



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
La visión global de la persona enferma

DOCUMENTO DE CONSENSO SEC-SEMI

Propuesta conjunta SEC- SEMI para la organización compartida de nuevos modelos de atención al paciente con insuficiencia cardíaca en base a programas y unidades de insuficiencia cardíaca.

GRUPO DE TRABAJO SEC-SEMI (INSUFICIENCIA CARDÍACA)

Comité SEC

- ✓ José Luis Lambert
- ✓ Javier Segovia Cubero
- ✓ Silvia López Fernández
- ✓ Andrés Íñiguez Romo
- ✓ Manuel Anguita Sánchez

Comité SEMI

- ✓ Antonio Zapatero Gaviria
- ✓ Luis Manzano
- ✓ Manuel Montero
- ✓ Gonzalo García de Casasola

I. INTRODUCCIÓN

Introducción y justificación

La insuficiencia cardíaca (IC) se ha convertido en uno de los grandes problemas de salud de nuestra sociedad en los últimos años. Distintos estudios señalan que su prevalencia e incidencia están aumentando, afectando a más de un millón de pacientes en nuestro país. A pesar de los avances realizados en su diagnóstico y tratamiento, se mantienen unas tasas de mortalidad muy elevadas, tanto hospitalarias como a medio y largo plazo. Es la única patología cardiovascular cuya tasa de hospitalizaciones está creciendo de forma muy marcada en España. La complejidad de su tratamiento también está aumentando, lo que, junto a su alta prevalencia y la diversidad de entornos en la que se maneja (cardiología, medicina interna, atención primaria, urgencias) dificulta la correcta atención a los pacientes, que, en muchos casos, no están recibiendo el tratamiento óptimo disponible y recomendado por las guías de práctica clínica. Además, el coste económico de la atención a estos pacientes es muy elevado y está creciendo. Para revertir esta situación y mejorar el pronóstico y calidad de vida de los enfermos con IC, así como para optimizar los recursos disponibles y hacer más eficiente su uso, en los últimos años se han desarrollado nuevos modelos de gestión en la atención a la IC, en forma de procesos asistenciales, programas y unidades. Estos programas han demostrado en numerosos estudios mejorar todos los aspectos relacionados con el manejo de la IC, tienen una recomendación de clase I A en todas las guías de práctica clínica de las diversas sociedades científicas, y su difusión y funcionamiento en todos los centros hospitalarios es una de las recomendaciones de la última revisión de la Estrategia de Cardiopatía Isquémica del Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. Una de las características principales de estos programas es su carácter interdisciplinar, con participación conjunta y organizada de todos los profesionales y servicios implicados. Como indica la OMS, los modelos de atención integrados colocan al paciente como el objetivo principal y proporcionan una solución viable para una atención eficaz y efectiva. Dado que casi las tres cuartas partes de los enfermos con IC tienen más de tres enfermedades crónicas, su abordaje debe ser interdisciplinar.

Objetivos

Con el objetivo de mejorar la atención a los pacientes con IC, la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) llevan trabajando en esta línea varios años. LA SEC ha elaborado recientemente unos estándares de calidad para el proceso de IC, así como para los programas/unidades de IC, que se han definido en tres categorías (Comunitarias, Especializadas y Avanzadas). Por su parte, la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) ha desarrollado un programa, denominado UMIPIC (Unidades de Manejo Integral del Paciente con Insuficiencia Cardíaca) (<https://www.fesemi.org/grupos/cardiaca/umipic/programa>). Ambas sociedades y proyectos tienen como objetivo mejorar la calidad de la atención al paciente con IC, lo que debe redundar en una disminución de la tasa de estancias hospitalarias (reduciendo la tasa de ingresos, la duración de la estancia y el porcentaje de reingresos) y de la consulta u observación en los servicios de urgencia. Por tener como objetivo común la mejora de la calidad y/o esperanza de vida de los pacientes con IC, se ha elaborado este documento que contiene unas propuestas para avanzar aún más hacia una colaboración entre ambas sociedades científicas y especialidades en el manejo del paciente con IC, con el objeto de extenderlo a otras sociedades científicas, especialmente de atención primaria, así como a otras disciplinas, con especial referencia a la enfermería. El objetivo básico de esta propuesta es la creación y desarrollo de programas/unidades de IC compartidos entre cardiología y medicina interna en todos los centros hospitalarios españoles.

Propuestas SEC-SEMI

De acuerdo a todo lo anteriormente expuesto, y con el objetivo de mejorar la atención, la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes con IC en nuestro país:

- 1 La SEC y la SEMI proponen, como mejor forma de asistencia a la IC, el desarrollo de programas/unidades de IC en todos los centros sanitarios de nuestro país, fomentando su creación donde aún no estén funcionando. Su estructura y organización serán variables, dependiendo de las características de cada centro.

2. La SEC y la SEMI proponen y recomiendan que estos programas/unidades de IC tengan el reconocimiento oficial de los gestores sanitarios (direcciones gerencias de los centros, consejerías de salud de las CCAA, servicios de salud autonómicos y ministerio).

3. La SEC y la SEMI recomiendan que estos programas/unidades se organicen en cada centro dependiendo de sus características y cumplan unos estándares mínimos de calidad y funcionamiento de acuerdo al tipo de programa/unidad. A modo de ejemplo, pueden servir de referencia los desarrollados por la SEC (tabla 1).

4. La SEC y la SEMI acuerdan y proponen que los programas/unidades interdisciplinarias no avanzadas se desarrollen y funcionen bajo un sistema de trabajo y organización compartidos entre cardiología y medicina interna.

5. Estos programas/unidades interdisciplinarias incorporarán otros profesionales involucrados y necesarios para su más adecuado funcionamiento, de acuerdo con lo recomendado en las guías de práctica clínica, con un papel básico de enfermería experta en IC, y con una coordinación funcional con atención primaria.

6. Estos programas/unidades deben incorporar un sistema de información (registros), idealmente común, aunque no hay problema en que se mantengan los registros propios de cada sociedad, pudiendo utilizar como fuente común de base de datos (al menos, para los episodios de hospitalización) el CMBD (“conjunto mínimo básico de datos”, de obligatoria aplicación en todos los centros sanitarios españoles por el decreto 28/2007).

Conclusiones

Existe una base suficiente para promover un acuerdo (por otra parte, necesario) entre la SEC y SEMI para la mejora de la calidad en la atención al paciente con IC. Este acuerdo podría estar basado en los siguientes aspectos:

1. Desarrollar en todos los centros equipos multidisciplinares de IC, integrados, entre otros miembros del equipo multidisciplinar, por médicos internistas y cardiólogos.
2. Establecer unos criterios de selección/estratificación de pacientes con IC, que faciliten su asignación a las UMIPIC o a las unidades de IC de cardiología, promoviendo su atención comunitaria mediante el trabajo conjunto con atención primaria, así como potenciando el autocuidado. Aspectos vinculados a la selección y estratificación pueden ser:
 - 2.1.- Selección/estratificación de pacientes basada en la determinación del diagnóstico de IC de acuerdo a las guías, establecido por los profesionales de cardiología o medicina interna correspondientes, que debe: 1) tipificar la IC; 2) explorar la existencia de cardiopatías de base susceptibles de manejo por cardiología; y 3) la posible indicación (para el presente o el futuro) de procedimientos intervencionistas, incluyendo el trasplante cardiaco.
 - 2.2.- Someter los casos complejos al análisis y decisión en el seno de las reuniones conjuntas del equipo multidisciplinar.
3. Colaborar ambas sociedades (SEC y SEMI) con las sociedades científicas de atención primaria, para la adopción de los estándares del proceso de IC, desarrollar criterios de selección/estratificación de pacientes, derivación, seguimiento, continuidad asistencial, formación continua, etc.
4. Colaborar ambas sociedades en los procesos de formación continua de los profesionales que atienden a pacientes con IC y en el desarrollo de evidencia científica sobre las mejores prácticas.
5. Colaborar ambas sociedades, así como las UMIPIC y las unidades de IC de cardiología, en la correcta codificación de la IC (con fracción de eyección conservada o deprimida) en los informes de alta y en el CMBD.

Tabla 1

Estándares del programa/unidad comunitarios de Insuficiencia Cardíaca (PUCIC)
Estructura
<i>Estructura organizativa y de gestión del proceso</i>
PUCIC.EOGP.1. En aquellas áreas donde se articule el proceso de la IC se debe haber establecido:
1) Un acuerdo de creación entre los “actores e instituciones” en base a un pacto asistencial de base territorial, incluyendo compromisos en términos de Indicadores Clave de Desempeño.
2) Haber definido un comité operativo que englobe a los elementos de ese programa.
3) Tener establecido un organigrama de gestión.
<i>Cartera de Servicios</i>
PUCIC.CS.1 Ámbito geográfico y poblacional (equipos de atención primaria integrados) definidos.
PUCIC.CS.2 Integración en una sola cartera de servicios conjunta de todos los recursos útiles en el proceso de manejo de la IC, tanto de base hospitalaria como los disponibles en atención primaria u otros dispositivos comunitarios.
PUCIC.CS.3 Oferta de las modalidades asistenciales de atención de hospitalización, consulta externa y hospital de día.
PUCIC.CS.4 Oferta de consulta (paciente/cuidador con el gestor de casos) e interconsulta (profesional sanitario de atención primaria) mediante, al menos, correo electrónico o teléfono móvil, así como otras tecnologías de la información y comunicaciones (TIC).
PUCIC.CS.5 Disponibilidad de estudios hematológicos y de análisis clínicos de rutina. Electrocardiografía.
PUCIC.CS.6 Disponibilidad de determinación de péptidos natriuréticos.
PUCIC.CS.7 Disponibilidad de ecocardiografía transtorácica.
PUCIC.CS.8 Oferta de educación del paciente y cuidador.
PUCIC.CS.9 Oferta de rehabilitación, propia o en su centro de referencia, a aquellos pacientes sin otra condición o dispositivo que lo impida, basada en ejercicio en grupo supervisado, que incluya educación y soporte psicológico.
PUCIC.CS.10 Servicio de farmacia y posibilidad de interconsulta con los servicios, propios o en hospital de referencia, de psicología clínica, nutrición, asistencia social y recursos de cuidados paliativos.
<i>Recursos Humanos</i>
PUCIC.RRHH.1 Debe estar nombrado un responsable de la UIC (cardiólogo y/o internista). El responsable del proceso debe tener formación en insuficiencia cardíaca.
PUCIC.RRHH.2 Debe haber una enfermera con experiencia en insuficiencia cardíaca asignada al PUIC.
PUCIC.RRHH.3 Debe haberse constituido un equipo multidisciplinar de atención a la IC, integrado, al menos, idealmente por un cardiólogo y un internista con formación en IC, un representante de los médicos de los equipos de atención primaria del ámbito de influencia del hospital y una enfermera con experiencia en

Estándares del programa/unidad comunitarios de Insuficiencia Cardiaca (PUCIC)

IC.

PUCIC.RRHH.4 La ratio recomendada por la ESC de cardiólogo o internista con formación en IC y de enfermera con experiencia en IC, es de 1 profesional por cada 100.000 habitantes.

PUCIC.RRHH.5 Talleres de formación para médicos de familia, enfermeras hospitalarias y enfermeras de AP.

PUCIC.RRHH.6 Rotaciones formativas de los referentes de IC en la unidad/programa de IC hospitalaria.

PUCIC.RRHH.7 Sesiones de actualización durante las reuniones periódicas del grupo de trabajo (como mínimo semestrales).

Equipamiento / Procedimientos

PUCIC.E&P.1 Consulta dedicada a la atención de pacientes con IC.

PUCIC.P&E.2 Puestos de hospital de día para la atención de pacientes con IC.

PUCIC.E&P.3 Camas de cardiología y medicina interna para la atención de pacientes con IC.

PUCIC.E&P.4 Unidad de cuidados críticos cardiológicos o de medicina intensiva (niveles 2 o 3 de la clasificación de la *Critical Care Society*).

PUCIC.E&P.5 Disponibilidad de ecógrafo.

PUCIC.E&P.6 ECG de 12 derivaciones.

Proceso

PUCIC.P.1 Elaboración de un proceso o ruta asistencial integrados para el manejo de la IC consensuado con los miembros del equipo multidisciplinar, que deben cumplir con los criterios diagnósticos y las recomendaciones de manejo terapéutico de la guía de la ESC.

PUCIC.P.2 Definición de los flujos de pacientes dentro del proceso/ruta asistencial y de los métodos de identificación, etiquetado e inclusión en el proceso asistencial.

PUCIC.P.3 Definición de los criterios y las vías de derivación entre dispositivos asistenciales, incluyendo la derivación a la UIC Especializada y Avanzada.

PUCIC-P.4 Definición de las transiciones dentro del proceso/ruta asistencial a lo largo de la evolución del paciente.

PUCIC.P.5 Vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes con IC susceptibles de atención en domicilio.

PUCIC.P.6 Vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes con IC en seguimiento con telemedicina.

PUCIC.P.7 Protocolo de seguimiento ambulatorio en el ámbito de hospital de día.

PUCIC.P.8 Proceso conjunto de planificación del alta hospitalaria y transición hospital-domicilio.

PUCIC.P.9 Debe haberse establecido un proceso de seguimiento estructurado para la detección precoz de la descompensación y la optimización terapéutica del paciente frágil / pluripatológico mediante una vía clínica específica basada en la intervención domiciliaria, la coordinación internivel y la continuidad asistencial.

PUCIC.P.10 Debe haberse desarrollado un proceso específico, en el marco de los cuidados paliativos, para el paciente con IC y enfermedad crónica avanzada en las fases finales de la vida.

Estándares del programa/unidad comunitarios de Insuficiencia Cardíaca (PUCIC)

PUCIC.P.11 Debe existir un programa estructurado de educación al paciente y cuidadores en el autocuidado de la IC, incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de empeoramiento de la IC.

Resultados

ICR.1. Tasa de mortalidad intrahospitalaria por IC (diagnóstico principal) ajustada a riesgo.

ICR.2. Tasa de mortalidad a los 30 días, 3 meses y al año.

ICR.3. Tasa de reingresos hospitalarios (todas las causas, EAC como causa principal, IC como causa principal) ajustados a riesgo.

ICR.4. Tasa de reingresos a los 30 días, 3 meses y al año.

ICR.5. Frecuentación por IC (PQI 8 de la AHRQ).

ICR.6. Tasa poblacional de estancias totales / año.

ICR.7. Tasa poblacional de estancias totales / año en ≥ 65 años.

ICR.8. Tasa poblacional de consultas en servicios de urgencia por descompensación de la IC.

ICR.9. Tasa poblacional de consultas en servicios de urgencia por descompensación de la IC en ≥ 65 años.

Sistema de información

SI.1. El PUCIC y los servicios de cardiología y de medicina interna deben informar a los registros de la SEC (Registro RECALCAR) y de la SEMI (registro RICA), estatales y del Servicio de Salud, y estar incorporados a un sistema de *benchmarking* de indicadores de procesos y resultados con el resto de PUIC.

SI.2. El PUCIC participará en los registros promovidos por las respectivas sociedades científicas: el registro de la Sección de Insuficiencia Cardíaca de la SEC ("*Heart Failure Long-Term Registry*") realizado en colaboración con la ESC, y el registro RICA de la SEMI.

SI.3. Identificación de la tipología de IC: insuficiencia cardíaca con FE reducida (ICFEr) -sistólica-; o insuficiencia cardíaca con FE preservada (ICFEp) -diastólica-, en los informes de alta de cardiología y medicina interna.

Estándares del programa/unidad especializados de Insuficiencia Cardíaca (PUEIC)
Estructura
<i>Estructura organizativa y de gestión del proceso</i>
PUEIC.EOGP.1 En aquellas áreas donde se articule el proceso de la IC se debe haber establecido:
1) Un acuerdo con las unidades comunitarias de insuficiencia cardíaca en el ámbito de influencia de la unidad especializada, así como con la unidad avanzada, incluyendo compromisos en términos de Indicadores Clave de Desempeño.
2) Haber definido un comité operativo que englobe a los elementos de ese programa.
3) Tener establecido un organigrama de gestión.
<i>Cartera de Servicios</i>
PUEIC.CS.1 Oferta de las modalidades asistenciales de atención de hospitalización, consulta externa y hospital de día.
PUEIC.CS.2 Guardia de presencia física de cardiología y medicina interna 24/7/365.
PUEIC.CS.3 Oferta de consulta (paciente/cuidador con el gestor de casos) e interconsulta (profesional sanitario de atención primaria) mediante, al menos, correo electrónico o teléfono móvil, así como otras tecnologías de la información y comunicaciones (TIC).
PUEIC.CS.4 Disponibilidad de estudios hematológicos y de análisis clínicos de rutina. Electrocardiografía.
PUEIC.CS.5 Disponibilidad de determinación de péptidos natriuréticos.
PUEIC.CS.6 Biopsia endomiocárdica y disponibilidad de anatomía patológica de endomiocardio.
PUEIC.CS.7 Disponibilidad de ecocardiografía transtorácica y transesofágica.
PUEIC.CS.8 Disponibilidad de laboratorio de hemodinámica y electrofisiología.
PUEIC.CS.9 Unidad de cuidados críticos cardiológicos -recomendable- o unidad de medicina intensiva (niveles 2 o 3 de la <i>Critical Care Society</i>).
PUEIC.CS.10 Disponibilidad de RM Cardíaca y TAC coronario.
PUEIC.CS.11 Administración de fármacos inotrópicos intravenosos.
PUEIC.CS.12 Disponibilidad de implantación y seguimiento de DAI/Resincronizador.
PUEIC.CS.13 Oferta de educación del paciente y cuidador.
PUEIC.CS.14 Oferta de rehabilitación, a aquellos pacientes sin otra condición o dispositivo que lo impida, basada en ejercicio en grupo supervisado, que incluya educación y soporte psicológico.
PUEIC.CS.15 Servicios de farmacia, psicología clínica, nutrición y recursos de cuidados paliativos, en el propio hospital o en hospital de referencia.
<i>Recursos Humanos</i>
PUEIC.RRHH.1 Deben estar nombrados los responsables de la PUIC (cardiólogo e internista) con formación avanzada en insuficiencia cardíaca.
PUEIC.RRHH.2 Debe haber una enfermera con experiencia en IC asignada a la PUIC.
PUEIC.RRHH.3 La ratio recomendada por la ESC de cardiólogo e internista con

Estándares del programa/unidad especializados de Insuficiencia Cardíaca (PUEIC)

formación en IC y de enfermera con experiencia en IC es de 1 profesional por cada 100.000 habitantes.

PUEIC.RRHH.4 Debe haberse constituido un equipo interdisciplinario de atención a la IC, integrado, al menos, por un cardiólogo con formación avanzada en IC, un internista con formación avanzada en insuficiencia cardíaca, un representante de los médicos de los equipos de atención primaria del ámbito de influencia del hospital, una enfermera con experiencia en IC, un psicólogo clínico, un especialista en endocrinología y nutrición y un médico experto en cuidados paliativos. Recomendable la inclusión de un farmacólogo clínico en el equipo.

PUEIC.RRHH.5 Programa estructurado de formación continuada de todos los miembros del equipo multidisciplinario, adecuado a las competencias profesionales requeridas por cada uno de ellos.

PUEIC.RRHH.6 Sesiones de actualización durante las reuniones periódicas del equipo multidisciplinario (como mínimo semestrales).

Equipamiento / Procedimientos

PUEIC.E&P.1 Consulta dedicada a la atención de pacientes con IC.

PUEIC.E&P.2 Puestos de hospital día para la atención de pacientes con IC.

PUEIC.E&P.3 Camas de cardiología y medicina interna para la atención de pacientes con IC.

PUEIC.E&P.4 Unidad de cuidados críticos cardiológicos -recomendable- o unidad de medicina intensiva (nivel 3 de la *Critical Care Society*).

PUEIC.E&P.5 Disponibilidad de Ecógrafo / Ecografía Transesofágica.

PUEIC.E&P.6 ECG de 12 derivaciones.

PUEIC.E&P.7 Laboratorio de Hemodinámica.

PUEIC.E&P.8 Laboratorio de Electrofisiología.

PUEIC.E&P.9 RM Cardíaca y TAC coronario.

PUEIC.E&P.10 Implantación de DAI y Resincronización cardíaca.

Proceso

PUEIC.P.1 Elaboración de un proceso asistencial para el manejo de la IC, consensado con los miembros del equipo multidisciplinario, que debe cumplir con los criterios diagnósticos y las recomendaciones de manejo terapéutico de la guía de la ESC.

PUEIC.P.2 Protocolo específico para la indicación y seguimiento de pacientes tributarios de dispositivos o soluciones avanzadas para la IC (Heart Team).

PUEIC.P.3 Definición de los flujos de pacientes dentro del proceso asistencial y de los métodos de identificación, etiquetado e inclusión en el proceso asistencial.

PUEIC.P.4 Definición de los criterios y las vías de derivación entre dispositivos asistenciales, incluyendo la derivación a la PUIC Avanzada.

PUEIC.P.5 Definición de las transiciones dentro del proceso/ruta asistencial a lo largo de la evolución del paciente.

PUEIC.P.6 Vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes susceptibles de atención en domicilio.

PUEIC.P.7 Vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes en seguimiento con telemedicina.

Estándares del programa/unidad especializados de Insuficiencia Cardíaca (PUEIC)

UEIC.P.8 Protocolo de seguimiento ambulatorio en el ámbito de hospital de día.

UEIC.P.9 Proceso conjunto de planificación del alta hospitalaria y transición hospital-domicilio.

UEIC.P.10 Debe haberse establecido un proceso de seguimiento estructurado para la detección precoz de la descompensación y la optimización terapéutica del paciente frágil / pluripatológico mediante una vía clínica específica basada en la intervención domiciliaria (gestoras de casos), la coordinación internivel y la continuidad asistencial.

UEIC.P.11 Debe haberse desarrollado un proceso específico, en el marco de los cuidados paliativos, para el paciente con IC y enfermedad crónica avanzada en las fases finales de la vida.

UEIC.P.12 Debe existir un programa estructurado de educación al paciente y cuidadores en el autocuidado de la IC, incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de empeoramiento de la IC.

Resultados

ICR.1. Tasa de mortalidad intrahospitalaria por IC (diagnóstico principal) ajustada a riesgo.

ICR.2. Tasa de mortalidad a los 30 días, 3 meses y al año.

ICR.3. Tasa de reingresos hospitalarios (todas las causas, EAC como causa principal, IC como causa principal) ajustados a riesgo.

ICR.4. Tasa de reingresos a los 30 días, 3 meses y al año.

ICR.5. Frecuentación por IC (PQI 8 de la AHRQ).

ICR.6. Tasa poblacional (¿mayores de 65 años?) de estancias totales / año.

ICR.7. Tasa poblacional (¿mayores de 65 años?) de consultas en servicios de urgencia por descompensación de la IC.

Sistema de información

SI.1. El PUEIC y los servicios de cardiología y medicina interna deben informar a los registros de la SEC (Registro RECALCAR, Registro de DAI) y de la SEMI (registro RICA), estatales y del Servicio de Salud, y estar incorporados a un sistema de *benchmarking* de indicadores de procesos y resultados con el resto de UIC.

SI.2. El PUEIC participará en los registros promovidos por las respectivas sociedades científicas: en el registro de la Sección de Insuficiencia Cardíaca de la SEC ("*Heart Failure Long-Term Registry*"), realizado en colaboración con la ESC, y en el registro RICA de la SEMI.

SI.3. Identificación de la tipología de IC: insuficiencia cardíaca con FE reducida

SI.4. Identificación de la tipología de IC: insuficiencia cardíaca con FE reducida (ICFEr) -sistólica-; insuficiencia cardíaca con FE preservada (ICFEp) -diastólica-en los informes de alta de cardiología y medicina interna.