

Integración de ámbitos asistenciales

Carlos Peña-Gil^a y Josep Comín-Colet^b

^aServicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. La Coruña. España.

^bUnidad de Insuficiencia Cardíaca. Servicio de Cardiología. Hospital del Mar (IMAS). Barcelona. España.

El modelo convencional de asistencia ambulatoria al paciente con dolencias cardiovasculares crónicas está basado en atenciones puntuales fragmentadas por diferentes especialistas sin apenas comunicación ni coordinación con atención primaria. La mayoría de las consultas de cardiología, a pesar de los grandes recursos que consumen, presentan una baja eficiencia. Durante los últimos años, la especialidad de cardiología ha desarrollado múltiples avances diagnósticos y terapéuticos; sin embargo, el tratamiento ambulatorio de los pacientes, su organización, no se diferencia sustancialmente de la que se realizaba hace 40 años. El envejecimiento de la población y la alta prevalencia de las dolencias cardiovasculares crónicas han causado la saturación en el sistema.

La integración asistencial, que aquí se propone, es una respuesta organizativa que pretende interconectar los distintos elementos que participan en el tratamiento de una enfermedad concreta bajo un plan protocolizado. Los diferentes proveedores de servicios sanitarios se organizan de una forma coherente, lógica y sincronizada para asegurar la continuidad asistencial. En los últimos años se han introducido diferentes estrategias de mejora en nuestra especialidad, basadas en el tratamiento integrado de la enfermedad, para mejorar la calidad de la atención y la comunicación entre los diferentes especialistas y médicos de primaria involucrados en el tratamiento del paciente. Se describe un modelo multidisciplinario de integración entre ámbitos asistenciales para el tratamiento ambulatorio de la insuficiencia cardíaca basado en la intervención de la enfermería especializada.

Palabras clave: Continuidad asistencial. Mejora continua de la calidad. Programas de gestión por enfermedades. Insuficiencia cardíaca. Unidades de insuficiencia cardíaca.

Integrating Healthcare Provision

Traditionally, care of outpatients with chronic cardiovascular complaints centers around the provision of fragmented isolated care by different specialists who engage in little communication or coordination with primary care physicians. Most cardiology clinics, despite their extensive use of resources, are not very effective. During the last few years, the specialty of cardiology has seen numerous advances in diagnosis and therapy. However, organizationally, outpatient care has not substantially altered in the last 40 years. Aging of the population combined with the high prevalence of chronic cardiovascular disease has resulted in the system becoming saturated.

Integrated care is the term given to an organizational approach that attempts to interconnect the different agencies involved in treating a particular pathological condition by using a predefined protocol. The various healthcare providers are organized in a coherent, logical, and synchronized manner to ensure continuity of care. In recent years, different quality improvement initiatives, based on integrated disease management approaches, have been introduced into our specialty with the aim of improving both quality of care and communication between different specialists and primary care physicians involved in treating patients. This article describes an integrated multidisciplinary approach to the treatment of outpatients with heart failure that involves healthcare services at different levels and which is based on interventions by specialist nurses.

Key words: Continuity of care. Continuous quality improvement. Disease management programs. Heart failure. Heart failure clinics.

Correspondencia: Dr. C. Peña Gil.
Servicio de Cardiología.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
Choupana, s/n. Santiago de Compostela. 15706 A Coruña. España.
Correo electrónico: carlospenagil@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del sistema sanitario en la segunda mitad del siglo XX ha ido asociado a un aumento de la complejidad asistencial y organizativa, sus instituciones se han ido disgregando y deslocalizando a la vez que se producía el proceso de descentralización y especialización. Este proceso no se ha interrumpido y en

ABREVIATURAS

AP: atención primaria.

MF: médico de familia.

IC: insuficiencia cardiaca.

UIC: unidad de insuficiencia cardiaca.

nuestros días sigue vigente con el desarrollo creciente de las subespecialidades y el aumento ininterrumpido de las carteras de servicios, gracias a los avances tecnológicos y terapéuticos¹. Esta sofisticación y desmembración del sistema sanitario público no se ha acompañado de una mejora de su capacidad organizativa, con la consiguiente saturación e ineficiencia.

Numerosos estudios ponen de relieve los problemas de la falta de comunicación, coordinación e integración entre ámbitos asistenciales, con el consiguiente despilfarro en la gestión de recursos (duplicación de pruebas diagnósticas, varios especialistas tratando el mismo problema, etc.), la pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y la disminución de la calidad de la atención prestada, cuando no una fuente de errores médicos². Atención primaria (AP) y atención hospitalaria continúan siendo dos mundos paralelos raramente relacionados y los avances de coordinación entre ambos ámbitos han sido mínimos. Procesos parciales adecuados y hasta excelentes (p. ej., implantación de un *stent* coronario) es difícil que generen resultados óptimos si el resto del proceso asistencial (asegurar el tratamiento antiagregante ambulatoriamente, medidas de prevención secundaria o identificación precoz de la reaparición de la angina) no es óptimo.

La integración es una respuesta organizativa que pretende interconectar los distintos elementos de la asistencia sanitaria prestada evitando la fragmentación de los cuidados de los pacientes. Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que, aunque no significan lo mismo, se suelen utilizar indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión. Se trata de un proceso de reconciliación de elementos previamente separados, donde el paciente se sitúa en el centro del sistema sanitario. En el proceso asistencial intervienen profesionales diversos, el espacio de atención es múltiple y las actuaciones se realizan en tiempos diferentes; no obstante, estos condicionantes se dan sobre un único e indivisible paciente.

El concepto integración adquiere matices diferentes según sea utilizado por un gestor, un médico de familia (MF), un especialista, una enfermera o un paciente, y según el problema de salud que aborde (tabla 1). El MF echa en falta un tratamiento integrador con el especialista en el proceso diagnóstico, mientras que el especialista ve más patente la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de enfermedades

TABLA 1. Grados de integración

- Integración en el proceso diagnóstico. Primera visita
- Integración en el seguimiento de la enfermedad. Gestión por enfermedades
- Integración del proceso asistencial tras la hospitalización

crónicas³. En este marco se han desarrollado los programas de gestión por enfermedades, que pretenden integrar los recursos y desarrollar una red coordinada de servicios que proporcionan continuidad asistencial a la población. La correcta integración de procesos, real o virtual, dentro de un sistema sanitario es imprescindible como herramienta de mejora continua de la calidad, para mantener la eficiencia del sistema y mejorar la atención de determinadas dolencias.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

En nuestro sistema de salud se produce un predominio de la atención hospitalaria en el conjunto del sistema, a la vez que un desconocimiento por parte de los médicos hospitalarios de la práctica realizada en AP; por todo ello, la atención se encuentra muy fragmentada, con un predominio de recursos sobre la fase aguda de la enfermedad. Todo ello provoca un reducido grado de integración entre distintos ámbitos asistenciales escasamente coordinados (AP, especializada, servicios de urgencia, servicios sociales, etc.) (tabla 2). Esto permite que el paciente tenga dos o más historias clínicas abiertas con datos diferentes y en compartimentos estancos, en ocasiones sin que sus propios médicos tengan conocimiento de ello.

La comunicación entre MF y especialista se realiza en la mayoría de los casos a través de una «hoja de interconsulta». Las tasas de remisión presentan una gran variabilidad interindividual, con cifras que oscilan entre el 4 y el 9% de los pacientes visitados. Algunas de estas interconsultas buscan más información que atención, otras son producto de la «derivación sistemática», en ocasiones por presión de los pacientes y en otras por falta de confianza del MF. Los especialistas caen también en ocasiones en la «recitación sistemática» de pacientes remitidos para una consulta puntual o que han experimentado un evento agudo; en muchos casos estas revisiones innecesarias se deben a la inercia o el desconocimiento y la desconfianza de la labor del MF. La falta de control del sistema puede permitir, por ejemplo, que una dislipidemia sea tratada por un MF, un cardiólogo y un endocrinólogo, y que los facultativos no lo sepan. Son todavía anecdóticas las «consultas de acto único», las «consultas de atención inmediata», las «consultas de enfermería» y los protocolos de derivación consensuados.

Una consecuencia de esta falta de coordinación es la masificación de los servicios de urgencia hospitalaria,

TABLA 2. Consecuencias de la falta de integración

- Duplicidad de esfuerzos diagnósticos y terapéuticos
- Competencia entre ámbitos. La misma enfermedad puede ser vista de forma paralela por diferentes especialistas
- Falta de compromiso de los facultativos con los problemas del paciente bajo la suposición de que «ya se ocupará el otro»
- Desconocimiento de la historia médica completa del paciente por haber duplicidad de registros
- Variabilidad de la práctica clínica
- Retrasos en los pacientes que requieren un diagnóstico no demorable
- Prolongación innecesaria del tiempo de paso de cada paciente por el sistema sanitario con la potencial iatrogenia
- Múltiples desplazamientos y citaciones para el paciente
- Desconocimiento de los resultados de las intervenciones
- Desmotivación del personal que trabaja en consultas externas
- Insatisfacción y desconfianza de los usuarios
- Masificación de los servicios de urgencia

donde el paciente acude en busca de una valoración integral sin que sea estrictamente de carácter urgente, lo que denominamos «fenómeno de escape». La falta de conocimiento personal hace que la comunicación entre ambos ámbitos asistenciales, tanto formal (informes) como informal (consultas telefónicas), brillen por su ausencia y, cuando se establecen, se suelen diluir con el tiempo al no haber un marco definido para ello. El modelo actual, en el que hay una «jerarquía de conocimientos» donde la opinión de uno impera sobre la del otro, no facilita que este diálogo mejore y hace que la desconfianza y las críticas entre ámbitos los distancien. Es del todo inusual que los especialistas informen al MF cuando uno de sus pacientes ingresa y que el MF discuta con los especialistas la indicación de una cirugía mayor. Este problema se agrava tras el alta hospitalaria, lo que ocasiona que pacientes complicados, a veces con múltiples y prolongados ingresos en un corto período, lleguen al MF sin pautas de seguimiento compartido^{4,5}.

ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA INTEGRACIÓN

Para potenciar la integración entre los diferentes proveedores de servicios sanitarios se deben crear modelos asistenciales que aseguren una atención continuada a lo largo del tiempo. Requisitos imprescindibles para el desarrollo de estos modelos son el conocimiento de las partes, la comunicación entre ellas y el trabajo coordinado con objetivos comunes.

Comunicación

La comunicación entre el MF y el especialista se realiza, en la mayoría de los casos, de forma escrita. Es excepcional la comunicación verbal, telefónica, electróni-

ca o directa y, además, no está normalizada por la administración sanitaria. El soporte de la comunicación lo constituye, como hemos comentado, la «hoja de interconsulta», en la que constan los datos de filiación y el motivo de consulta. En ocasiones el «motivo de consulta» es ilegible, en otras es ininteligible por escueto o por no contener información histórica del paciente. El medio de transporte de esta comunicación puede variar desde el correo interno a realizarse por medio del propio paciente. La tasa de respuesta que llega al MF ronda el 50%, en algunos casos sin identificación. Las respuestas en ocasiones no incluyen los resultados de las pruebas complementarias, ni pautas de cara a la continuidad del tratamiento. La medicina defensiva hace que las respuestas sean concisas y en ocasiones genéricas en negativo («se excluye», «no indicativo de», etc.).

Carencias en la comunicación hacen que los pacientes tengan que consultar de forma repetida, en ocasiones, a diferentes especialistas. El teléfono presente en casi todos los consultorios no se utiliza apenas para aclarar información o hacer consultas que evitarían la tramitación de una interconsulta. En nuestro sistema tampoco es costumbre la comunicación de errores médicos ni tan siquiera el fallecimiento de los pacientes, con la pérdida de un importante conocimiento y el sesgo en la «experiencia clínica» del profesional.

Para establecer una correcta comunicación hay que asegurar una adecuada transferencia de información, y la historia digital y las aplicaciones de la telemedicina constituyen el único marco en el que se pueden desarrollar. Para ello, la existencia de una historia clínica digital única es entendida como el elemento central integrador de los diferentes ámbitos asistenciales. Desde esta plataforma se puede compartir información en tiempo real e identificar en todo momento el origen de cada información. Las herramientas de la telemedicina pueden evitar desplazamientos innecesarios de pacientes de los centros de salud al hospital («interconsulta sin paciente») y permitir la interpretación a distancia de pruebas complementarias. Además, pueden facilitar también la comunicación de los pacientes con sus médicos, volviéndose éstos accesibles y más cercanos⁶. El soporte digital hace que la información permanezca, sin que desaparezca en caso de extravío u olvido del paciente.

El informe de atención es el elemento clave de la comunicación y en él se plasma el resultado de la intervención, sea una hospitalización, una consulta ambulatoria o una prueba complementaria. Es, por tanto, el garante de que el esfuerzo diagnóstico terapéutico del acto médico trasciende a éste para transmitirse al paciente y al resto de profesionales implicados en su salud. Sin él, una asistencia no puede considerarse de calidad. El informe, en formato papel o digital, debe ser entendible, legible, claro y conciso, a la vez que evitar los errores por desinformación, mala interpretación y errores de prescripción.

Coordinación

La coordinación describe una relación estructurada entre diferentes ámbitos de salud que actúan en un mismo proceso sobre el que se establecen objetivos comunes, con independencia del lugar en el que se encuentren. La ausencia de coordinación hace que procesos de atención cada vez más complejos se vuelvan descontrolados e ineficaces. Esta coordinación no existe por defecto y es en muchas ocasiones el propio paciente o sus familiares quienes han de asumir tal responsabilidad.

El incremento creciente del número de pacientes con dolencias cardiovasculares y el aumento en la complejidad de los medios diagnósticos y terapéuticos hacen que el modelo actual de asistencia cardiovascular sea ineficiente. El número limitado de cardiólogos clínicos hace previsible y necesario que el cardiólogo actúe de organizador y líder de equipos multidisciplinarios de intervención coordinando el resto de recursos disponibles en el tratamiento del paciente cardiológico.

El camino de la coordinación ha de llevarnos a la unión integrada esfuerzos en equipos multidisciplinarios, reales o virtuales, donde cada uno de los profesionales sepa en qué momento está el otro y así poder afrontar los problemas que la asistencia impone y asegurar una asistencia continua a la enfermedad.

Continuidad

El concepto de continuidad en la atención se refiere a que diferentes profesionales, en centros de trabajo distintos y en momentos diversos establecen una visión compartida del trabajo asistencial con un objetivo común, que es el paciente. La continuidad en la atención tiene, razón de ser en las enfermedades crónicas y complejas que requieren de la intervención, a lo largo del tiempo, de diferentes facultativos. Cuando no existe, la atención al paciente pluripatológico es fragmentada, con atenciones puntuales por diferentes especialistas, sin seguir ningún plan. Desde que un ciudadano entra en contacto con el sistema sanitario hasta que se solucione su problema de salud, todos los aspectos, medios, lugares y profesionales que intervienen se deben integrar en un único proceso asistencial. Así, podemos hablar de continuidad cuando los servicios son dispensados de forma complementaria, en el momento preciso, con un plan predefinido⁷. Los procesos de atención deben estar protagonizados por los mismos médicos, enfermeras y equipos a lo largo del tiempo, de forma ininterrumpida, coordinada y sistematizada, sin que dependa de un sobreesfuerzo. El usuario, cada vez más informado y formado, tiene menos capacidad de resignación ante los sinsentidos que en ocasiones le ofrece su sistema de salud y quiere encontrar en la sanidad la misma continuidad que encuentra en otros proveedores de servicios.

Lamentablemente, la organización de los servicios sanitarios no está orientada a facilitar la continuidad de los cuidados. La propia estructuración por ámbitos implica un reparto de funciones y roles que responde más a intereses corporativos u organizativos que a las necesidades de los pacientes. Mejorar determinados procesos de atención no depende de la mejora de un profesional individual, depende de aumentar la eficiencia conjunta de los esfuerzos que ya se realizan. Lograr continuidad en el proceso en dolencias crónicas requiere la participación de todos los profesionales asistentes y la elaboración de forma metodológica de un plan estructurado en el que se tengan en cuenta las características locales y los medios disponibles.

Algunas experiencias proponen crear, para coordinar, una tercera figura denominada «enlace», que en el caso del médico la realiza un facultativo que se desplaza de una forma periódica a los centros de salud para el estudio conjunto de casos, evitando el desplazamiento de los pacientes. Por su parte, la enfermera de enlace potencia la figura de la enfermera como gestora de cuidados, y hay experiencias hospitalarias y comunitarias. La enfermera hospitalaria de enlace facilita una mayor coordinación entre los profesionales de los distintos ámbitos, gestionando la adecuada transición del paciente del hospital a su domicilio, en estrecha coordinación con los profesionales de atención primaria⁸. También participan en labores de educación de pacientes, familiares y cuidadores sobre medicaciones, dietas y cómo relacionarse de nuevo con el sistema sanitario⁹.

Resolutividad

Cuando un paciente demanda atención al sistema de salud, lo que busca es que se le solucione el problema de forma eficaz y rápida con los mínimos contactos médicos posibles. El MF o los especialistas no son más que partes del proceso, lo realmente importante es el funcionamiento global del proceso en el que embarcamos al paciente, que sea resolutivo. En realidad, en la mayoría de los casos desconocemos si nuestro trabajo en conjunto es o no resolutivo. De hecho, hasta podemos trabajar desconociendo cómo es el proceso en sí, cuáles son las peregrinaciones que realizan los pacientes y cuánto tiempo consumen en hacerlas. Este desconocimiento de procesos y resultados hace que el profesional se distancie de ellos y evite involucrarse, lo que es causa de insatisfacción y frustración.

En los últimos años, diferentes estrategias de mejora, basadas en el tratamiento integrado de la enfermedad, han demostrado ser más eficaces que los modelos convencionales y mejorar la satisfacción de pacientes y profesionales involucrados¹⁰⁻¹². Así, los programas de tratamiento de insuficiencia cardiaca (IC) tras el alta deben demostrar que disminuyen las rehospitalizaciones y mejoran la supervivencia libre de eventos frente

TABLA 3. Elementos de integración

- Consultas de acto único
- Gestión de procesos por enfermedades
- Intercambio de profesionales, visitas rotacionales
- Realización de sesiones entre AP y especializada
- Creación de equipos de mejora con MF, especialistas, enfermería y resto de personal sanitario
- Protocolos de actuación clínica consensuados
- Enfermería de enlace
- Actividades de formación
- Optimización de la transmisión de información clínica
- Protocolos conjuntos de derivación

AP: atención primaria; MF: médico de familia.

a los pacientes seguidos de forma convencional⁸⁻¹³. El hecho de que un modelo haya demostrado eficacia en un medio no lleva implícito que sea extrapolable, al depender en gran medida de factores locales y personales. En la evaluación de estos modelos se ha de valorar también la sostenibilidad en el tiempo y sus costes¹⁴.

BARRERAS Y DIFICULTADES

Es responsabilidad individual de los profesionales analizar de forma crítica y mejorar la calidad de los procesos asistenciales en los que intervienen y de los que son protagonistas. Cambiar o modificar procesos establecidos desde hace tiempo con gran inercia genera siempre una resistencia debida a miedo a la pérdida del estatus, diferencias interpersonales o falta de autonomía y apoyos. Los programas de integración no suponen necesariamente crear más recursos, sino hacer más eficaces los recursos de los que disponemos.

MODELOS DE INTEGRACIÓN

Hay múltiples caminos que facilitan la integración (tabla 3), desde los más sencillos, como la realización conjunta de protocolos de seguimiento con seguimientos por parte del MF de forma frecuente (con visita en caso de necesidad por parte del especialista), hasta modelos más complejos de gestión por enfermedades. Los modelos de gestión por enfermedades buscan una atención longitudinal de las dolencias para garantizar una asistencia continuada de los pacientes por parte de un equipo multidisciplinario al cual el paciente tiene fácil acceso. En ellos se detallan los pasos que deben seguir los diferentes agentes de salud en el cuidado de un paciente con una dolencia específica. Este enfoque se ha demostrado válido para enfermedades en las que hay poca variabilidad y en la que se puede predecir un curso evolutivo (IC, cardiopatía isquémica, riesgo cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes)¹⁰. Estos planes sirven también de nexo de unión entre las guías clínicas de las

sociedades científicas y la práctica clínica, asegurando la implementación de las recomendaciones y disminuyendo la variabilidad en la atención^{11,12}. En cardiología, las mayores experiencias de integración de recursos se han dado en el trasplante cardiaco¹⁵, el tratamiento de la IC y la rehabilitación de la cardiopatía isquémica, y la mayoría de las experiencias han demostrado ser capaces de cambiar la práctica clínica y mejorar sus resultados^{16,17}. A continuación describimos la estructura de uno de estos modelos basados en enfermería para la atención del paciente con IC.

UNIDADES DE INSUFICIENCIA CARDIACA COMO MODELO MULTIDISCIPLINARIO DE INTEGRACIÓN ENTRE ÁMBITOS ASISTENCIALES BASADO EN LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

La IC se ha convertido en un auténtico problema de salud pública en los países industrializados¹⁸ por su elevada prevalencia, que aumenta con la edad, y por su impacto en cuanto a morbimortalidad y costes asociados.

¿Cuál debe ser el ámbito del tratamiento integral de los pacientes con insuficiencia cardiaca?

Los pacientes con IC son generalmente mayores y tienen una alta incidencia de comorbilidad^{19,20}. Este factor conlleva que su tratamiento sea especialmente difícil: en primer lugar porque, en razón de su edad y por tener muchos de ellos una función sistólica preservada, han sido excluidos de la mayoría de ensayos multicéntricos, con lo que la aplicación de los avances terapéuticos se ha realizado sobre la base de la extrapolación procedente de estudios que han incluido a pacientes más jóvenes, tal y como reconocen las guías de actuación^{18,21}.

Además, su perfil, a menudo geriátrico, les hace más vulnerables tanto desde un punto de vista farmacológico como desde un punto de vista psicosocial: la presencia de comorbilidad, fragilidad, deterioro cognitivo y dependencia es elevada, y todos estos factores pueden influir de manera negativa en el pronóstico y el reingreso, con el consecuente impacto en los costes sanitarios^{20,22}.

UNIDADES DE INSUFICIENCIA CARDIACA: FUNCIÓN Y ESTRUCTURA

Por todo lo expuesto, en el contexto del auge de modelos asistenciales basados en el tratamiento multidisciplinario de diversas enfermedades se ha dado un impulso a la creación de las denominadas unidades o programas de IC (UIC), en contraposición con el denominado tratamiento convencional.

TABLA 4. Actuaciones en el ámbito de las unidades de insuficiencia cardiaca

- Educación de pacientes y familiares para fomentar el cumplimiento terapéutico
- Instrucción al paciente en la detección precoz de la descompensación
- Planificación de la intervención para detectar y corregir las barreras del cumplimiento y autocuidado
- Detección de los episodios de descompensación
- Papel activo en el tratamiento de descompensación
- Titulación del tratamiento neurohormonal
- Dar soporte al paciente y familia
- Evaluación en busca de causas corregibles de insuficiencia cardiaca
- Evaluación del paciente candidato a trasplante cardiaco
- Control y tratamiento del paciente con insuficiencia cardiaca terminal
- Formación de los profesionales implicados en el cuidado del paciente con insuficiencia cardiaca

IC: insuficiencia cardiaca.

Las actuaciones desarrolladas por estas unidades específicas para el tratamiento de la IC (tabla 4) tienen el propósito de verificar el diagnóstico mediante la exclusión o resolución de etiologías corregibles quirúrgica o percutáneamente, la optimización del tratamiento sobre la base de las guías de actuación, y la información y educación a los pacientes para motivarlos a seguir las normas higiénico-dietéticas y los tratamientos farmacológicos, así como la identificación y corrección a tiempo de los signos incipientes de descompensación para evitarla, ya que ésta empeora el pronóstico y también el reingreso, que podría evitarse hasta en un 50% de los casos²³.

Los objetivos básicos de estas UIC son mejorar la calidad de vida, el cumplimiento y el autocuidado de los pacientes con IC, y reducir la morbilidad y la necesidad de hospitalización²³. La mayoría de estas unidades son multidisciplinarias, basadas en la atención por parte de cardiólogos y enfermeras cualificadas al respecto²³ conjuntamente con otros profesionales (tabla 5), y desarrollan su actividad en áreas asistenciales que permiten una atención ágil, inmediata postingreso o en caso de descompensación. Su componente multidisciplinario está motivado por el hecho de que evitar el reingreso en estos pacientes no sólo depende de un tratamiento adecuado, basado en la aplicación de las guías clínicas, tal y como se ha demostrado en recientes estudios²⁴, sino también de un abordaje activo del componente psicosocial del paciente, ya que este componente puede suponer el fracaso de la intervención terapéutica.

Unidades de insuficiencia cardiaca: pruebas científicas y modelos asistenciales

Hay dos principales modelos de UIC basados en el hospital y/o en la atención domiciliaria. En cualquiera

TABLA 5. Profesionales implicados en la integración de la estructura multidisciplinaria de la unidad de insuficiencia cardiaca

- Personal de enfermería especializado en insuficiencia cardiaca
- Personal de enfermería general
- Cardiólogos
- Fisioterapeutas y facultativos de rehabilitación
- Geriatras
- Médicos de atención primaria
- Equipos de atención domiciliaria
- Dietistas
- Farmacéuticos
- Psicólogos
- Internistas
- Equipos de cuidados paliativos
- Trabajadores sociales
- Neuropsicólogos

TABLA 6. Rol del personal de enfermería de la unidad de insuficiencia cardiaca

- Evaluar el componente psicosocial, funcional y físico del paciente con IC
- Informar y educar al paciente y a su familia o cuidadores
- Supervisar la tolerancia a la titulación del tratamiento neurohormonal
- Seguimiento precoz postalta de los pacientes con IC
- Seguimiento estrecho de los pacientes con IC severa avanzada
- Persona de contacto telefónico con la UIC
- Participar y responsabilizarse en la formación de otros profesionales relacionados con el paciente con IC
- Participar en la investigación clínica

IC: insuficiencia cardiaca; UIC: unidad de insuficiencia cardiaca.

de estos modelos, el rol del personal de enfermería especializado en IC es primordial (tabla 6), ya que es el punto de referencia del paciente y sus cuidadores, no sólo porque este profesional les imparte la educación necesaria para mejorar su autocuidado, sino porque también canaliza en primera instancia las consultas que se planteen y coordina la intervención de los distintos profesionales implicados en el tratamiento multidisciplinario de la IC. Ambos modelos de UIC han probado su capacidad en la mejoría de la hospitalización y calidad de vida de los pacientes con IC respecto al llamado tratamiento convencional²⁵. Además de estos beneficios, nuestro grupo y diversos autores han demostrado una reducción de la mortalidad con este abordaje²⁶⁻²⁸. Es posible atribuir el éxito de esta intervención, por una parte, a un incremento del grado de autocuidado de los pacientes gracias al trabajo desarrollado por enfermería, y por otra parte, a que el perfil de tratamiento neurohormonal en los pacientes con IC controlados en una UIC es más acorde con las recomendaciones de las guías de tratamiento de la IC²⁹.

Ámbitos asistenciales implicados en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca y coordinación entre ellos: experiencia del programa de insuficiencia cardiaca del Hospital del Mar (IMAS)

En el Hospital del Mar, en el año 2000 entró en funcionamiento la UIC. Desde su implantación, su estructura ha evolucionado desde una consulta monográfica de IC hasta una unidad funcional de IC multidisciplinaria que permite que un gran número de pacientes se hayan visto beneficiados de un tratamiento especializado.

Con una mediana de edad de 72 años, más de un 40% mujeres y un porcentaje muy elevado de comorbilidad, nuestra intervención ha demostrado que es capaz de reducir la hospitalización y la mortalidad de los pacientes con IC cuando se compara con un tratamiento convencional²⁸. Gran parte de este beneficio estriba en un tratamiento basado en las guías de actuación, con una prescripción de bloqueadores beta cercana al 90% de los pacientes²⁹, pero también, en gran medida, es atribuible a una tarea educativa intensiva por parte del personal de enfermería, al abordaje multidisciplinario de los pacientes para asegurar que su componente psicosocial no suponga un fracaso de la intervención, así como la disponibilidad de un área de tratamiento ambulatorio con acceso libre por parte del paciente en caso de descompensación o de tratamiento terminal (Hospital de Día).

En la actualidad, la UIC está centrada y coordinada por el Servicio de Cardiología, tiene una estructura multidisciplinaria integrada por cardiólogos especializados en IC, personal de enfermería «especializado» en IC y cuenta con la colaboración de profesionales como geriatras, internistas, fisioterapeutas, médicos rehabilitadores, neuropsicólogos, diabetólogos, traba-

jadores sociales y el equipo de cuidados paliativos. Las características definitorias de nuestra UIC son: las tareas asistenciales y el abordaje del paciente en términos educativos y de soporte están centrados en enfermería y el funcionamiento se basa no sólo en protocolos específicos, sino en que los profesionales son siempre las mismas personas físicas, asegurando así la cohesión del equipo.

Ámbitos asistenciales en los que actúa la unidad de insuficiencia cardiaca

En el ámbito hospitalario, la UIC actúa en 2 ámbitos asistenciales distintos: sala de hospitalización de cardiología y hospital de día (conjuntamente con la consulta externa monográfica). En cada uno de estos ámbitos, los objetivos y la actividad desarrollada es distinta. La característica fundamental de la intervención por parte de este equipo multidisciplinario (fig. 1) es estar centrada y coordinada por enfermería, mediante unos protocolos específicos y con el soporte de una trayectoria específica de enfermería para los pacientes con IC que se aplica a todos ellos. Esta intervención está coordinada por una enfermera especializada en IC, tanto en el ámbito intrahospitalario como en el extrahospitalario.

Tras determinar las opciones de corrección y una completa caracterización etiológica, pronóstica y funcional del paciente con IC, se efectúa un seguimiento en el hospital de día durante aproximadamente unos 3 meses, para titular los bloqueadores beta y los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y comprobar de forma periódica la función renal y los iones. La enfermera instruye al paciente en la detección de los signos de alarma de descompensación, en la utilización flexible de los diuréticos y supervisa la titulación de los bloqueadores beta³⁰, ade-

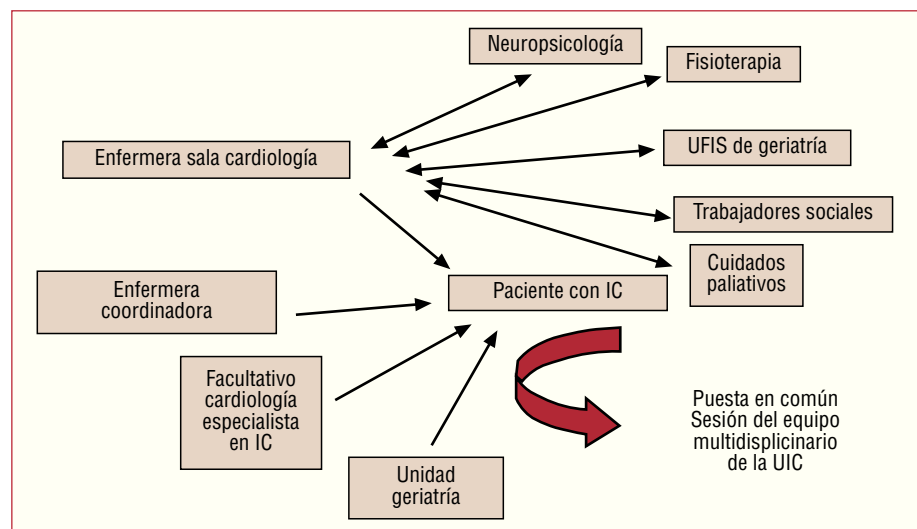


Fig. 1. Esquema de la Intervención del equipo multidisciplinario de la unidad de insuficiencia cardiaca coordinado por enfermería. UIC: unidad de insuficiencia cardiaca; IC: insuficiencia cardiaca.

más de valorar e intervenir en su entorno psicosocial^{31,32}. En caso de descompensación el paciente contacta con el personal de enfermería, de manera que en el ámbito del hospital de día se pueden detectar y tratar sin ingreso las recaídas de la enfermedad. Después de 3 meses, el paciente sigue controles más espaciados presenciales (médico) y telefónicos (enfermera).

Integración de la actividad en pacientes con insuficiencia cardiaca: colaboración con atención primaria

Es fundamental la coordinación de la atención al paciente entre el ámbito hospitalario y la AP. En nuestra área hay un protocolo de coordinación para el paciente con IC que se concreta en el Programa de IC conjunto del servicio de AP del Litoral de Barcelona y el Hospital del Mar.

La figura del personal de enfermería de enlace entre ámbitos, la constante comunicación entre éstos, la UIC y la AP, incluido al cardiólogo referente, son ya una realidad en nuestro entorno. Ello permite dar respuesta no sólo a los pacientes con IC que son atendidos en el hospital, sino también a aquellos cuya atención se centra en AP, especialmente a los pacientes frágiles controlados mediante atención domiciliaria. Para ello se dispone de un protocolo de tratamiento común, unos circuitos consensuados y la identificación efectiva de los líderes de proceso. Creemos que este proyecto, o proyectos similares adaptados a la realidad de cada territorio, puede aportar una mejor atención del paciente con IC mayor que ahora no se beneficia de una intervención específica por parte de enfermería, dadas sus características (anciano, frágil, imposibilidad de desplazamiento a un centro de salud) y que puede revertir en una mejora de la hospitalización y su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Los programas de IC constituyen un ejemplo vivo del trabajo basado en el paciente y en la integración de ámbitos asistenciales. Estas unidades no sólo integran la atención a pacientes en diversos ámbitos hospitalarios, sino que además constituyen un potencial para mejorar la integración de la asistencia entre el hospital y la AP. La aproximación, pues, del paciente y de los ámbitos asistenciales donde se le atiende asegura la continuidad asistencial, aunque ésta es una dirección de trabajo no exenta de dificultades, para lo que es necesario invertir recursos desde las administraciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Holmes DR Jr, Firth BG, Wood DL. Paradigm shifts in cardiovascular medicine. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43:507-12.
- Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ*. 2000;320:791-4.

- Hunter DJ, Fairfield G. Disease management. *BMJ*. 1997;315:50-3.
- Manian FA. Whither continuity of care? *N Engl J Med*. 1999;340:1362-3.
- Shah MR, Flavell CM, Weintraub JR, Young MA, Hasselblad V, Fang JC, et al. Intensity and focus of heart failure disease management after hospital discharge. *Am Heart J*. 2005;149:715-21.
- Balas EA, Jaffrey F, Kuperman GJ, Boren SA, Brown GD, Pinciroli F, et al. Electronic communication with patients. Evaluation of distance medicine technology. *JAMA*. 1997;278:152-9.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327:1219-21.
- Daly BJ, Douglas SL, Kelley CG, O'Toole E, Montenegro H. Trial of a disease management program to reduce hospital readmissions of the chronically critically ill. *Chest*. 2005;128:507-17.
- McHugh F, Lindsay GM, Hanlon P, Hutton I, Brown MR, Morrison C, et al. Nurse led shared care for patients on the waiting list for coronary artery bypass surgery: a randomised controlled trial. *Heart*. 2001;86:317-23.
- Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. *BMJ*. 1998;316:133-7.
- Ellrodt G, Cook DJ, Lee J, Cho M, Hunt D, Weingarten S. Evidence-based disease management. *JAMA*. 1997;278:1687-92.
- Kitchiner D, Bundred P. Integrated care pathways increase use of guidelines. *BMJ*. 1998;317:147-8.
- Akosah KO, Schaper AM, Havlik P, Barnhart S, Devine S. Improving care for patients with chronic heart failure in the community: the importance of a disease management program. *Chest*. 2002;122:906-12.
- Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA*. 2001;286:2578-85.
- Davis FD. Coordination of cardiac transplantation: patient processing and donor organ procurement. *Circulation*. 1987;75:29-39.
- McDonald K, Conlon C, Ledwidge M. Disease management programs for heart failure: not just for the 'sick' heart failure population. *Eur J Heart Fail*. 2007;9:113-7.
- Spertus JA, Dewhurst TA, Dougherty CM, Nichol P, McDonnell M, Bliven B, et al. Benefits of an «angina clinic» for patients with coronary artery disease: a demonstration of health status measures as markers of health care quality. *Am Heart J*. 2002;143:145-50.
- Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2005;26:1115-40.
- MacIntyre K, Capewell S, Stewart S, Chalmers JW, Boyd J, Finlayson A, et al. Evidence of improving prognosis in heart failure. Trends in case fatality in 66547 patients hospitalized between 1986 and 1995. *Circulation*. 2000;102:1126-31.
- Dahlström U. Frequent non-cardiac comorbidities in patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2005;7:309-16.
- Masoudi FA, Havranek EP, Wolfe P, Gross CP, Rathore SS, Steiner JF, et al. Most hospitalized older persons do not meet the enrollment criteria for clinical trials in heart failure. *Am Heart J*. 2003;146:194-6.
- Altimir S, Lupón J, González B, Prats M, Parajon T, Urrutia A, et al. Sex and age differences in fragility in a heart failure population. *Eur J Heart Fail*. 2005;7:798-802.
- Dahlström U. Heart failure clinics: organization, development and experiences. *Curr Opin Cardiol*. 2001;16:174-9.
- Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, González-Juanatey JR, Van Veldhuisen DJ, Erdmann E, et al. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. *Eur Heart J*. 2005;149:722-9.
- Whellan DJ, Hasselblad V, Peterson E, O'Connor CM, Schulman KA. Meta-analysis and review of heart failure disease management randomized controlled clinical trials. *Am Heart J*. 2005;149:722-9.

26. Stromberg A, Martensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE, Dahlstrom U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective randomised trial. *Eur Heart J*. 2003;24:1014-23.
27. Blue L, Lang E, McMurray JJV, Davie AP, McDonagh TA, Murdoch DR, et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ*. 2001;323:715-8.
28. Comin-Colet J, Viles D, Martí J, Vila J, Marrugat J, Bruguera J. Heart failure units reduce 1-year mortality and morbidity of patients with heart failure: a randomized study. *Circulation*. 2002;108:II-568.
29. Comín-Colet J, Bruguera J, Viles D, Recasens LI, Martí J, García-Bascuñana B, et al. Neurohormonal treatment in patients with heart failure: a randomised evaluation of nurse-led heart failure clinic vs conventional care management. *Eur J Heart Fail Suppl*. 2004;3:32-3.
30. Comin-Colet J, García-Bascuñana B, Bruguera J, García C, Valls M, Recasens L, et al. Up-titration of betablockers in heart failure clinics: a comparative evaluation of a conventional approach vs a nurse-based up-titration protocol. *Eur J Heart Fail Suppl*. 2005;4:40-1.
31. Comin-Colet J, Bruguera J, García C, García-Bascuñana B, Cladellas M, Martí J, et al. Effect on hospitalization and functional status of correction of anemia with subcutaneous erythropoietin and intravenous iron in patients with severe chronic heart failure and mild renal dysfunction. *Eur J Heart Fail Suppl*. 2005;4:91.
32. Admetllo M, Comín-Colet J, Recasens LI, Martí J, Viles D, Bruguera J. A nurse-led out-patient intravenous infusion of dobutamine program is a cost-effective approach in patients with end-stage heart failure followed in a heart failure day hospital: a pilot study. *Eur J Heart Fail Suppl*. 2003;2:71-2.