en la Unidad, mayor disminución en la tasa de reingresos (ver **gráfico 19**)



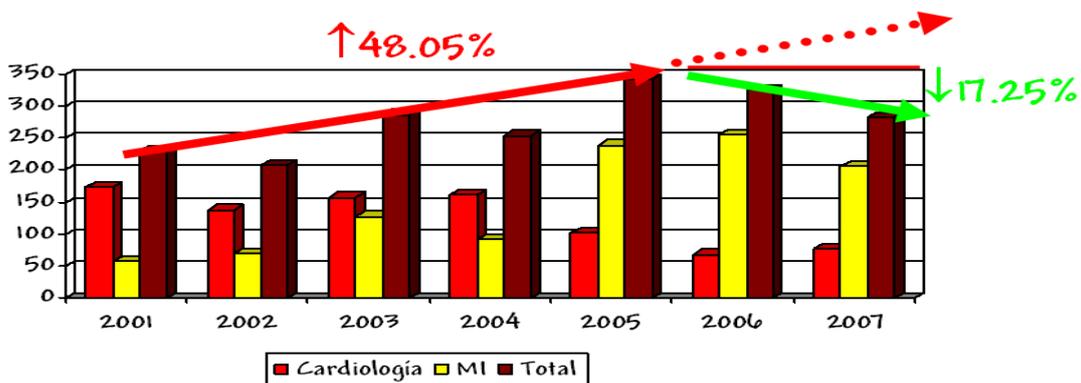
**Gráfico 19: disminución de ingresos por IC tras inicio de seguimiento en la UICA**

#### 4- Reducción de los ingresos hospitalarios:

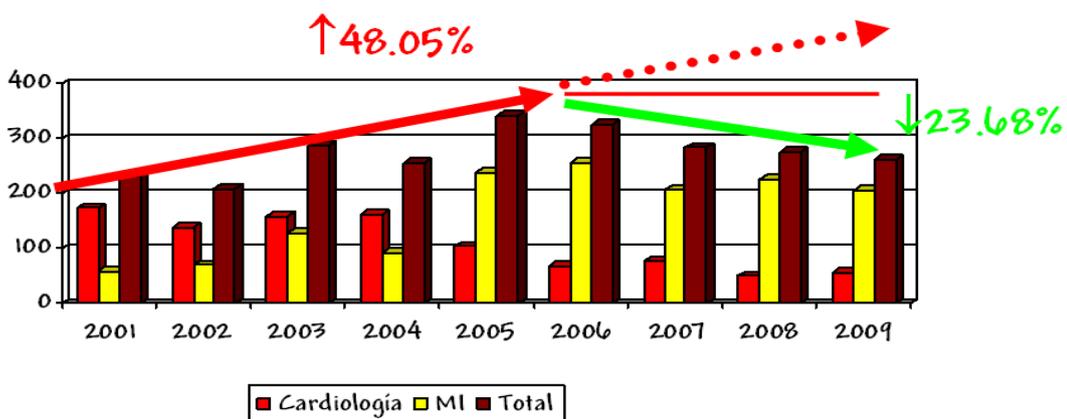
Aparte de reducir la estancia hospitalaria, no sólo no se ha detectado un incremento anual mantenido de los ingresos por IC, como sería esperable por datos epidemiológicos y datos de otras áreas sanitarias (ver **gráfico 20**), sino que se ha conseguido reducir de manera persistente la incidencia de ingresos por IC, de forma que de una reducción del 17.25% en 2007 (ver **gráfico 21**) hemos pasado a una reducción del 23.68% en 2009 (ver **gráfico 22**).



**Gráfico 20: Evolución de los ingresos anuales por IC**

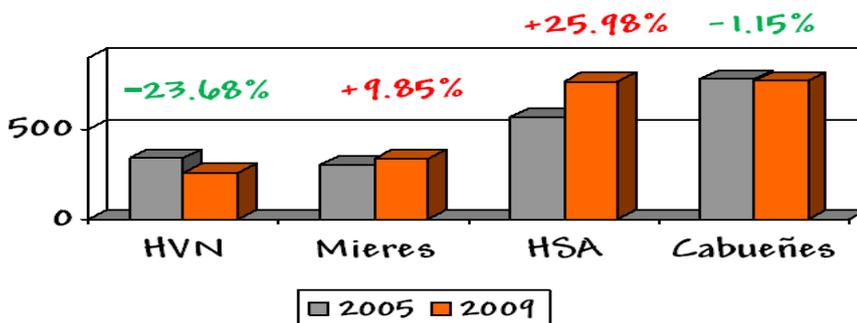


**Gráfico 21: disminución de ingresos anuales por IC en 2007**



**Gráfico 22: disminución de ingresos anuales por IC en 2009**

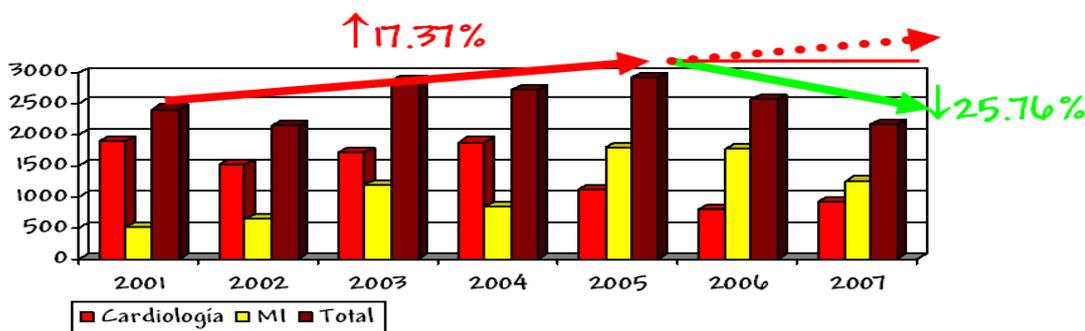
Esta evolución no se ha detectado en los hospitales vecinos (ver **gráfico 23**), que han tenido un comportamiento muy variable, quizás por el distinto desarrollo de las Unidades de Corta Estancia (implantadas en todos los hospitales evaluados a excepción del Hospital San Agustín), y la consulta monográfica de IC (desarrollada en nuestro hospital y sólo de forma parcial en Cabueñes)



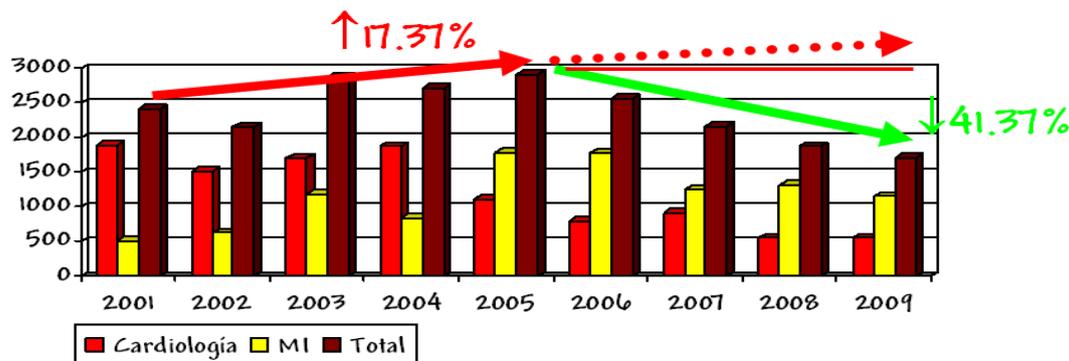
**Gráfico 23: variación de ingresos por IC**

### 5- Reducción en el número de estancias hospitalarias anuales por IC:

El hecho de haber conseguido una disminución importante de la estancia hospitalaria por IC, junto con una disminución de la incidencia anual de ingresos por dicho motivo, hacen que el impacto sobre el consumo de estancias hospitalarias por descompensaciones cardiacas sea realmente significativo, de forma que no sólo no se ha detectado un incremento de estancias como se había detectado desde 2001 hasta 2005 (del 17%), sino que se ha obtenido un ahorro de 749 camas en el año 2007, lo que equivale a 2 camas hospitalarias liberadas por año (ver gráfico 24) y de 1203 estancias ahorradas en el año 2009, lo que supone 3.3 camas y una reducción de más del 40% con respecto al 2005 (ver gráfico 25)

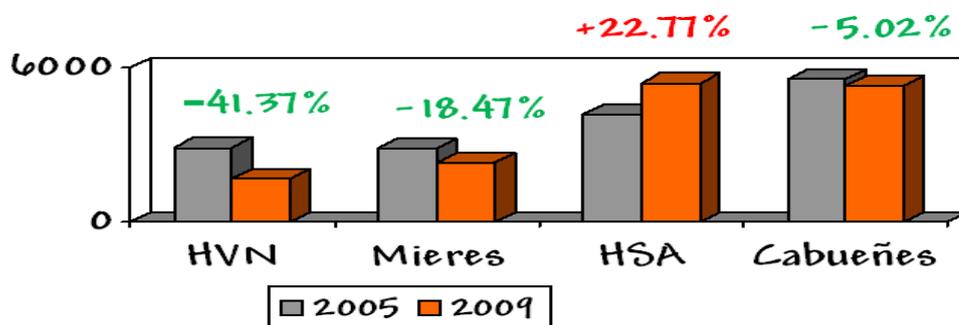


**Gráfico 24: Reducción de estancias hospitalarias por IC en 2007**



**Gráfico 25: Reducción de estancias hospitalarias por IC en 2009**

Si comparamos este resultado con lo observado en nuestro entorno, el beneficio obtenido con la Unidad es claramente significativo y mejor que el resto de hospitales, en los que la disminución de estancias hospitalarias se debe, casi en exclusiva, a la tendencia a una menor duración de la hospitalización, no en una reducción de ingresos por IC (ver gráfico 25)



**Gráfico 26: Evolución de las estancias hospitalarias anuales por IC**

Si tenemos en cuenta el coste por estancia hospitalaria según los datos recientemente publicados en el BOPA (16 de marzo de 2010), cifrados en 415.10€ por día, el ahorro económico obtenido en comparación con el gasto generado en 2005 es 499365.3 €

## 4.- CONCLUSIONES

- El paciente pluripatológico genera un gran consumo de recursos
- La IC es una de las patologías que más consumo de estancias hospitalarias supone en nuestro entorno
- La educación e 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 evidente
- La valoración integral del paciente pluripatológico es clave para un adecuado manejo
- Las Unidades específicas han demostrado tener una mayor eficiencia en la gestión de este tipo de patologías que el manejo convencional
- Aunque han sido diseñadas en hospitales de primer nivel, en el HVN se ha demostrado la aplicabilidad de este tipo de herramientas
- Los recursos económicos y humanos de nuestro sistema sanitario son limitados
- Es importante buscar mecanismos que aseguren la sostenibilidad del sistema
- Es fundamental ahondar en herramientas que aumenten la eficiencia de la atención sanitaria manteniendo o aumentando los estándares de calidad asistencial
- El personal sanitario deberíamos de implicarnos en la búsqueda y aplicación de modelos de gestión eficientes y sostenibles
- El papel de Enfermería en el manejo ambulatorio de pacientes crónicos puede y debe ser mucho mayor

## 5.- PROPUESTAS

1. Implicación, como Internistas, a la hora de buscar una mayor eficiencia en la valoración de nuestros pacientes para asegurar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público
2. Extender este modelo de gestión a otros pacientes pluripatológicos
3. Dar mayor relevancia al papel de Enfermería en la atención y valoración de este tipo de pacientes