



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALENCIA

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARIO VALENCIA

*Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo  
Crónico y Edad Avanzada*

SERVICIO DE  
MEDICINA INTERNA

## MEMORIA ACTIVIDAD PRIMER AÑO

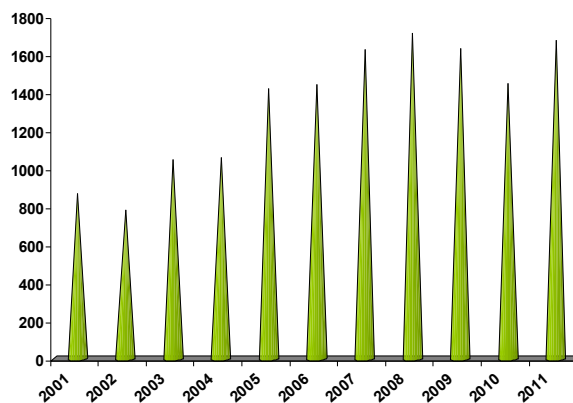
- 1- SITUACIÓN PREVIA
- 2- CRONOGRAMA
- 3- DATOS GENERALES ACTIVIDAD CONSULTA
  - a. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS UNIDAD
  - b. LLAMADAS TELEFÓNICAS UNIDAD
  - c. ATENCIÓN URGENTE
  - d. TRATAMIENTOS HOSPITAL DE DÍA
  - e. REUNIONES UNIDAD
- 4- INDICADORES
  - a. PROCESO
    - AUTOCUIDADO
    - MEDICIÓN FRACCIÓN EYECCIÓN VENTRÍCULO IZQUIERDO
    - PRESCRIPCIÓN IECAS/ARA II
    - PRESCRIPCIÓN B BLOQUEANTES
  - b. RESULTADO
    - VISITA A URGENCIAS POR INSUFICIENCIA CARDIACA
    - VISITA A URGENCIAS POR OTRO MOTIVO
    - INGRESO HOSPITALARIO POR INSUFICIENCIA CARDIACA
    - INGRESO HOSPITALARIO POR OTRO MOTIVO
    - ADECUACIÓN DE SEGUIMIENTO
- 5- RESULTADOS ECONÓMICOS
- 6- ALIANZAS CON OTROS SERVICIOS
- 7-LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
- 8-EXCELENCIA CIENTÍFICA
- 9- ÁREAS DE MEJORA
- 10- OBJETIVOS UNIDAD INSUFICIENCIA CARDIACA ENFERMO CRÓNICO 2013
- 11- INDICADORES UNIDAD INSUFICIENCIA CARDIACA ENFERMO CRÓNICO 2013
- 12- PREMIOS Y AGRADECIMIENTOS



## 1- SITUACIÓN PREVIA

En el diagnóstico de situación del servicio de Medicina Interna del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (enero de 2012), presentábamos un significativo incremento de los ingresos hasta 2009 debido al acuerdo con el Servicio de Cardiología de ingresar y atender a determinados pacientes con Insuficiencia Cardíaca, y una tendencia a la disminución en el 2010 con la apertura del Hospital de Manises (ver **gráfico 1**), aunque con una recuperación de nuevo en los siguientes años.

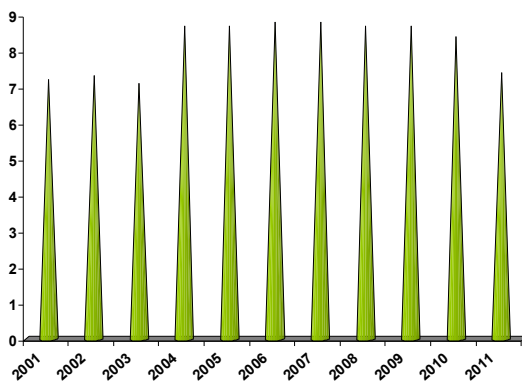
1. EVOLUCIÓN INGRESOS MEDICINA INTERNA



Respecto a la evolución de la estancia hospitalaria, se objetiva una tendencia al alza desde 2004 al 2010 que coincide con el mayor número de ingresos derivados en gran medida por el acuerdo con el Servicio de Cardiología (ver **gráfico 2**).



## 2. EVOLUCIÓN ESTANCIAS MEDICINA INTERNA



El Servicio de Medicina Interna Departamento-Hospital General tras un estudio de los reingresos del año 2010 y 2011 en nuestro servicio, reflejan un 27% y 20% respectivamente del total de ingresos, donde las patologías más prevalentes son la insuficiencia cardiaca (23%) y las infecciones respiratorias (25% neumonías), además estas mismas patologías predominan como diagnósticos secundarios en los restantes reingresos. El 75 % de los pacientes proviene de su domicilio, y un 70% de los pacientes presentaban algún grado de dependencia (33% Barthel<20).

 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALÈNCIA</p>	<p><b>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</b></p> <p><b>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</b></p>	<p><b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</b></p>
--	---	--

## 2- CRONOGRAMA

El cronograma propuesto en el año 2012 para la consecución de todos estos aspectos es el expuesto a continuación. Se remarca en rojo aquellos ítems que no se han conseguido a fecha de diciembre de 2012:

	ENERO-FEBRERO 2012	MARZO-ABRIL 2012	MAYO 2012	SEPTIEMBRE- OCTUBRE 2012	SEGUNDO SEMESTRE 2012
<b>DOCUMENTO BÁSICO UNIDAD IC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración</li> <li>Presentación y Aprobación Dirección Médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación en Medicina Interna</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación en Consellería de Sanitat (M. Yarza)</li> </ul>	<p>EJECUCIÓN ACTIVA DE TODOS LOS ASPECTOS DE LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>COORDINACIÓN CON URGENCIAS, CARDIOLOGÍA, HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y ATENCIÓN PRIMARIA</li> <li>CONSULTA MONOGRÁFICA DE IC</li> <li>CONSULTA DE ENFERMERÍA DE IC</li> <li>SEGUIMIENTO INDICADORES DE CALIDAD</li> </ul>
<b>CRITERIOS DE DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propuestas preliminares con Cardiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>DOCUMENTO DE CONSENSO DEFINITIVO</b></li> </ul>			
<b>CRITERIOS DE INGRESO Y DERIVACIÓN A CONSULTAS EXTERNAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criterios Derivación Consultas Externas</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li><b>CRITERIOS DERIVACIÓN URGENCIAS</b></li> </ul>		
<b>CRITERIOS DE DERIVACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Reunión Coordinadores de Primaria</li> <li>Criterios Derivación A. Primaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reunión A. Primaria Fuensanta y Barrio de la Luz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reunión A. Primaria Nápoles y Sicilia</li> </ul>	
<b>VÍA CLÍNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Elaboración Hojas Curso Clínico y Enfermería</b></li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li><b>IMPLANTACIÓN DEFINITIVA VÍA CLÍNICA DE IC (OBJETIVO 2013)</b></li> </ul>	
<b>CONSULTA MONOGRÁFICA IC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración y metodología</li> <li>Cuestionarios C. Enfermería</li> <li>Selección y Capacitación C.Enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinación Consultas Externas</li> <li>Coordinación H. Día</li> <li>Implantación Definitiva Consulta</li> </ul>			

### 3- DATOS GENERALES ACTIVIDAD CONSULTA

Durante el primer año de vida de la Unidad de Insuficiencia cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada, entre el 12 de febrero de 2012 y 12 de febrero de 2013, se han atendido **186** pacientes en la Unidad, siendo vistos también por la enfermera de la Unidad.

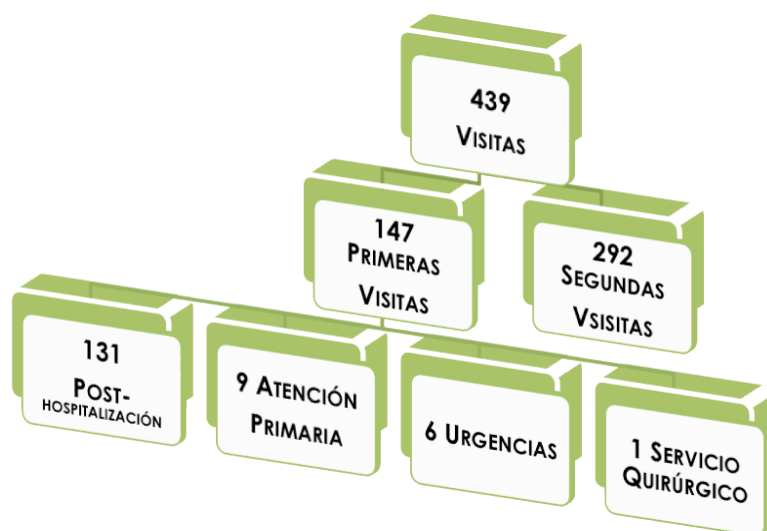
La Unidad se divide en 2 consultas médicas y una de enfermería, con la siguiente distribución de cargas:

#### A. CONSULTA MÉDICA **ME 13** (Dr. José Pérez Silvestre)

Consulta principal en cuanto a tiempo de consulta, constando de 2 medias mañanas. Los lunes y miércoles de 11.00 - 15 horas.

En este tiempo se ha asistido a **147** pacientes, produciendo **439** consultas:

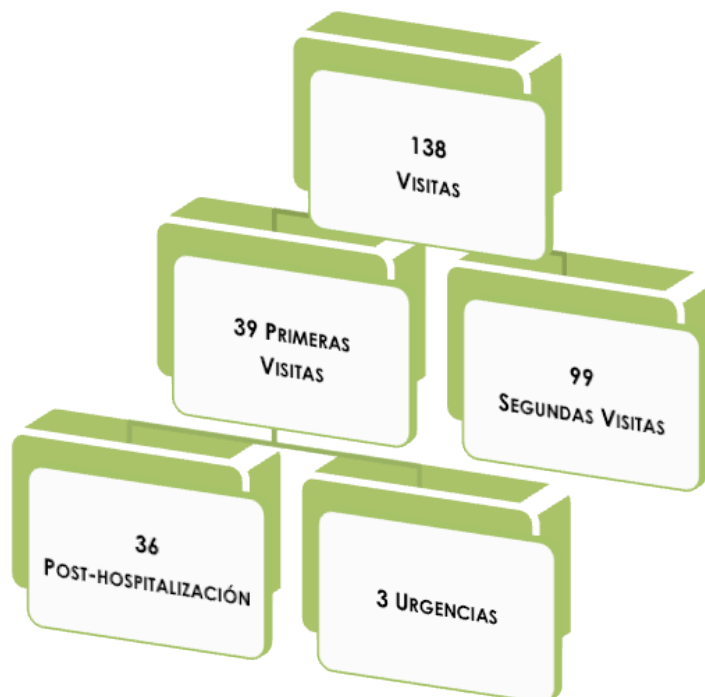
- 147 primeras visitas
  - 131 Posthospitalización
  - 9 Atención primaria
  - 6 Urgencias
  - 1 Servicio Quirúrgico
- 292 visitas de revisión (Índice primera/segunda 1/1.98)



**B. CONSULTA MÉDICA ME 13 B** (Dr. David García Escrivá)

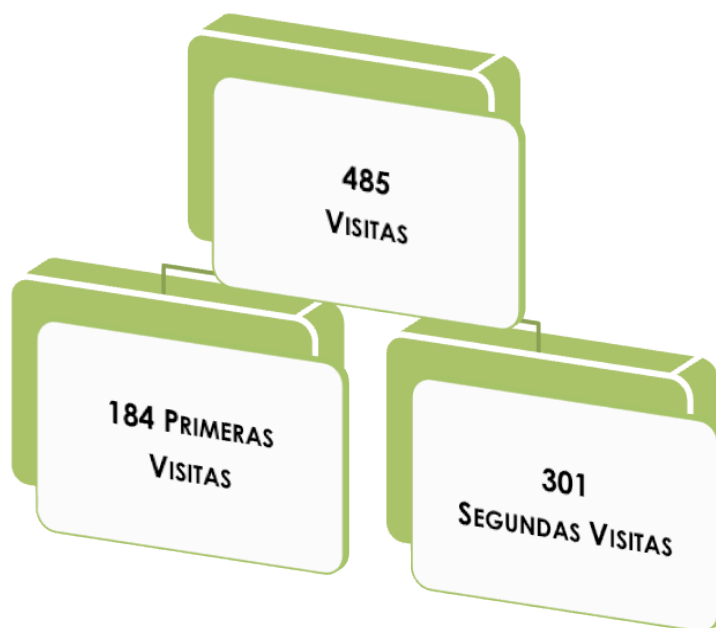
Consulta médica los lunes de 11.30 – 15 horas, una media mañana. En este tiempo se ha asistido a **39** pacientes, produciendo **138** consultas.

- 39 primeras visitas
  - 36 posthospitalización
  - 3 urgencias
- 99 segundas visitas (índice primeras/segunda 1/2.53)



### C. CONSULTA ENFERMERÍA (DUE María Angeles Tur)

La consulta de enfermería consta de 2 medias mañanas, lunes y miércoles de 10 -15 horas. Durante este periodo se han atendido en la consulta **184** pacientes, produciendo **485** consultas.



A todos ellos se les ha realizado:

- Historia clínica de enfermería (factores riesgo cardiovascular, enfermedades, farmacoterapéutica, alergias...)
- Toma constantes: Presión arterial, frecuencia cardíaca, peso, perímetro abdominal, y saturación de oxígeno.
- Electrocardiograma.
- Escala de autocuidado, Barthel (dependencia actividades básicas vida diaria) y Pfeiffer (deterioro cognitivo)
- Explica la enfermedad, síntomas y signos guías. (Entrega tríptico informativo de la Unidad)
- Explica la necesidad de seguimiento, y autocuidado con manejo de diuréticos.

Una de las tareas más importantes de enfermería es la educación del enfermo y sus cuidadores del autocuidado, además del manejo de diuréticos a través del control de peso.

Esta tarea la medimos a través de una escala de autocuidado que se realiza en cada consulta que realiza el paciente, se trata de la "European Heart Failure Self-care Behaviour Scale" o escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca. Consiste en un cuestionario autoadministrado con 12 ítems que 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, entonces, de 12 (mejor autocuidado) a 60 (peor autocuidado).

<b>Escala Europea de Autocuidado en IC modificada</b>	<b>Completamente de acuerdo / siempre</b>			<b>Completamente en desacuerdo / nunca</b>	
Me peso cada día	1	2	3	4	5
Si siento ahogo me paro y descanso	1	2	3	4	5
Si mi dificultad respiratoria aumenta, aumento la pastilla de orinar (diurético)	1	2	3	4	5
Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, aumento la pastilla de orinar (diurético)	1	2	3	4	5
Si aumento 2 Kg en una semana, aumento la pastilla de orinar (diurético)	1	2	3	4	5
Limito la cantidad de líquidos que bebo (no más de 11/2-2 litros al día)	1	2	3	4	5
Reposo un rato durante el día	1	2	3	4	5
Si experimento aumento de fatiga, aumento la pastilla de orinar (diurético)	1	2	3	4	5
Realizo una dieta baja en sal	1	2	3	4	5
Tomo toda la medicación como me han indicado	1	2	3	4	5
Me vacuno todos los años contra la gripe	1	2	3	4	5
Hago ejercicio regularmente	1	2	3	4	5

En la primera visita el valor medio de autocuidado fue de **36,94 ± 4,99**, y tras la intervención de la enfermera de la Unidad el valor del autocuidado mejoró a un valor medio a los 6 meses de **29,52 ± 7,05**, y a los 12 meses **24,67 ± 6,96**.

Con estos resultados, se demuestra la importancia de la enfermería y su importancia en la enseñanza del autocuidado al paciente y sus cuidadores principales para el buen manejo de sus enfermedades crónicas y evitar las descompensaciones.

## **α. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS PACIENTES**

La edad media de los pacientes es **82, 94 ± 6,37** años, con un predominio de mujeres (**66,7%**) sobre los hombres (**32.8%**).

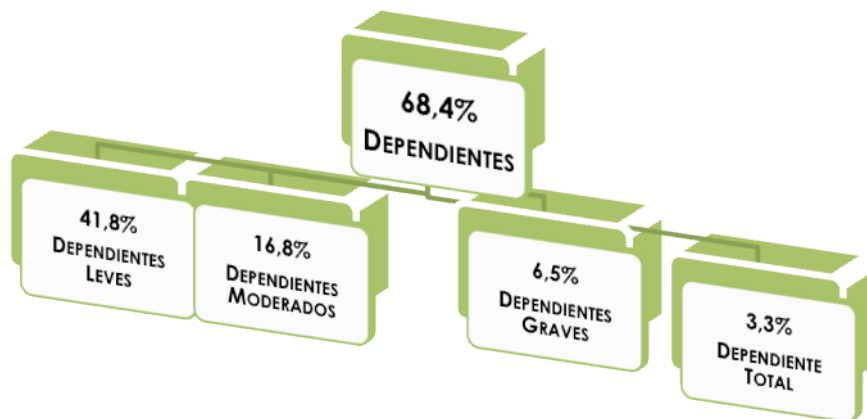


9 pacientes (4,8%) se encuentran institucionalizados en residencias asistidas.

Los pacientes de la Unidad son pacientes crónicos complejos (nivel alto de la pirámide de Kaiser), lo que justifica la creación y su seguimiento en este tipo de unidades, como demuestra M. Schou, et al. "Extended heart failure clinic follow-up in low-risk patients: a randomized clinical trial (NorthStar). *European Heart Journal* (2013) 34, 432-442". Nuestros pacientes presentan elevada comorbilidad demostrada por el índice de Charlson, siendo la media de puntuación **8,16±2,02**. Por encima de 5 puntos, significa una elevada mortalidad, alrededor del 85 % en los próximos 5 años.

El **68,4%** de los pacientes eran **dependientes** para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel) en la **primera visita**, siendo:

- 41,8% dependientes leve.
- 16,8% dependiente moderado.
- 6,5% dependencia grave.
- 3,3% dependencia total.



Tras **12 meses** de actividad en la consulta, ha habido una mejoría en la **dependencia** de las actividades básicas de la vida diaria siendo **60,9%** de los pacientes dependientes:

- 35,9% dependientes leve.
- 14,1% dependiente moderado.
- 9,6% dependencia grave.
- 1,3% dependencia total.

Se evalúa también el estado cognitivo de los pacientes a través de la escala de Pfeiffer, presentando el **21,3%** deterioro cognitivo leve, **4,4%** deterioro cognitivo moderado y un **0,5%** deterioro severo.

Tras el año de consulta, el **13,4%** presentan deterioro cognitivo leve, y **8%** deterioro cognitivo moderado. La mejoría puede atribuirse al impacto de la consulta, evitando la hospitalización en pacientes ancianos con alta comorbilidad y fragilidad.



Han sido intervenidos **10 pacientes (5,4%)** por cirugía cardíaca para resolución de valvulopatías degenerativas, sobretodo estenosis aórtica sintomáticas en pacientes ancianos con alta comorbilidad a través de **TAVI** (Transcatheter Aortic-Valve Implantation), con resultados satisfactorios.

Durante los 12 meses de funcionamiento de la Unidad han fallecido **21 pacientes (11,3%)**, que puede atribuirse a la alta comorbilidad de nuestros pacientes definida por el alto nivel del índice de Charlson.

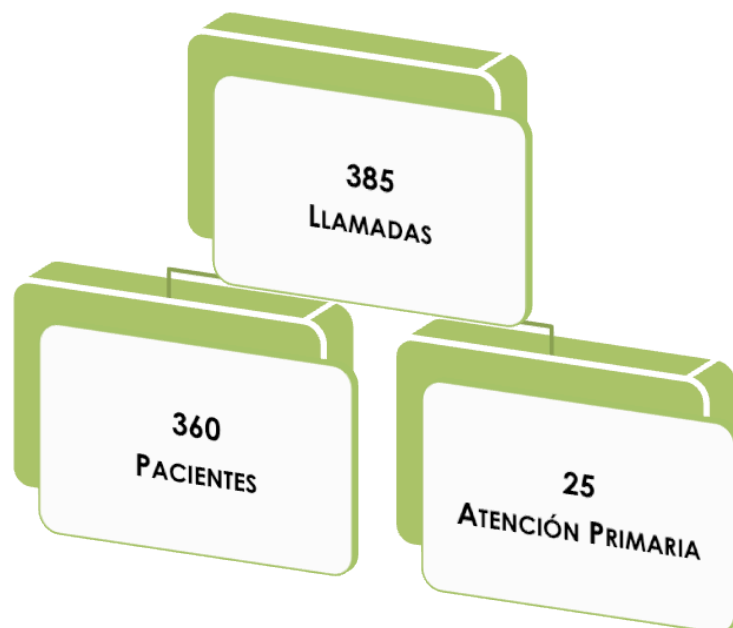
Hemos perdido 3 pacientes durante el seguimiento sin causa justificada, lo que supone un 98% de seguimiento eficaz de nuestros pacientes.

## b. LLAMADAS TELEFÓNICAS UNIDAD

La Unidad es poseedora de un teléfono corporativo (485801) que se ha facilitado a los médicos de atención primaria del Departamento 9 y a los pacientes que son atendidos en la consulta. El teléfono está disponible de 8 -15 horas de lunes a viernes, los días laborables.

Se han recibido un total de **385** llamadas:

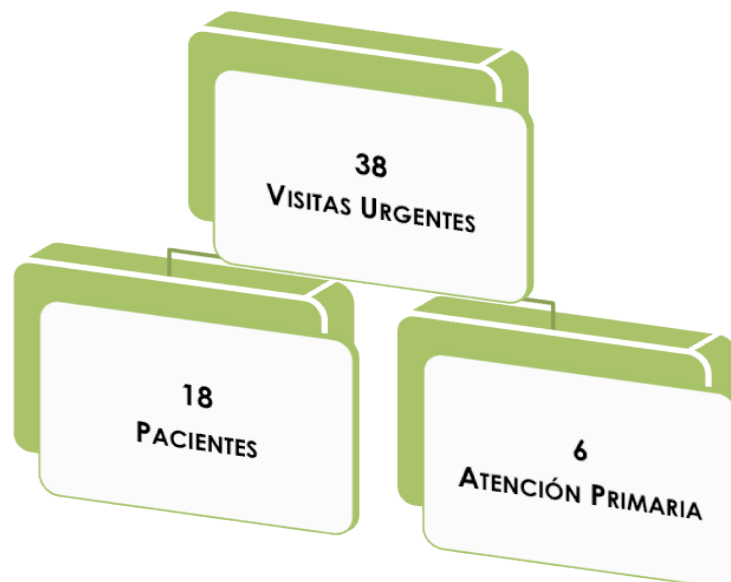
- **25** atención primaria (Alacuás, Barrio de la Luz, Picassent, Guillem de Castro, Torrente II, Torrente I)
- **360** pacientes



### **c. ATENCIÓN URGENTE**

La Unidad realiza atención urgente (respuesta inmediata a la llamada y atención al paciente en el momento si lo requiere, como máximo 24 horas de demora de lunes a viernes) a los pacientes o a enfermos derivados desde atención primaria. Se han atendido **24** pacientes de forma urgente, generando 38 visitas:

- 18 pacientes
- 6 atención primaria



### **d. TRATAMIENTOS HOSPITAL DE DÍA**

Se han realizado 84 tratamientos en el Hospital de Día Polivalente, distribuidos de la siguiente manera:

- 49 protocolos diuréticos
- 4 transfusión de hemoderivados
- 31 protocolos de ferroterapia



### e. REUNIONES DE LA UNIDAD

La Unidad ha realizado 3 reuniones informativas de la creación y funcionamiento de la Unidad, una con todos los Coordinadores Médicos y de Enfermería de Atención Primaria del Departamento 9; Centro de Salud de Fuensanta y Barrio de la Luz a petición de su coordinador, y otra en el Centro De Salud de Nápoles y Sicilia.

 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALENCIA</p>	<p>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</p> <p><i>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</i></p>	<p>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</p>
--	--	---

## 4 - INDICADORES

### a. PROCESO

#### ✓ AUTOCUIDADO

**Definición:** realización de cuestionarios de enfermería validados para realizar una adecuada valoración del paciente con insuficiencia cardíaca:

**Numerador:** nº pacientes en seguimiento un mínimo de 3 meses en la consulta con realización de dichos cuestionarios según protocolo.

**Denominador:** nº pacientes en seguimiento un mínimo de 3 meses en la consulta de IC.

**Comentarios:** los cuestionarios validados son los siguientes

- Escala de Autocuidado (European Heart Failure Self-care Behaviour Scale).

$$184/186 = 1 \text{ (98\%)}$$

#### ✓ MEDICIÓN FRACCIÓN EYECCIÓN VENTRÍCULO IZQUIERDO(FVI)

**Definición:** Descripción en informe de consulta de función ventricular en cualquier momento antes o durante el seguimiento del paciente o planificación de valoración ecocardiográfica en dicho informe.

**Numerador:** nº pacientes con descripción FEVI en informe de consulta

**Denominador:** nº pacientes en seguimiento por IC

**Comentarios:** se aceptará como descripción de función ventricular:

- Descripción cuantitativa o cualitativa de función ventricular en el informe, independientemente del momento en el que se ha realizado el estudio.
- Indicación en informe de consulta de realización de estudio ecocardiográfico con fecha precisa. No se considerará válido que se indique su realización futura sin concretar fecha.
- Se aceptará como si se hubiese realizado el estudio aquellos no estudiados por rechazo de la prueba por el paciente o aquellos en los

 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALENCIA</p>	<p><b>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</b></p> <p><b>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</b></p>	<p><b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</b></p>
--	---	--

que no se indicó por situación terminal o severa comorbilidad por lo que no se consideran más estudios, siempre que así se exprese en el informe.

- Se aceptará como si se hubiese realizado el estudio aquellos en los que no se realizó por no pertenecer al área sanitaria, siempre que se remita a su hospital de referencia con recomendación de su realización.

**149/186= 0.80 (80%)**

### ✓ PRESCRIPCIÓN IECAS-ARA II

**Definición:** pacientes con insuficiencia cardíaca y sin contraindicaciones para prescripción de IECAS ni ARA-II, siempre que presenten una disfunción sistólica (FEVI<40% o descripción cualitativa compatible con disfunción sistólica moderada o severa) o una FEVI preservada y que asocie enfermedad cardiovascular sintomática, HTA o diabetes mellitus.

**Numerador:** pacientes en IC con disfunción sistólica o función sistólica preservada y que asocie enfermedad cardiovascular sintomática, HTA o diabetes mellitus con prescripción de IECA o ARA-II.

**Denominador:** pacientes en IC con disfunción sistólica o función sistólica preservada y que asocie enfermedad cardiovascular sintomática, HTA o diabetes mellitus.

**169/175= 0.96 (96%)**

Los 17 pacientes a los cuales no se les prescribió IECAS/ARA II fue por:

- 5 contraindicado (2,7%)
- 4 efectos secundarios (2,2%)
- 2 intolerancia (1,1%)
- 6 no prescritos (3,2%)

### ✓ PRESCRIPCIÓN B BLOQUEANTES

**Definición:** pacientes con insuficiencia cardíaca y sin contraindicaciones para prescripción de beta-bloqueantes (BB), siempre que presenten una disfunción sistólica (FEVI<40% o descripción cualitativa compatible con disfunción sistólica moderada o severa) o una FEVI preservada con

 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALÈNCIA</p>	<p><b>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</b></p> <p><b>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</b></p>	<p><b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</b></p>
--	---	--

antecedentes de Cardiopatía isquémica (CI), HTA o Fibrilación Auricular (FA).

**Numerador:** pacientes en IC con disfunción sistólica o función sistólica preservada con CI, HTA o FA con prescripción de BB.

**Denominador:** pacientes en IC con disfunción sistólica o función sistólica preservada con CI, HTA o FA.

$$165/168 = 0.98 \text{ (98\%)}$$

Los 21 pacientes a los cuales no se les prescribió B bloqueantes fue por:

- 5 efectos secundarios (2,7%)
- 12 contraindicados (6,5%)
- 3 no prescritos (1.6%)
- 1 intolerancia (0.5%)

#### *b. RESULTADO*

#### ✓ VISITA A URGENCIAS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

**Definición:** paciente en seguimiento en la consulta monográfica que acude a Urgencias por descompensación cardíaca como principal motivo.

**Numerador:** número de visitas a Urgencias por IC tras 3, 6 y 12 meses de seguimiento.

**Denominador:** número de pacientes en seguimiento por 3, 6 y 12 meses, respectivamente.

$$18/186 = 0.096$$

#### ✓ VISITA A URGENCIAS POR OTRO MOTIVO

**Definición:** paciente en seguimiento en la consulta monográfica que acude a Urgencias por cualquier motivo.

**Numerador:** número de visitas a Urgencias por cualquier motivo tras 3, 6 y 12 meses de seguimiento.



 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALÈNCIA</p>	<p>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</p> <p><i>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</i></p>	<p>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</p>
--	--	---

**Denominador:** número de pacientes en seguimiento durante 6 y 12 meses, respectivamente.

$$70/186 = 0.43$$

Las 70 visitas a urgencias por otros motivos diferentes a la insuficiencia cardíaca son:

- 18 infecciones respiratorias (25%)
- 17 traumatología (23,6%)
- 16 hemorragias digestivas (22,2%)
- 8 diarreas (11,1%)
- 5 yatrogenia farmacológica (6,9%)
- 4 arritmias (5,6%)
- 2 reagudización EPOC (2,8%)

### ✓ INGRESO HOSPITALARIO POR INSUFICIENCIA CARDIACA

**Definición:** paciente en seguimiento en la consulta monográfica que ingresa por descompensación cardíaca como principal motivo.

**Numerador:** número de ingresos hospitalarios por IC tras 3, 6 y 12 meses de seguimiento.

**Denominador:** número de pacientes en seguimiento por 3, 6 y 12 meses, respectivamente.

$$16/186 = 0.086$$

### ✓ INGRESO HOSPITALARIO POR OTRO MOTIVO

**Definición:** paciente en seguimiento en la consulta monográfica que ingresa por cualquier motivo.

**Numerador:** número de ingresos hospitalarios por cualquier motivo tras 3, 6 y 12 meses de seguimiento.

**Denominador:** número de pacientes en seguimiento por 3, 6 y 12 meses, respectivamente.

$$31/186 = 0.16$$

 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALENCIA</p>	<p><b>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</b></p> <p><b><i>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</i></b></p>	<p><b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</b></p>
--	--	--

Los 31 ingresos en el Consorcio Hospital General Universitario por otro motivo diferente a la insuficiencia cardíaca son:

- 9 infección respiratoria (29%)
- 8 insuficiencia renal aguda (25,8%)
- 5 hemorragias digestivas (16,1%)
- 2 arritmias (6,5%)
- 2 reagudizaciones EPOC (6,5%)
- 1 infección urinaria, hiponatremia, TEP, traumatología y cirugía cardíaca (3,2%)

### ✓ ADECUACIÓN SEGUIMIENTO

**Definición:** valorar grado de cumplimentación con la consulta tras 6, 12 meses de seguimiento

**Numerador:** número de pacientes en seguimiento por 6, 12 meses

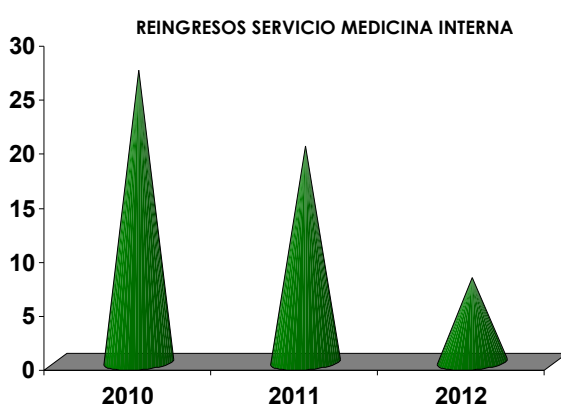
**Denominador:** número de pacientes en los que se ha iniciado seguimiento, descartados los fallecimientos durante el período de seguimiento

**Indicador desarrollado por:** desarrollo propio.

$$162/165 = 0.98 (98\%)$$

## 5- RESULTADOS ECONÓMICOS

La Unidad presenta una **reducción de reingresos a 30 días** del alta hospitalaria, siendo en el año 2012 de un 7,8% (años 2010 y 2011, 27% y 20% respectivamente), mucho mejor que en años previos en readmisiones globales, por misma CMD (Categoría Mayor Diagnóstica) y por GRD (Grupo Relacionado por el Diagnóstico).



El descenso de ingresos por insuficiencia cardíaca en el Servicio de Medicina Interna en el año 2012 ha supuesto un elevado **ahorro en estancias hospitalarias** a pesar del incremento de ingresos, exactamente **1071,63 estancias**.

Respecto al **impacto económico**, si tenemos en cuenta que el coste de **hospitalización** por día en Medicina Interna del CHGUV está cifrado en 250,27€ (datos de 2012), el ahorro establecido en 2012 en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca de Paciente Crónico en hospitalización por IC es de **casi 270.000€** (268.196€).

Respecto al **impacto económico en Urgencias hospitalarias por insuficiencia cardíaca**, la reducción en Urgencias hospitalarias por mismo CMD y GRD (544 y 127), ha pasado de **120 en 2011 a 17 en 2012 (reducción del 14%)**, por tanto el ahorro establecido en Urgencias por IC,



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA

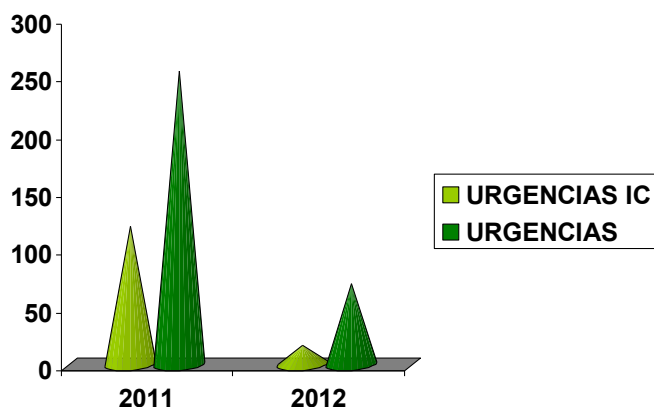
CONSORCIO HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARIO VALENCIA

*Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo  
Crónico y Edad Avanzada*

SERVICIO DE  
MEDICINA INTERNA

cifrada la atención de Urgencias por el DOGV de 2012 a 131,28 €, es de **13.521,84 €**.

#### REDUCCIÓN URGENCIAS IC Y OTRO MOTIVO



Respecto al **impacto económico en la totalidad de Urgencias hospitalarias**, la reducción en Urgencias hospitalarias ha pasado de **254 en 2011 a 70 en 2012 (una reducción del 27,5%)**, por tanto el ahorro establecido en Urgencias por otro motivo, cifrada la atención de Urgencias por el DOGV de 2012 a 131,28 €, es de **24.155,52 €**.

Por tanto, el ahorro total ocasionado por la Unidad de Insuficiencia Cardíaca del Paciente Crónico es de **305.874,2 €**.

La **consulta tiene un coste de de 28114,5 €**, primeras visitas a 65,89 € por 186 visitas realizadas supone 12.255,54 € y segundas visitas 391 por 39,1€ supone 15.858,96€. No supone un gasto adicional porque la consulta médica se realiza en el horario laboral de consulta de Medicina Interna al igual que la hospitalización, sin por ello restar tiempo de asistencia laboral diaria atribuida a ambos adjuntos de Medicina Interna .

 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALENCIA</p>	<p><b>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</b></p> <p><b>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</b></p>	<p><b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</b></p>
--	---	--

## 6- ALIANZAS CON OTROS SERVICIOS

A) **Servicio de Nefrología** (Sección de diálisis peritoneal) hemos elaborado un protocolo de actuación con diálisis peritoneal para el tratamiento del Síndrome Cardiorrenal que fracasa con tratamiento convencional. El protocolo consta de:

### 1) Criterios de Inclusión

Los candidatos deberán cumplir TODOS los siguientes criterios de inclusión:

1. Insuficiencia cardíaca en estadio clínico avanzado (NYHA III-IV)
2. Disfunción sistólica ventricular izquierda (FEVI < 50%)
3. Evidencia clínica de congestión sistémica a pesar de tratamiento óptimo.

\* Signos congestivos: presencia de al menos dos de los siguientes criterios: derrame pleural, edemas tibiomaleolares +++/++++ o ++++/++++, ascitis y derrame pericárdico al menos moderado.

\*Refractariedad al tratamiento diurético: definida como ausencia de respuesta clínica satisfactoria a uso previo de diuréticos (del ASA, tiazidas, aldosterona) a dosis consideradas óptimas por el internista o nefrólogo encargado del seguimiento clínico del paciente.

4. Al menos, un ingreso por IC aguda en los últimos 6 meses.
5. Filtrado glomerular estimado < 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>
6. Consentimiento informado escrito para su inclusión en programa de tratamiento de insuficiencia cardíaca refractaria y utilización de sus datos para estudio.

Los pacientes que cumplen los criterios de inclusión son remitidos desde la Unidad de Insuficiencia Cardíaca de Paciente Crónico a la Unidad de diálisis peritoneal.

### 2) Criterios de Exclusión

1. Insuficiencia renal en tratamiento previo con diálisis
2. Broncopatía crónica establecida.
3. Candidatos a transplante cardíaco
4. Infarto agudo de miocardio en el último mes
5. Comorbilidad extra-cardíaca con esperanza de vida menor de un año.

 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALENCIA</p>	<p><b>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</b></p> <p><b><i>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</i></b></p>	<p><b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</b></p>
--	--	--

6. Menor de 18 años
7. Contraindicación mayor para la DP:
  - \* Existencia de defectos anatómicos mayores de la pared abdominal
  - \* Presencia de incapacidad mental o física para la técnica. En alguno de estos casos puede haber una excepción según el soporte familiar.
  - \* Diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal.

### **3) Circuito de Tratamiento**

El paciente es seleccionado por parte de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca del Paciente Crónico del Servicio de Medicina Interna que tras un tratamiento óptimo y cumplir los criterios de inclusión se pone en contacto con el Servicio de Nefrología (Unidad de Diálisis Peritoneal)

El nefrólogo descarta la presencia de contraindicaciones para la técnica y explica la técnica al paciente y familiares.

Firma del consentimiento informado para la colocación del catéter y técnica de diálisis peritoneal y para preanestesia. Se entregan las instrucciones PRE y POST implante del catéter al paciente.

Solicitud de fechas para la valoración de preanestesia (incluyendo la determinación de análisis con coagulación y marcadores de hepatitis B, C y HIV) y la colocación del catéter al Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria (SCMA)

El catéter a implantar es un catéter tipo Tenckhoff de dos manguitos autopositionante y el sistema empleado es DPCA (diálisis peritoneal continua ambulatoria).

Según el protocolo habitual, se realiza la implantación del catéter en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Profilaxis antibiótica con amoxicilina/clavulánico o ciprofloxacino en alérgicos.

Se programan las revisiones habituales post-cirugía y el entrenamiento simultáneo de la técnica.

La pauta de tratamiento se adaptará a la función renal y características del paciente. Inicialmente se emplearán recambios de glucosa al 2.27%. El número de recambios será 1-2 al día con permanencias máximas de 4 horas cada uno o de uno nocturno con un máximo de 8 horas según la capacidad de ultrafiltración de cada paciente.

 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALENCIA</p>	<p><b>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</b></p> <p><b><i>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</i></b></p>	<p><b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</b></p>
--	--	--

El tratamiento se ajusta a criterio del nefrólogo según las necesidades del paciente

El paciente es instruido en la forma habitual para la recogida de datos de ultrafiltración, el peso corporal y la presión arterial diarios.

Una vez que el paciente esté entrenado de forma satisfactoria se decidirá conjuntamente por parte de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca del Paciente Crónico del Servicio Medicina Interna y del Servicio de Nefrología la fecha de inicio del tratamiento.

B) **Hospital de Requena (Servicio de Medicina Interna)** que nos ha prestado un impedanzómetro multicanal para mejorar el manejo del tratamiento con pacientes con Insuficiencia Cardíaca.

C) **Servicio de Cardiología**, colaboramos con el **Dr. F. Ridocci** en aportar pacientes para ensayos clínicos, en un estudio multicéntrico basado en el Registro Europeo de Cardiología de Insuficiencia Cardíaca, y en estudio prospectivo sobre complicaciones de la anticoagulación en la fibrilación auricular no valvular.

 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALENCIA</p>	<p><b>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</b></p> <p><b><i>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</i></b></p>	<p><b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</b></p>
--	--	--

## 7- LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- La Unidad pertenece y colabora con el Registro Insuficiencia Cardíaca de la SEMI (RICA), que en el próximo año aportará publicaciones a nivel nacional e internacional a la Unidad.
- Investigadores principales. Estudio prospectivo, intervencionista, iniciado el 1 de junio de 2012 hasta junio de 2013. "Impacto e influencia de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca en la Calidad de Vida".
- Investigadores principales. Estudio prospectivo, intervencionista, "Utilidad del impedanzómetro en el manejo del paciente con Insuficiencia Cardíaca".
- Investigadores colaboradores. Estudio "CLOROTIC", ensayo multicéntrico nacional sin financiación privada, comparando en el paciente con descompensación aguda de la insuficiencia cardíaca congestiva, tratamiento con furosemida iv, versus tratamiento con furosemida iv más tiazidas. Pendiente de inicio a principios de año y aceptación del comité ético.
- Investigador colaborador Estudio FANTASIA (Influencia del tipo y adecuación de la anticoagulación oral sobre la incidencia de eventos tromboembólicos y hemorrágicos en una población española no seleccionada de pacientes con fibrilación auricular no valvular: un estudio en la "vida real"), en colaboración con el Dr. F. Ridocci, y promovido por la Sociedad Española de Cardiología.



 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALENCIA</p>	<p><b>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</b></p> <p><b><i>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</i></b></p>	<p><b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</b></p>
--	--	--

## 8- EXCELENCIA CIENTÍFICA

- Dr. David García Escrivá y Dr. José Pérez Silvestre pertenecen al Grupo de Insuficiencia Cardíaca de la SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna).
- Dr. David García Escrivá y Dr. José Pérez Silvestre pertenecen al Grupo de Ecografía Clínica de la SEMI.
- La Unidad se encuentra dentro de la Red de Unidades de Insuficiencia Cardíaca en Paciente Crónico, avalada por la SEMI y dirigidas por el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, Lucus Augusti de Lugo y Central de Asturias de Oviedo.
- Dr. David García y Dr. José Pérez Silvestre han realizado dos cursos de formación de manejo de ecocardiografía y ecografía abdominal, promovidos por la Sociedad Española de Medicina Interna.
- Dr. David García y Dr. José Pérez Silvestre se encuentran realizando un Máster de Postgrado de Insuficiencia Cardíaca por la Universidad Católica San Antonio de Murcia (1500 horas lectivas y 60 créditos), avalado por el Instituto Internacional de Cardiología, Sociedad Española de Cardiología y Sociedad Española de Medicina Interna.
- Dr. José Pérez Silvestre finalizará en Junio de 2013 un Máster de Gestión Hospitalaria del Instituto de Postgrado de Estudios de Medicina y Salud (IPEM). Título de la Universidad de Alcalá de Henares (600 horas lectivas, y 60 créditos ECTS). Dirigido por José Luis Temes.

 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALENCIA</p>	<p><b>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</b></p> <p><i><b>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</b></i></p>	<p><b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</b></p>
--	--	--

## 9 – ÁREAS DE MEJORA

### Hospitalización

1. Aumentar el porcentaje de pacientes atendidos con IC en la Unidad, tanto a nivel del Área Clínica Integral de Medicina, como del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y el ratio de pacientes atendidos en la Unidad por IC.
2. Estandarización de cuidados del paciente hospitalizado por IC
3. Criterios de calidad en informes de alta
4. Mejorar la conexión al alta con A. Primaria y Hospitalización a Domicilio
5. Protocolo de realización de ETT


### Consulta monográfica

1. Mejorar conexión con Urgencias, Atención Primaria y Hospitalización a Domicilio.
2. Criterios de calidad en informes de consultas.
3. Atención especial a la segunda fase del programa de seguimiento: optimización de fármacos esenciales en IC.
4. Protocolo de ETT seriados: criterios de actualización de ETT de los pacientes en seguimiento
5. Producción científica: continuar vinculación de la Unidad a ensayos y estudios en IC.

### Propuestas específicas

#### Hospitalización

- Creación y divulgación del **protocolo de ingreso de pacientes con IC** en el Área Clínica Integral de Medicina.

 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALÈNCIA</p>	<p><b>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</b></p> <p><b><i>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</i></b></p>	<p><b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</b></p>
--	--	--

- Crear **Vía Clínica** del paciente hospitalizado
- Desarrollar un **Protocolo de realización de ETT**: criterios para su realización. Items básicos a reseñar.

### Consulta monográfica

- Creación de un **protocolo de derivación de pacientes** a la consulta monográfica de la Unidad: criterios, forma de contacto,...
- **Estandarización de informes** de seguimiento en la Consulta: ítems de calidad
- **Estandarización de ETT seriados**: cuándo y qué datos recoger
- Involucración en estudios de **investigación**: Estudio FANTASIA, Estudio CLOROTIC,...

 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALÈNCIA</p>	<p>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</p> <p><b>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</b></p>	<p>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</p>
--	--	---

## 10 –OBJETIVOS UNIDAD INSUFICIENCIA CARDIACA ENFERMO CRÓNICO 2013 .

### 10.1- OBJETIVOS GENERALES

1. Contribuir a disminuir la **estancia media** de los pacientes ingresados por IC (GRD 127 y 544) en el CHGUV por debajo de la estancia media estándar (8.1). Está demostrado que la mejor manera para conseguirlo es estandarizar los cuidados del paciente ingresado mediante una Vía Clínica de IC.
2. **Disminuir la morbimortalidad** de estos pacientes mediante la optimización terapéutica a través de la aplicación protocolizada de los tratamientos que han demostrado evidencia científica (BB, IECAS, ARA-II, AA ).
3. **Reducir la tasa de reingresos** (en los estudios nacionales se encuentra en un 30-45% a los 6 meses de seguimiento) en pacientes ingresados por IC descompensada, a través de un seguimiento adecuado del paciente tras el alta (Consulta Monográfica de IC).
4. **Reducir la asistencia y consulta en Urgencias** de enfermos con IC.

### 10.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

#### 10.2.1- CONSOLIDACIÓN DE RESULTADOS:

Hemos demostrado un cambio en la tendencia que presentaba la Unidad, tanto en volumen de pacientes como en visitas a Urgencias y reingresos al mes. Asimismo hemos desarrollado claramente la consulta monográfica.

 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALENCIA</p>	<p><b>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</b></p> <p><b><i>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</i></b></p>	<p><b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</b></p>
--	--	--

Este año corresponde consolidar el modelo y demostrar que no sólo es resultado de un impulso renovador sino que se corresponde con una nueva manera de gestionar al paciente que es sostenible en el tiempo.

En el año 2013 corresponde por tanto demostrar que las cifras se mantienen o mejoran y divulgar sus resultados. Para ello se proponen las medidas concretas expuestas previamente en el apartado 9 (Áreas de mejora):

- Creación y divulgación del **protocolo de ingreso de pacientes con IC** en el Consorcio Hospital General Universitario.
- Crear **Vía Clínica** del paciente hospitalizado.
- Desarrollar un **Protocolo de realización de ETT**: criterios para su realización. Ítems básicos a reseñar.
- Creación de un **protocolo de derivación de pacientes** a la consulta monográfica de la Unidad: criterios, forma de contacto,...
- **Estandarización de informes** de seguimiento en la Consulta: ítems de calidad.

#### 10.2.2- CONSOLIDACIÓN DE HERRAMIENTAS DE GESTIÓN

En el desarrollo del modelo UMIPIIC, en el cual está integrada la Unidad, se recoge como algo fundamental la codificación de actividad por el hospital correspondiente, que permita medir de una forma objetiva el impacto conseguido con nuestra actividad tanto a nivel general como a nivel específico:

- i) Nivel general (hospitalización): distribución de pacientes con IC, estancia hospitalaria, re-ingresos e ingresos globales, ahorro en estancias hospitalarias.

ii) Nivel específico (consultas):

(1) Impacto en reducción de visitas a URG e ingresos hospitalarios.

(2) distribución de las distintas fases de la consulta: visitas urgentes, visitas convencionales, protocolos de diuréticos iv y ferroterapia (equivalente a actividad de Hospital de Día). Nº total de consultas, nº de pacientes en seguimiento, nº visitas en la unidad por paciente.

## **11 – INDICADORES UNIDAD INSUFICIENCIA CARDIACA ENFERMO CRÓNICO 2013**

Es importante tener definidos unos objetivos específicos, pero si éstos no se acompañan de unos indicadores que podamos medir de forma clara y objetiva, los resultados obtenidos al final del año van a ser difícilmente evaluables. A continuación se exponen los indicadores propuestos para cada uno de los objetivos específicos:

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Consolidación de resultados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indicadores de actividad y resultados de la Unidad según tabla adjunta</li> <li>2. Desarrollo Vía Clínica</li> <li>3. Desarrollo de protocolos de ingreso y derivación de pacientes con IC</li> <li>4. Estandarización de informes</li> <li>5. Protocolo de ETT</li> </ol>

 <p>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALENCIA</p>	<p><b>CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA</b></p> <p><b><i>Unidad Insuficiencia Cardíaca del Enfermo Crónico y Edad Avanzada</i></b></p>	<p><b>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</b></p>
---	--	--

**Consolidación  
de  
herramientas  
de gestión**

1. Captura de las 3 fases de seguimiento de la consulta monográfica
2. Captura de la actividad de enfermería
3. Captura de la realización de ETT

**Excelencia  
científica**

1. Participación en al menos un estudio de ámbito estatal
2. Finalización en el Máster de IC
3. Consolidación de conocimientos de ETT

## 12 – PREMIOS Y AGRADECIMIENTOS

- **1º Premio** a la mejor **comunicación oral con mayor repercusión en la práctica clínica** en la VII Jornada de Cuidados de Enfermería: "La investigación en enfermeras en el Departamento de Salud Valencia Hospital General", con la comunicación "Papel de la enfermería en una Consulta de Insuficiencia Cardíaca en Paciente Crónico".

- Agradecimiento de la Familia Maroto Carabias, el día 1 de febrero 2013 en el Levante Mercantil Valenciano.

