

## PROGRAMA PAI-ICC. ¿ESTÁ FUNCIONANDO?



- ◆ **Introducción. Marco del PAI ICC**
- ◆ **¿Por qué es importante la ICC?**
- ◆ **¿Por qué es importante el PAI ICC?**



- ◆ **Introducción. Marco del PAI ICC**
- ◆ ¿Por qué es importante la ICC?
- ◆ ¿Por qué es importante el PAI ICC?





## ROLES

CENTRO DE SALUD EJE DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMERA EDUCADORA / ENTRENADORA EN AUTOCUIDADOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PACIENTE ACTIVO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ESPECIALISTA CONSULTOR</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMERA GESTORA DE CASOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>ENFERMERA DE ENLACE HOSPITALARIA</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>ESPECIALISTA HOSPITALARIO DE REFERENCIA</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## HERRAMIENTAS

<b>ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN Y CLASIFICACIÓN SEGÚN SU NIVEL DE RIESGO</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA COMPARTIDA Y ACCESIBLE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
RECURSOS DE APOYO ONLINE PARA PACIENTES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
AYUDAS A LA PRESCRIPCIÓN, CONCILIACIÓN Y CONTROL DE INTERACCIONES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ENCUESTAS SOBRE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE PACIENTES Y CUIDADORES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SISTEMAS DE AYUDA/ALARMAS PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CRÓNICOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TELEMONITORIZACIÓN DOMICILIARIA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
REGISTRO DE CASOS SOCIO SANITARIOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## Cultura de cronicidad

**PACIENTES CRÓNICOS:**



**RIESGO ALTO**

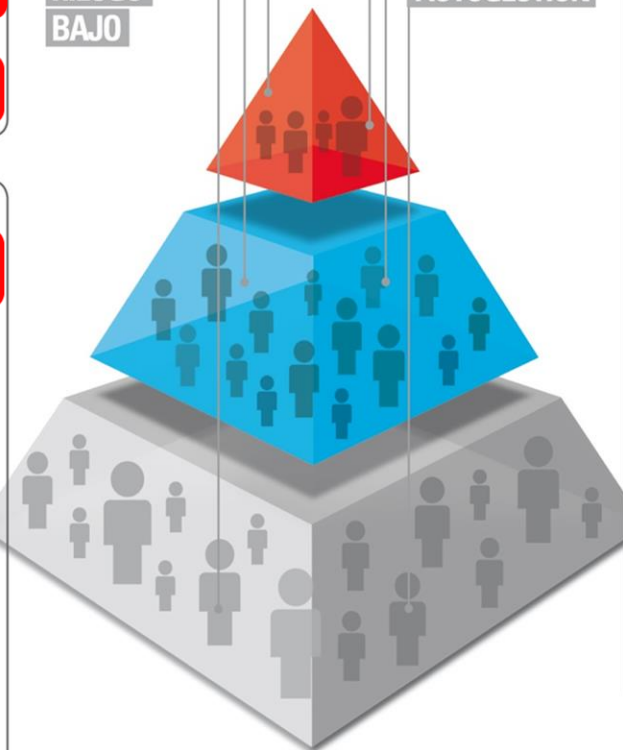
**RIESGO MEDIO**

**RIESGO BAJO**

**GESTIÓN DEL CASO**

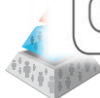
**GESTIÓN DE LA ENFERMEDAD**

**AUTOGESTIÓN**



## SERVICIOS

OFERTA DE SERVICIOS ESPECÍFICA PARA LOS DISTINTOS NIVELES DE RIESGO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS Y PERSONALIZADOS DE ENFERMERÍA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>EDUCACIÓN ESTRUCTURADA DEL PACIENTE ADAPTADA A SUS NECESIDADES</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
FORMACIÓN CONTINUADA EN CRONICIDAD Y EN LAS LÍNEAS/ITINERARIOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DEL MODELO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD DE LA ESTRATEGIA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>RUTAS/PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SEGUIMIENTO TELEFÓNICO ACTIVO DEL PACIENTE</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALORACIÓN INTEGRAL DE CADA CASO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PLANIFICACIÓN DE ALTAS HOSPITALARIAS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
UNIDADES HOSPITALARIAS ESPECIALIZADAS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
CIRCUITO ESPECÍFICO DE ATENCIÓN URGENTE/PREFERENTE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
DESARROLLO DEL PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS RESIDENCIAS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>ACCESO ADECUADO A LA MEDIA ESTANCIA HOSPITALARIA</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SEGUIMIENTO PROACTIVO DEL PACIENTE EN LA COMUNIDAD Y DOMICILIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



- ◆ Introducción.
- ◆ **¿Por qué es importante la ICC?**
- ◆ ¿Por qué es importante el PAI ICC?



## Prevalencia

En los **países desarrollados**:

- Aproximadamente un 2% de la población.
- Aumenta con la edad (<1% en menores de 50 años, > 8% en mayores de 75 años).

Estudios en **España**  $\geq$  5%.

- Estudio PRICE: prevalencia de 6,8%. (1,3% de 45 a 54 años, 5,5% entre 55 y 64, 8% entre 65 y 75 y 16,1% en mayores de 75).
- Cifras superiores a las descritas en otros países occidentales.

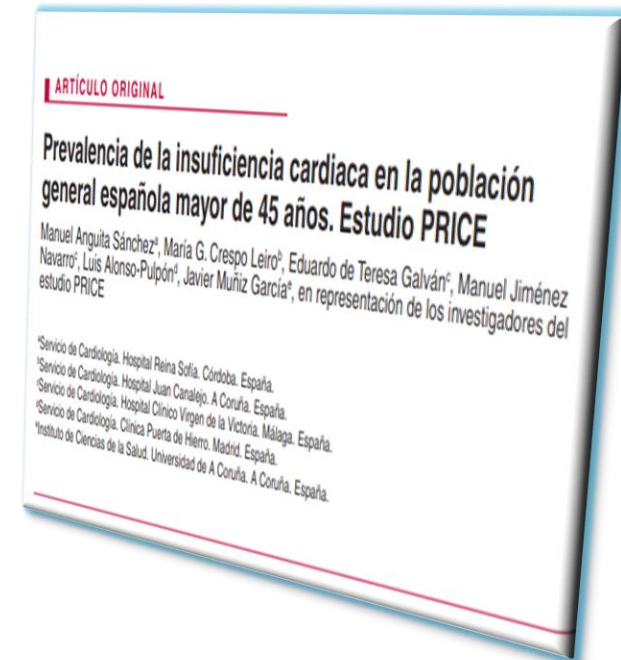
Independientemente de las cifras es evidente el **impacto sanitario** en nuestro país.

## Demanda de servicios

Los estudios epidemiológicos **sugieren aumento de la prevalencia**, sobre todo en edad avanzada:

- La evolución de la pirámide poblacional española (envejecimiento de la población).
- El aumento de la supervivencia tras un infarto.

La IC conllevará un **incremento de la demanda** de servicios asistenciales y de los recursos empleados en la prevención y tratamiento de la IC.

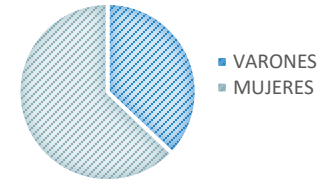




La insuficiencia cardiaca en España representa la **tercera causa de mortalidad cardiovascular** (4,5% de todas las defunciones).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) 2018

19.142 fallecidos en el año 2018:  
7.266 (3,4%) en hombres y 11.876 (5,6%) en mujeres.



En España, como en la mayoría de países europeos, la insuficiencia cardiaca es la **primera causa de hospitalización en la población mayor de 65 años**, sobre todo en las mujeres. En el año 2018, se produjeron 80.883 hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en nuestro país, con una **mortalidad del 10% de los episodios hospitalarios**, según datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria.



## Características de la IC

Prevalencia

Ingresos

Comorbilidades

Mortalidad

Recursos

Grave

Progresiva

Crónica

## Objetivos sanitarios

Retrasar progresión

Mejorar percepción del estado de salud

Adecuación de los recursos

Reto de la cronicidad





## PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA



### AÑO 2019. PRESENTACIÓN DEL PAI ICC

- En cuanto a la atención a pacientes con insuficiencia cardiaca en la Comunidad de Madrid, la evaluación del indicador de cobertura (número de personas que cumplen el criterio de inclusión en relación a la población diana) del servicio de atención al paciente con insuficiencia cardiaca, servicio 411 de la Cartera de servicios estandarizados de atención primaria en el año 2017, fue de **30,5 %**.





2021 → 64,48%

2020

**INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas ≥ de 45 años que cumplen el criterio de inclusión*

*(1,3% de personas de 45 a 54 años)  
+ (5,5% de personas de 55 a 64 años)  
+ (8% de personas de 65 a 74 años)  
+ (16,1% de personas ≥ 75 años)*

NUMERADOR: 55.417

2021

**INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas ≥ de 45 años que cumplen el criterio de inclusión*

*(0,3% de personas de 45 a 54 años)  
+ (0,9% de personas de 55 a 64 años)  
+ (2,5% de personas de 65 a 74 años)  
+ (8,8% de personas ≥ 75 años)*

NUMERADOR: 54.379

2022

64,67%

NUMERADOR: 55.842



2022

año	mes	direccion	descripcion	cod_servici	servicio	tipo_evaluacion	ref_centro 2021	cobertura
2022	12	NOROEST	C.S. COLLADO VILLALBA ESTACION	411	Atención a pacientes con insuficiencia car	Indicador Cobertura	54,74	48,19
2022	12	NOROEST	C.S. CERCEDILLA	411	Atención a pacientes con insuficiencia car	Indicador Cobertura	71,63	71,56
2022	12	NOROEST	C.S. COLLADO VILLALBA PUEBLO	411	Atención a pacientes con insuficiencia car	Indicador Cobertura	72,05	75,07
2022	12	NOROEST	C.S. SIERRA DE GUADARRAMA	411	Atención a pacientes con insuficiencia car	Indicador Cobertura	59,54	56,65



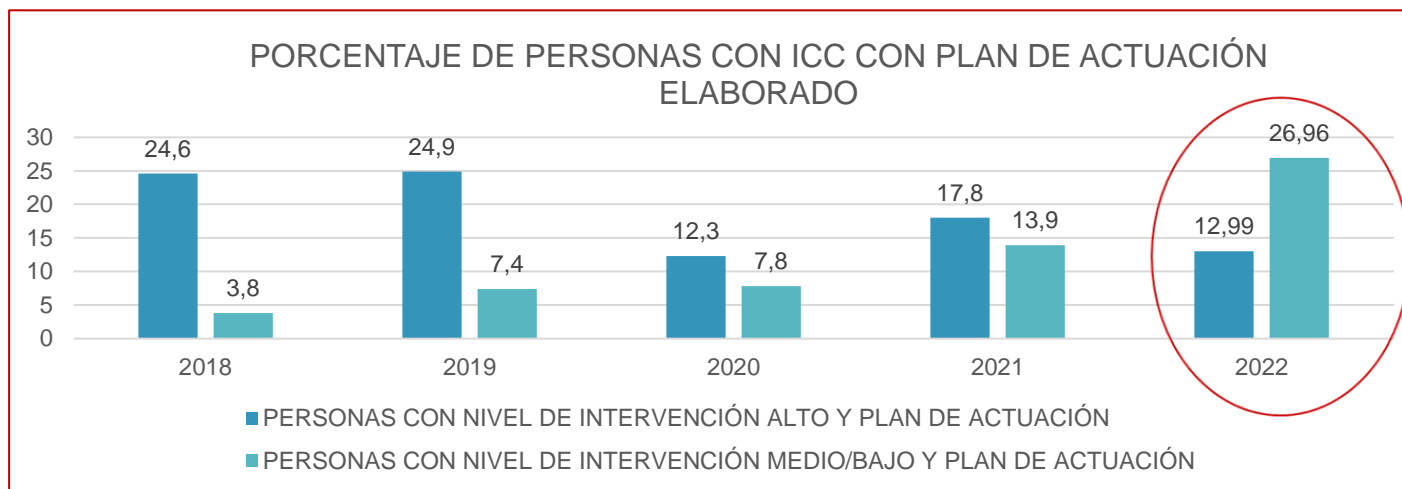
## CARTERA DE SERVICIOS. CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN: CBA

- **Porcentaje de cumplimiento del CBA clasificación NYHA**

CBA	2018	2019	2020	2021	2022
Valoración específica: clase NYHA	20,45	21,91	20,47	19,01	19,02

Por debajo del estándar mínimo situado en **38**

- **Porcentaje de cumplimiento del CBA de elaboración planes de actuación**



Ambos por debajo del estándar mínimo



SERVICIO: 411	REF. AÑO PREVIO		CIERRE CM			ESTANDARES			COMUNIDAD	
	%	PUNTOS	NUM.	DEN.	%	MIN	ACE	OPT	RESULT.	PUNTOS
Atención a pacientes con insuficiencia cardiaca	64,58	5,00	55842	86353	64,67	38	47	56	Optimo	5,00
Valoración integral inicial	43,53	1,58	25180	55842	45,09	55	67	78	< Minimo	1,64
Valoración específica: clase NYHA	19,01	1,00	10622	55842	19,02	38	49	60	< Minimo	1,00
Plan de actuación NI bajo / medio	13,86	0,79	14108	52323	26,96	35	43	53	< Minimo	1,54
Nº personas con NIA	12,16	2,02	3519	262	13,43	12	20	28	Minimo	2,18
Plan de actuación NI alto	17,86	1,05	457	3519	12,99	34	47	62	< Minimo	0,76
Plan actuación social sanitario para NIA	1,79		18	3519	0,51	0	0	0		
<b>PUNTOS SERVICIO:</b>		<b>3,12</b>								<b>3,21</b>



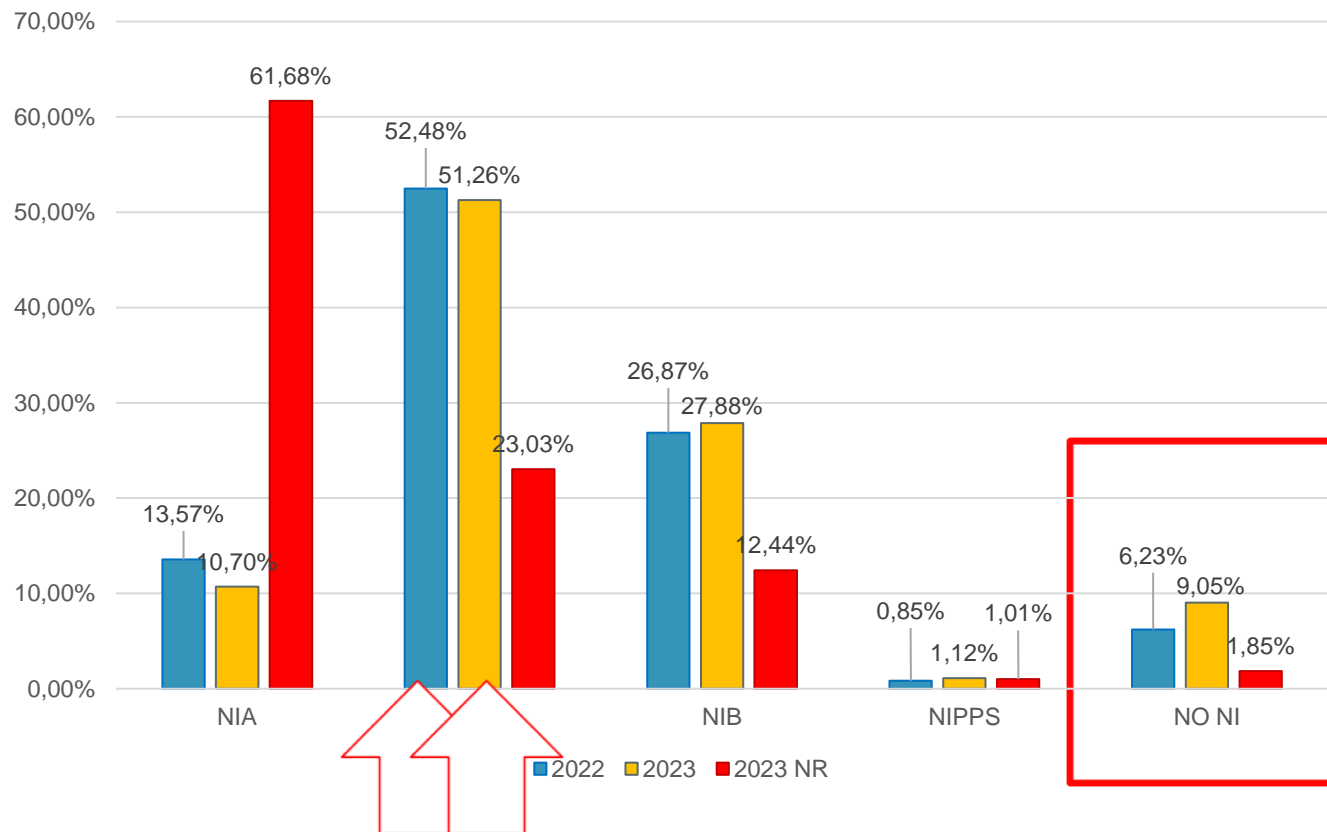
**2022**

- **Ingresos: 15.350**
- **Seguimientos al alta: 3350 (21,82%)**

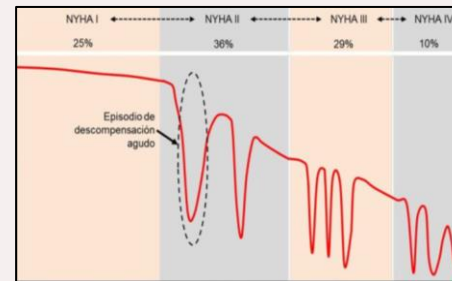
**2023**

- **Ingresos: 7.799**
- **Seguimientos al alta: 2066 (26,49%)**

## NI ASIGNADO A LOS PACIENTES INGRESADOS



*¿Reingresan menos los pacientes con seguimiento tras el alta?*



**Objetivo: aumentar % seguimientos al alta**





- ◆ Introducción.
- ◆ ¿Por qué es importante la ICC?
- ◆ **¿Por qué es importante el PAI ICC?**

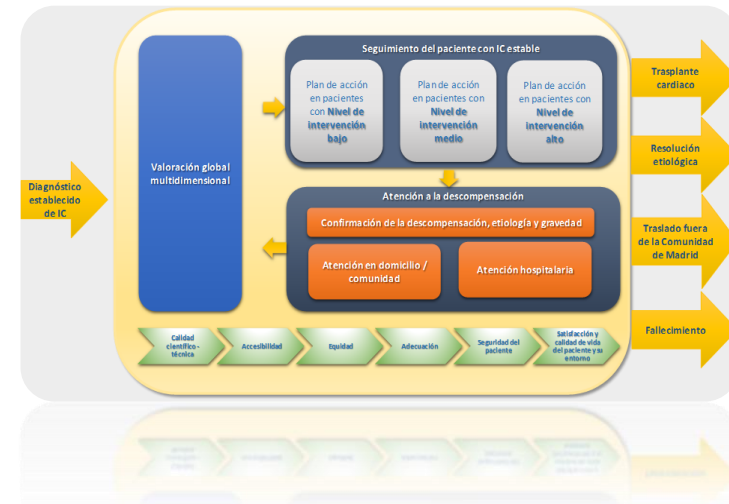


## Marco global del PAI. Estado de situación.

### Mapa del proceso y estructura del documento:

- Subproceso 1:
  - Valoración global.
  - Clasificación NYHA y **asignación del NI**.
- Subproceso 2:
  - Atención en fase estable:
    - Plan de cuidados y educación estructurada.
    - Seguimiento del paciente en situación estable.
- Subproceso 3:
  - Atención a la descompensación y seguimiento al alta.

## Capacitación del paciente en la autogestión de su enfermedad.



## *Marco global del PAI. Estado de situación.*

### *Mapa del proceso y estructura del documento:*

- Subproceso 1:
  - Valoración global.
  - Clasificación NYHA y asignación del NI.
- Subproceso 2:
  - Atención en fase estable:
    - Plan de cuidados y educación estructurada.
    - Seguimiento del paciente en situación estable.
- Subproceso 3:
  - Atención a la descompensación y seguimiento al alta.

### *Capacitación del paciente en la autogestión de su enfermedad.*



- El objetivo del proceso asistencial de la insuficiencia cardíaca crónica es diseñar e implantar un modelo de atención al paciente con IC crónica orientado a **reducir la morbimortalidad y mejorar su calidad de vida**, prestando una **atención integral y coordinada**, ofreciendo el **recurso más adecuado** en cada etapa de la enfermedad de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible.

## Objetivo general



- Adecuar la atención **al nivel de complejidad**, riesgo y necesidades de cada paciente.
- Facilitar **la coordinación** asistencial entre ámbitos asistenciales a través de las herramientas disponibles.
- Desarrollar una atención **integral y proactiva** orientada a la **prevención y detección precoz de las descompensaciones**.
- Desarrollar la **autonomía, capacidad de autocuidado y apoyo al cuidador**. Reforzar el papel de los profesionales de **enfermería**.
- Incorporar la **perspectiva del paciente y cuidador** y su participación activa en la toma de decisiones.

## Objetivos específicos





**Línea 1. Estratificación de la población**



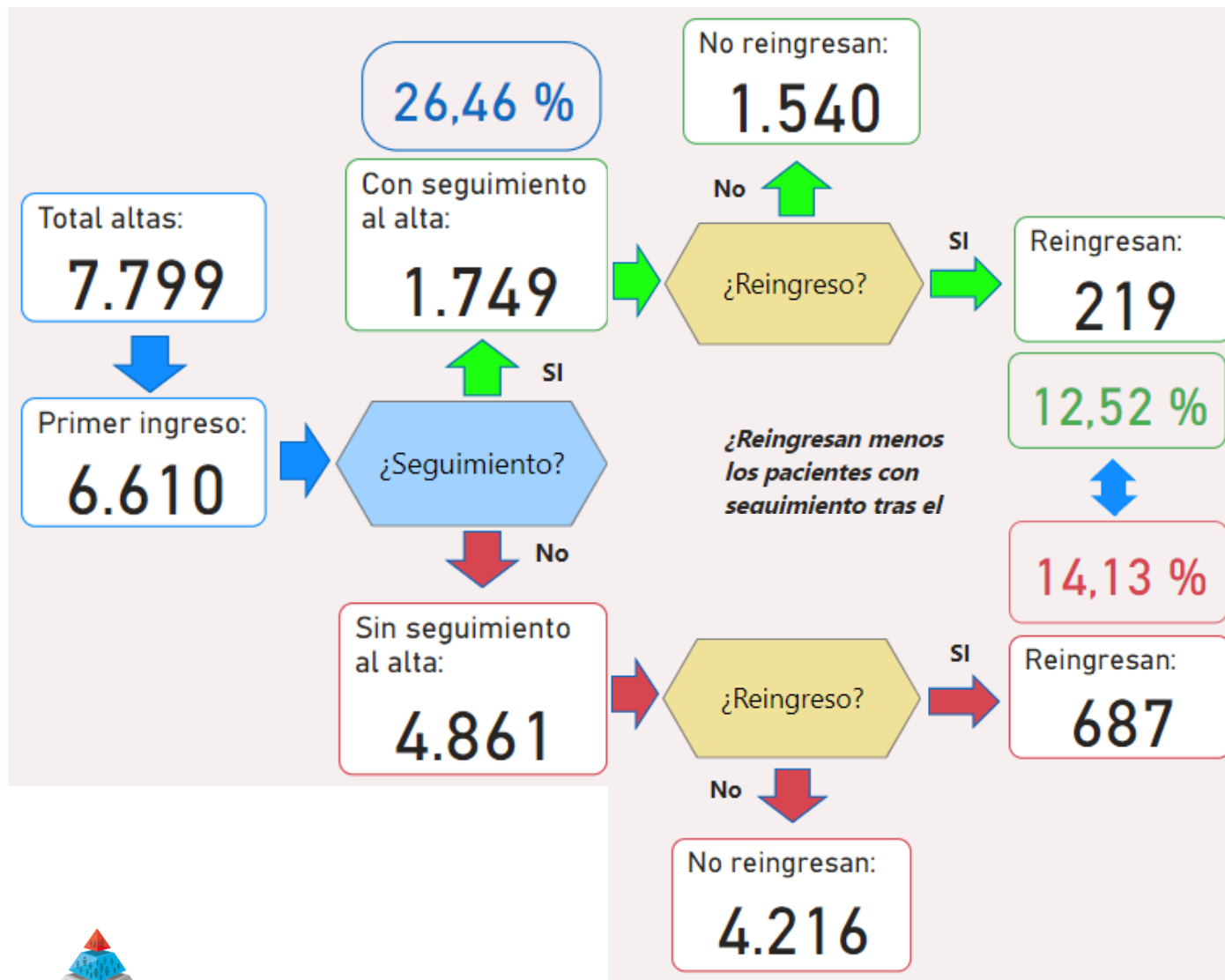
**Línea 3. Oferta de servicios adaptada a las necesidades estratificadas**

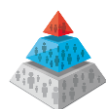
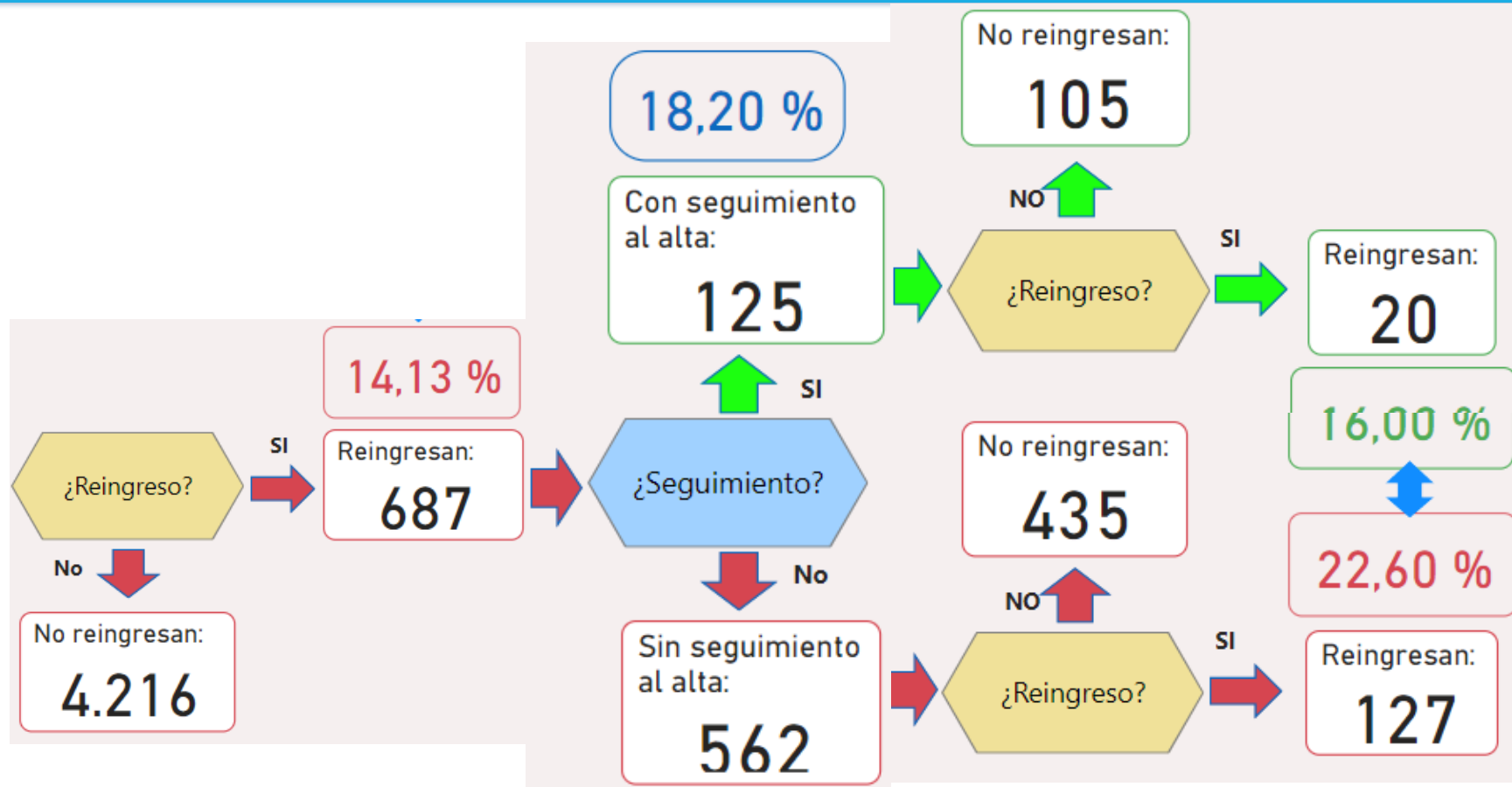


**Línea 4. Desarrollo de rutas asistenciales integradas**

**Definir el proceso asistencial que de respuesta de forma integrada a las necesidades del paciente en todas las etapas de su evolución**







Locura:

*“Hacer siempre lo mismo y esperar resultados diferentes”*

Albert Einstein





*Marco global del PAI. Estado de situación.*

***Mapa del proceso y estructura del documento:***

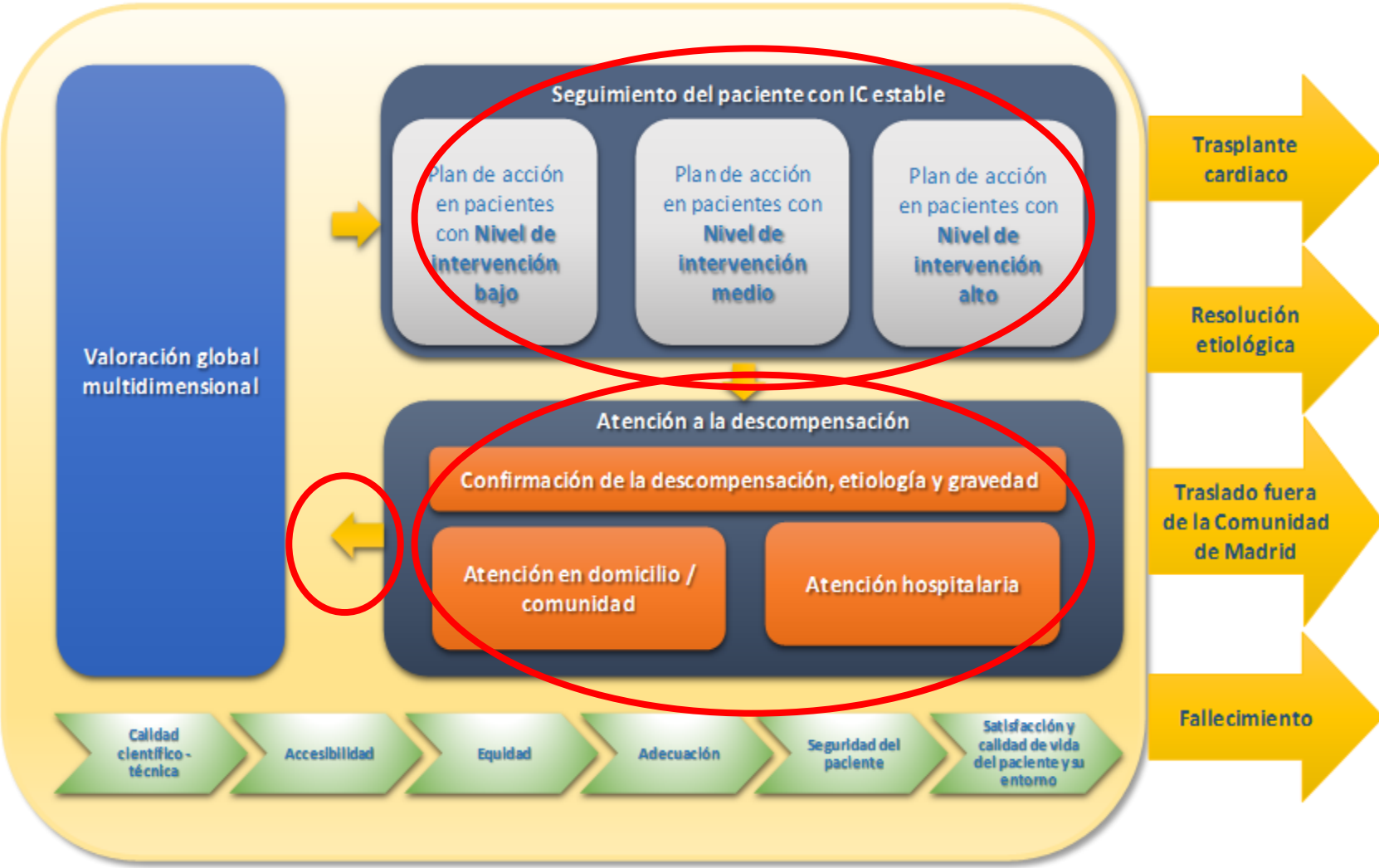
- Subproceso 1:
  - Valoración global.
  - Clasificación NYHA y asignación del NI.
- Subproceso 2:
  - Atención en fase estable:
    - Plan de cuidados y educación estructurada.
    - Seguimiento del paciente en situación estable.
- Subproceso 3:
  - Atención a la descompensación y seguimiento al alta.

***Capacitación del paciente en la autogestión de su enfermedad.***



# Mapa del proceso. ¿Cómo nos ayuda el PAI ICC?

Diagnóstico establecido de IC

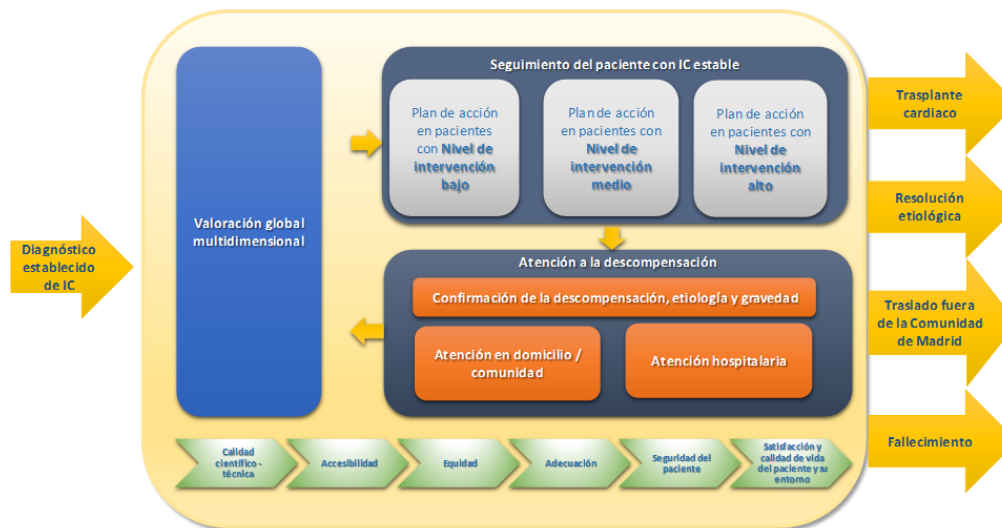


## Límite de entrada (Inicio)

- Mayores de 18 años.
- Diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica.

## Límite de salida (Fin)

- Trasplante cardiaco.
- Traslado fuera de la Comunidad de Madrid.
- Resolución de la etiología (cuando la causa de la ICC sea reversible).
- Fallecimiento.



**Inclusión**

Confirmación diagnóstica

La codificación diagnóstica en HCI de AP o AH supone la inclusión en el proceso.

El PAI ICC incluye a todos los pacientes en los que se realice un diagnóstico actual de ICC así como a pacientes previamente diagnosticados.

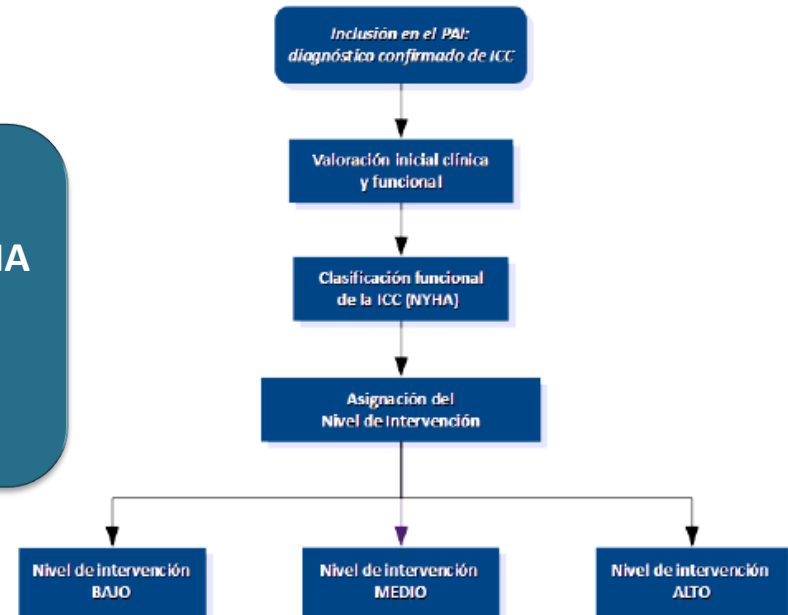
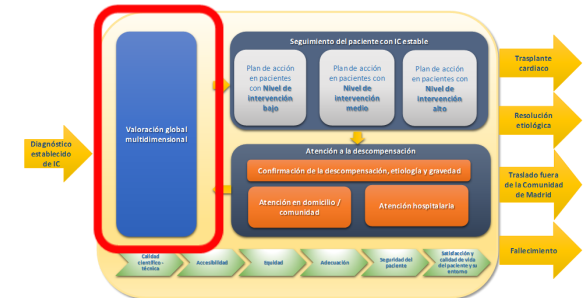
**Valoración global,  
clasificación NYHA y  
asignación de NIVEL DE  
INTERVENCIÓN**



Inclusión



Valoración global, clasificación NYHA y asignación de NIVEL DE INTERVENCIÓN



*Marco global del PAI. Estado de situación.*

*Mapa del proceso y estructura del documento:*

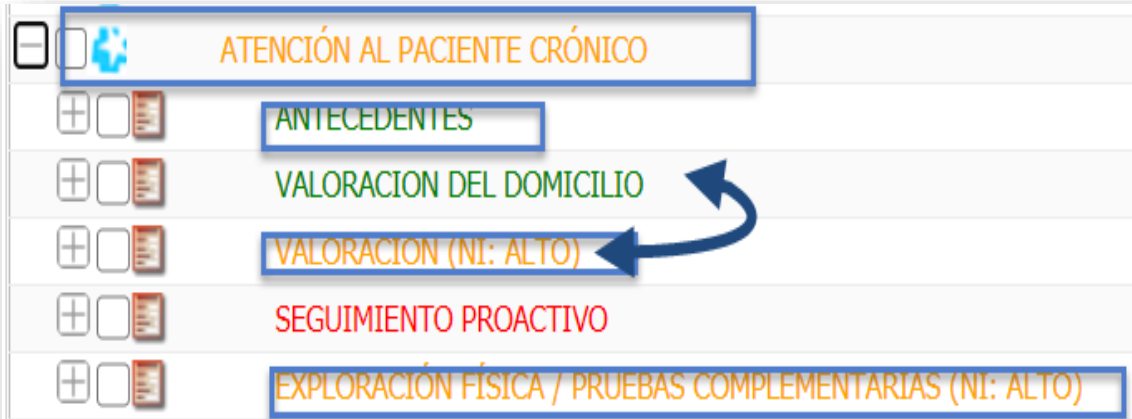
- **Subproceso 1:**
  - **Valoración global.**
    - Clasificación NYHA y asignación del NI.
- Subproceso 2:
  - Atención en fase estable:
    - Plan de cuidados y educación estructurada.
    - Seguimiento del paciente en situación estable.
- Subproceso 3:
  - Atención a la descompensación y seguimiento al alta.

*Capacitación del paciente en la autogestión de su enfermedad.*



**PROTOCOLOS EN  
PLANES PERSONALES  
PARA  
VALORACIÓN  
DE PACIENTES CON  
INSUFICIENCIA CARDIACA.**



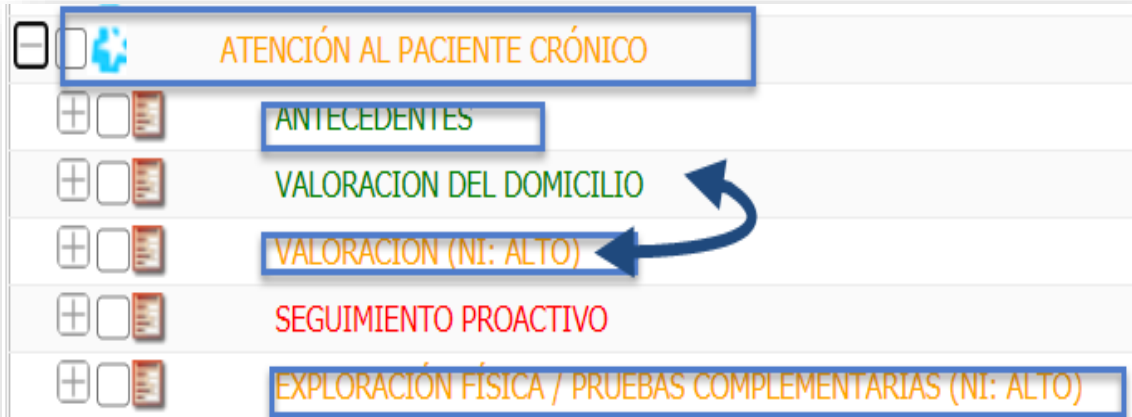


## ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO NIVEL DE INTERVENCIÓN GLOBAL

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	A	M	B
PROTOCOLO	<b>ANTECEDENTES</b>	X	X	X
PROTOCOLO	VALORACIÓN GENERAL POR NI Y ESPECÍFICA POR PATOLOGÍA	X	X	X
PROTOCOLO	EXPLORACION / SINTOMATOLOGÍA	X	X	X
PROTOCOLO	SEGUIMIENTO PROACTIVO	X	-	-
PROTOCOLO	VALORACIÓN DEL DOMICILIO	X	-	-
PROTOCOLO	PLAN ASISTENCIAL	X	X	X









- ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO
- ANTECEDENTES
- VALORACION DEL DOMICILIO
- VALORACION (NI: ALTO)
- SEGUIMIENTO PROACTIVO
- EXPLORACIÓN FÍSICA / PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (NI: ALTO)


## ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO NIVEL DE INTERVENCIÓN GLOBAL


ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	A	M	B
PROTOCOLO	ANTECEDENTES	X	X	X
PROTOCOLO	<b>VALORACIÓN GENERAL POR NI Y</b> ESPECÍFICA POR PATOLOGÍA	X	X	X
PROTOCOLO	EXPLORACION / SINTOMATOLOGÍA	X	X	X
PROTOCOLO	SEGUIMIENTO PROACTIVO	X	-	-
PROTOCOLO	VALORACIÓN DEL DOMICILIO	X	-	-
PROTOCOLO	PLAN ASISTENCIAL	X	X	X




 **ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO**

 ANTECEDENTES

 VALORACION DEL DOMICILIO

 VALORACION (NI: ALTO)

 SEGUIMIENTO PROACTIVO

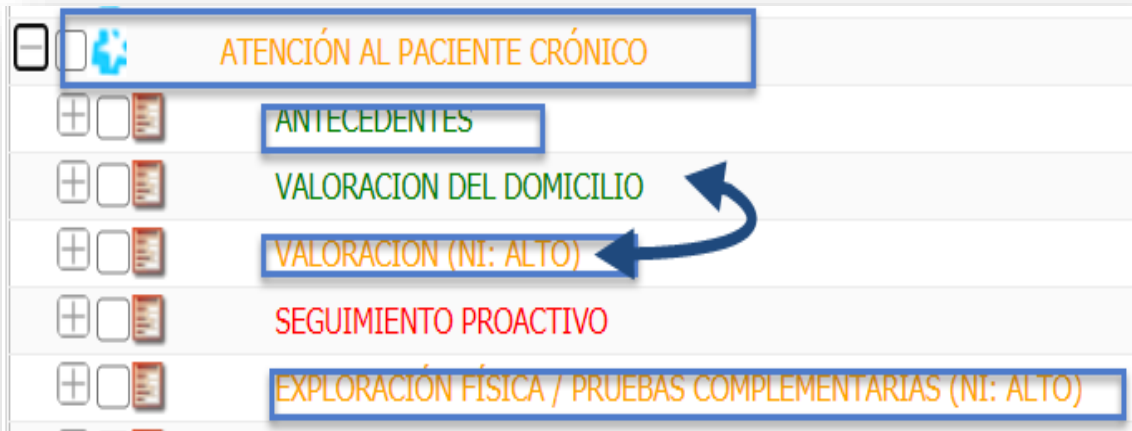
 EXPLORACIÓN FÍSICA / PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (NI: ALTO)

## ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO

### NIVEL DE INTERVENCIÓN GLOBAL

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	A	M	B
PROTOCOLO	ANTECEDENTES	X	X	X
PROTOCOLO	VALORACIÓN GENERAL POR NI Y <b>ESPECÍFICA POR PATOLOGÍA</b>	X	X	X
PROTOCOLO	EXPLORACION / SINTOMATOLOGÍA	X	X	X
PROTOCOLO	SEGUIMIENTO PROACTIVO	X	-	-
PROTOCOLO	VALORACIÓN DEL DOMICILIO	X	-	-
PROTOCOLO	PLAN ASISTENCIAL	X	X	X

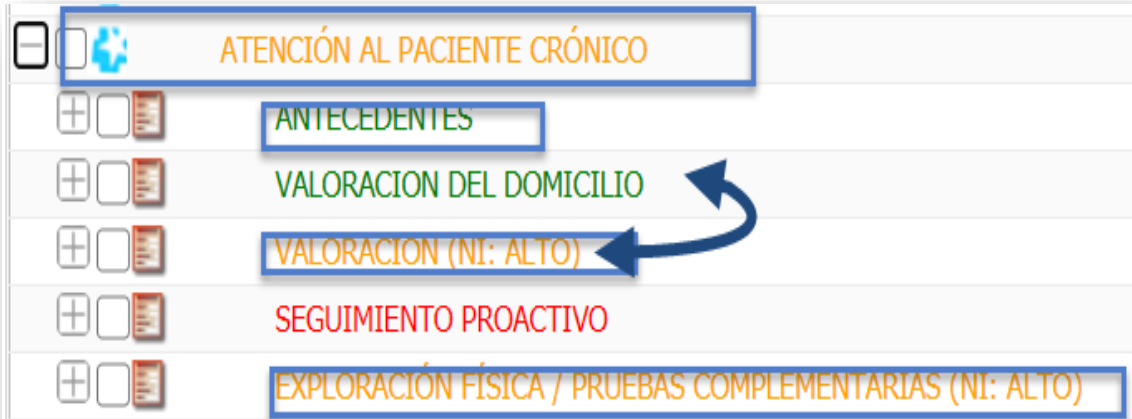




## ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO NIVEL DE INTERVENCIÓN GLOBAL

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	A	M	B
PROTOCOLO	ANTECEDENTES	X	X	X
PROTOCOLO	VALORACIÓN GENERAL POR NI Y ESPECÍFICA POR PATOLOGÍA	X	X	X
PROTOCOLO	<b>EXPLORACION / SINTOMATOLOGÍA</b>	X	X	X
PROTOCOLO	SEGUIMIENTO PROACTIVO	X	-	-
PROTOCOLO	VALORACIÓN DEL DOMICILIO	X	-	-
PROTOCOLO	PLAN ASISTENCIAL	X	X	X





## ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO NIVEL DE INTERVENCIÓN GLOBAL

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	A	M	B
PROTOCOLO	ANTECEDENTES	X	X	X
PROTOCOLO	VALORACIÓN GENERAL POR NI Y ESPECÍFICA POR PATOLOGÍA	X	X	X
PROTOCOLO	EXPLORACION / SINTOMATOLOGÍA	X	X	X
PROTOCOLO	<b>SEGUIMIENTO PROACTIVO</b>	X	-	-
PROTOCOLO	<b>VALORACIÓN DEL DOMICILIO</b>	X	-	-
PROTOCOLO	PLAN ASISTENCIAL	X	X	X





- [-] [+] [icon] ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO
- [+] [icon] ANTECEDENTES
- [+] [icon] VALORACION DEL DOMICILIO
- [+] [icon] VALORACION (NI: ALTO)
- [+] [icon] SEGUIMIENTO PROACTIVO
- [+] [icon] EXPLORACIÓN FÍSICA / PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (NI: ALTO)

## ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO

### NIVEL DE INTERVENCIÓN GLOBAL

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	A	M	B
PROTOCOLO	ANTECEDENTES	X	X	X
PROTOCOLO	VALORACIÓN GENERAL POR NI Y ESPECÍFICA POR PATOLOGÍA	X	X	X
PROTOCOLO	EXPLORACION / SINTOMATOLOGÍA	X	X	X
PROTOCOLO	SEGUIMIENTO PROACTIVO	X	-	-
PROTOCOLO	VALORACIÓN DEL DOMICILIO	X	-	-
PROTOCOLO	<b>PLAN ASISTENCIAL</b>	X	X	X



*Marco global del PAI. Estado de situación.*

*Mapa del proceso y estructura del documento:*

- **Subproceso 1:**
  - Valoración global.
  - **Clasificación NYHA y asignación del NI.**
- Subproceso 2:
  - Atención en fase estable:
    - Plan de cuidados y educación estructurada.
    - Seguimiento del paciente en situación estable.
- Subproceso 3:
  - Atención a la descompensación y seguimiento al alta.

*Capacitación del paciente en la autogestión de su enfermedad.*



## 1. Clasificación funcional NYHA

Identificación de la **Clase Funcional** atendiendo al grado de disnea (clasificación de la New York Heart Association):

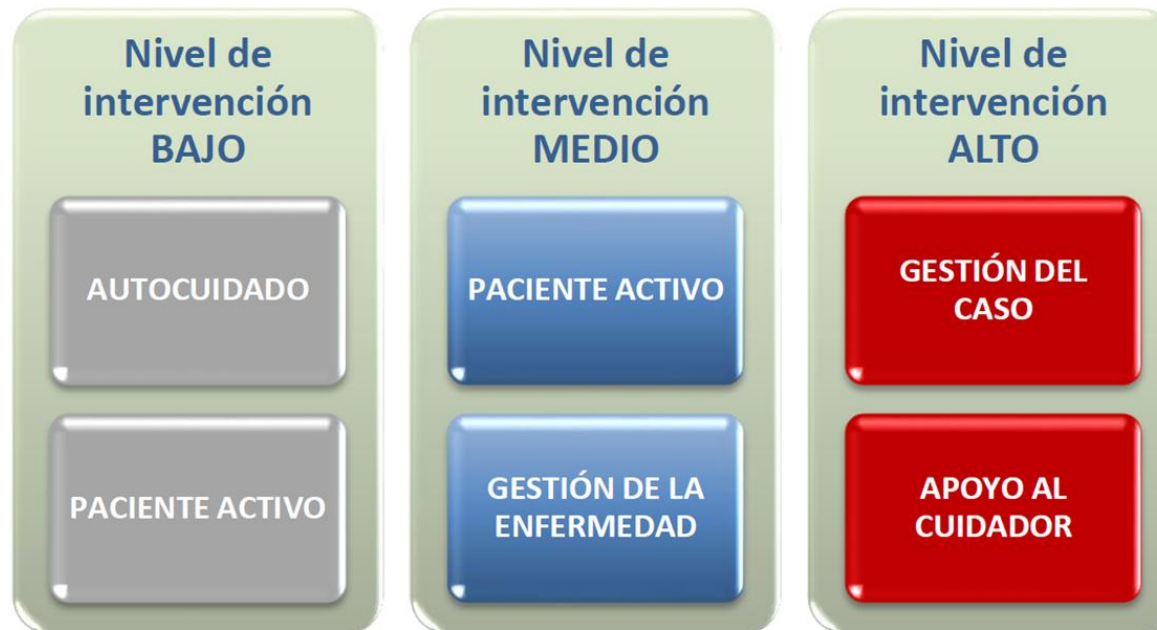
- Clase I: Sin síntomas con actividad física habitual.
- Clase II: Síntomas con la actividad habitual.
- Clase III: Síntomas con actividad mínima, asintomático en reposo.
- Clase IV: Síntomas en reposo

## 2. Registro de la fracción de eyección



## Concepto general de nivel de intervención en la Estrategia

El nivel de intervención asignado determina los objetivos del enfoque asistencial con cada paciente



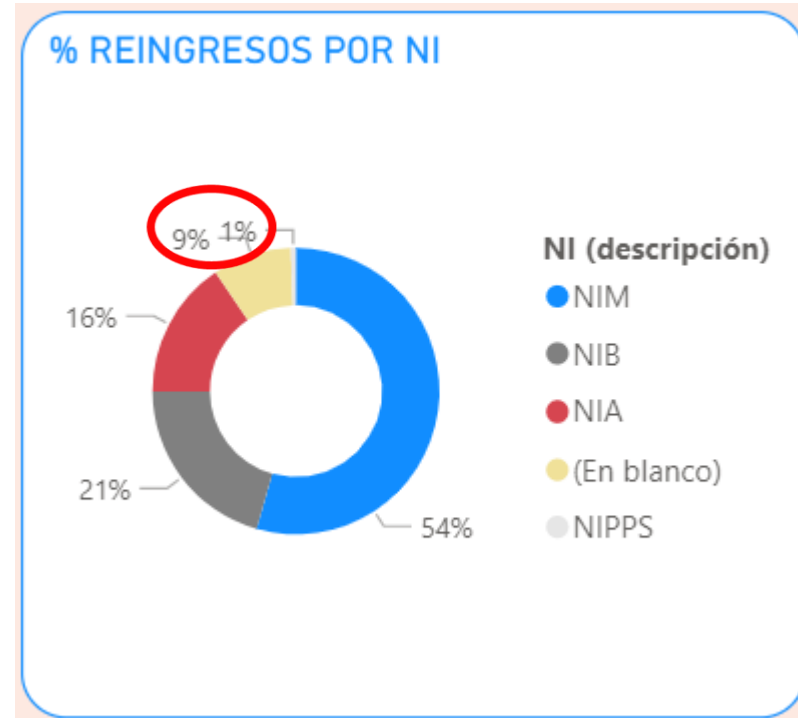
La clasificación funcional puede ayudar para la asignación del nivel de intervención





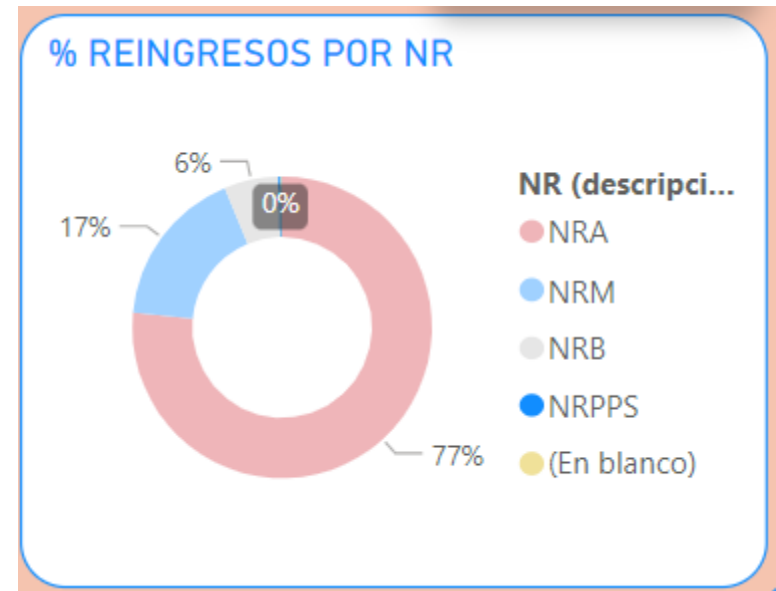
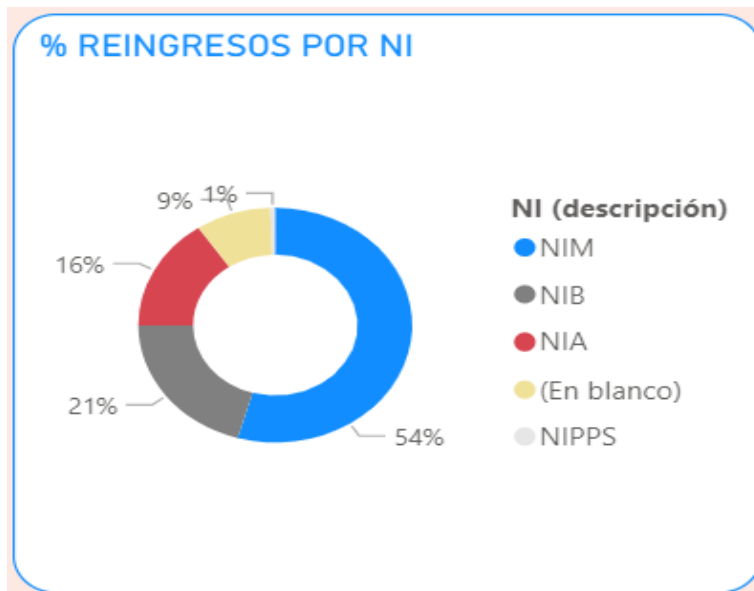
## Asignación de nivel de intervención para ICC

- El 10% de los ingresos, no tiene asignado un NI.
- El 9% de los reingresos (a 30 días), sigue sin tener asignado un NI.
- 1% de los reingresos (a 30 días), están con nivel Promoción y prevención de la salud (NPPS), que equivale a un episodio no crónico.
- 6.256 episodios de ICC, en AP-Madrid, sin NI asignado.



## Asignación de nivel de intervención para ICC.

Tanto la cartera de servicios de AP como el PAI ICC recomiendan asignar un NIA a todo paciente dado de alta por IC, al menos durante los 3 primeros meses. Esto implica que todos los reingresos (nuevo ingreso por el mismo motivo en los 30 primeros días tras el alta) deberían tener asignado un NIA en el reingreso. Sólo el 16% de los reingresos tienen un NIA, a pesar de que el 77% tienen un NRA.



*Marco global del PAI. Estado de situación.*

*Mapa del proceso y estructura del documento:*

- Subproceso 1:
  - Valoración global.
  - Clasificación NYHA y asignación del NI.
- **Subproceso 2:**
  - **Atención en fase estable:**
    - Plan de cuidados y educación estructurada.
    - Seguimiento del paciente en situación estable.
- Subproceso 3:
  - Atención a la descompensación y seguimiento al alta.

*Capacitación del paciente en la autogestión de su enfermedad.*



*Marco global del PAI. Estado de situación.*

*Mapa del proceso y estructura del documento:*

- Subproceso 1:
  - Valoración global.
  - Clasificación NYHA y asignación del NI.
- **Subproceso 2:**
  - **Atención en fase estable:**
    - **Plan de cuidados y educación estructurada.**
    - Seguimiento del paciente en situación estable.
- Subproceso 3:
  - Atención a la descompensación y seguimiento al alta.

*Capacitación del paciente en la autogestión de su enfermedad.*





## El ABC en la prevención de la descompensación

La clave del éxito en la detección y gestión de las reagudizaciones de pacientes con IC radica en tres puntos clave:

- 1. Un correcto empoderamiento del paciente**, siendo este capaz de detectar los signos de reagudización de su patología crónica en una fase temprana de la reagudización.
- 2. Una adecuada accesibilidad del paciente a su enfermera** ante la aparición de los signos de alerta de la reagudización.
- 3. Una estructura asistencial que permita la atención a demanda del paciente** ante la presencia de estos signos de alerta.



*Marco global del PAI. Estado de situación.*

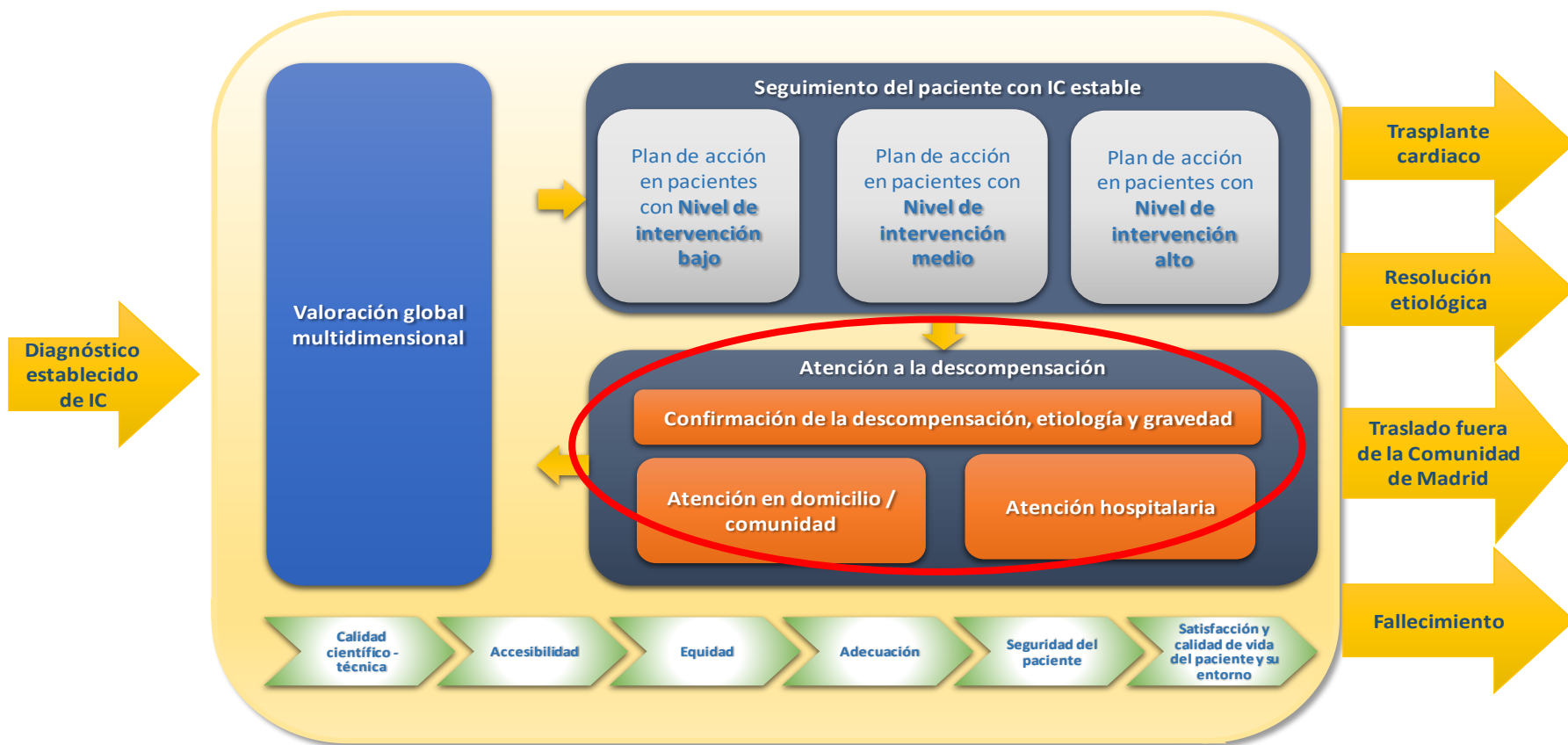
***Mapa del proceso y estructura del documento:***

- Subproceso 1:
  - Valoración global.
  - Clasificación NYHA y asignación del NI.
- Subproceso 2:
  - Atención en fase estable:
    - Plan de cuidados y educación estructurada.
    - Seguimiento del paciente en situación estable.
- **Subproceso 3:**
  - **Atención a la descompensación y seguimiento al alta.**

*Capacitación del paciente en la autogestión de su enfermedad.*



## PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA



Esquema de la ruta asistencial integrada del paciente con IC





## ¿Quién?

### Diagnóstico de descompensación de ICC

#### QUIÉN

- Médico de atención primaria
- Enfermera de atención primaria
- Médico de atención hospitalaria
- Enfermera de atención hospitalaria
- SUMMA 112



## ➤ **Los episodios de descompensación:**

### ➤ **Identificación y tratamiento**



## Diagnóstico de la descompensación

- Situación clínica con amplio espectro
- Importante significado pronóstico
- Con frecuencia requiere hospitalización

Según gravedad y velocidad

### Descompensación aguda

- Aparición rápida o empeoramiento brusco
- Entidad grave, potencialmente mortal
- Evaluación y tratamiento urgente
- Hospitalización urgente

### Descompensación subaguda

- Aparición progresiva
- Mayor tolerancia por el paciente
- Suele presentarse con alguno de los siguientes *criterios de alerta*

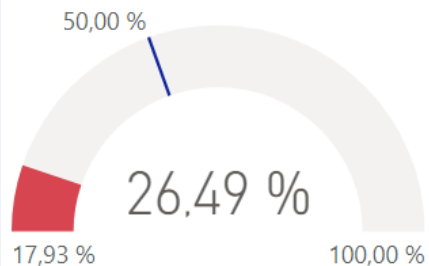


## Seguimiento al alta. Elemento clave en el control de reingresos

Indicador por DA / CS

DA	Altas	Seguidos	%Seguidos
NOROESTE	1.055	337	31,94 %
SUR	1.137	328	28,85 %
NORTE	942	250	26,54 %
CENTRO	1.335	351	26,29 %
SURESTE	1.341	342	25,50 %
ESTE	926	218	23,54 %
OESTE	1.030	239	23,20 %
<b>Total</b>	<b>7.799</b>	<b>2066</b>	<b>26,49 %</b>

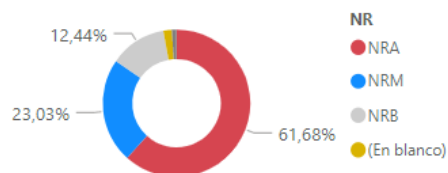
% de seguimiento al alta



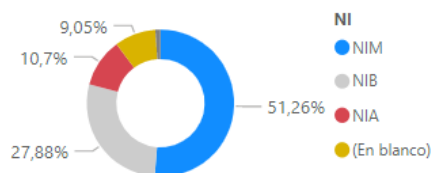
Seguimiento al alta por H.de ingreso / H. de referencia / CS

H. Ingreso	Total Altas	Altas seguidas	%Altas seguidas
H. ZENDAL	4	3	75,00 %
H. INFANTA SOFÍA	354	149	42,09 %
H. 12 DE OCTUBRE	589	243	41,26 %
H. UNIV. DE GETAFE	303	125	41,25 %
F.JIMÉNEZ DÍAZ	532	187	35,15 %
H. DEL HENARES	240	72	30,00 %
H. PUERTA DE HIERRO-MAJADAHONDA	370	109	29,46 %
<b>Total</b>	<b>7.799</b>	<b>2066</b>	<b>26,49 %</b>

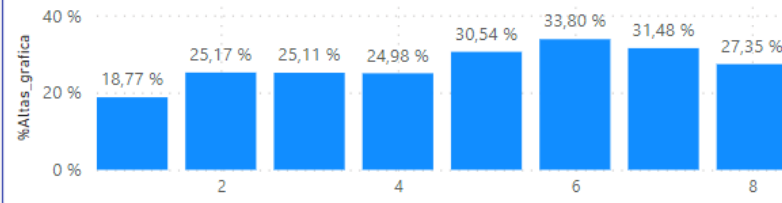
Primer ingreso. Distribución por NR



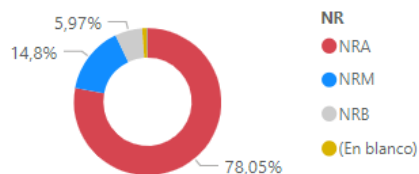
Primer ingreso. Distribución por NI



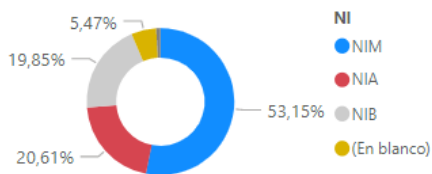
% Seguimiento al alta. Evolución por meses



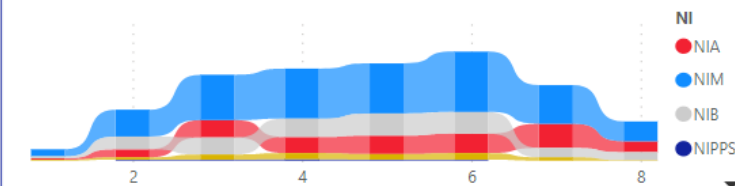
Reingresos. Distribución por NR



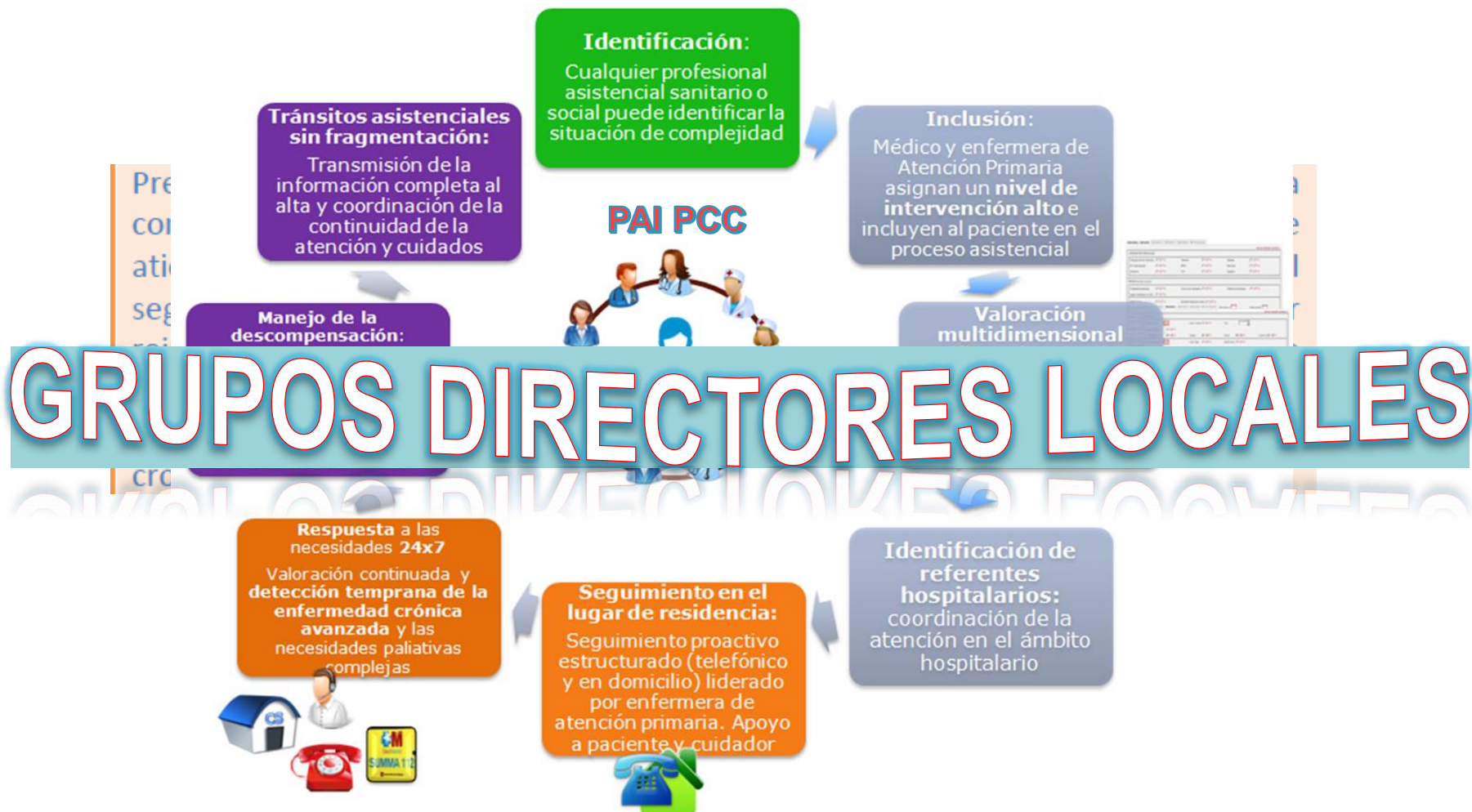
Reingresos. Distribución por NI



NI en pacientes reingresados. Evolución por meses



## Seguimiento al alta. Elemento clave en el control de reingresos





Detectar p

Reforzar e  
futuros pr

Pero debemos dar un paso más e **incorporar los resultados en salud y la experiencia reportados por los pacientes.**

En la fórmula se puede ver como el verdadero valor se va a integrar por la suma del valor tradicional de las métricas de volumen, más la experiencia del paciente, más los resultados en salud reportados por el paciente.

$$\text{VALOR para el paciente} = \frac{\text{R. CLÍNICOS + R. PACIENTE + EMOCIONES que le importan al paciente, a la organización y a la sociedad}}{\text{COSTE para obtener esos resultados}}$$

Adaptado por UICO de M. Porter. *What is value in healthcare?*  
English Journal of Medicine, 363:26, December 2010)



## PREMS

En PREMs hay que tener claro que al menos se debe medir dimensiones como:

- La experiencia del paciente, es decir, el **impacto emocional**, cómo afecta a mi vida, a mi familia.
- La **información**, qué información damos, en qué momento y por qué canal.
- Tener un apartado importante del **impacto social laboral**, cómo este proceso de salud ha cambiado mi vida laboral, me ha generado una serie de limitaciones o cómo ha impactado en que yo pueda seguir haciendo mi formación, o mi vida laboral habitual.
- Por último, **herramientas de codiseño**, al final se necesita saber, cuándo ha pasado todo esto, si el paciente pudiera sentarse con su médico, qué le diría, que se puede mejorar para otros pacientes o para él mismo.

### **PREMs (Patient Reported Experience Measures)**

**Experiencia**  
**Información**  
**Co-diseño**  
**Impacto socio laboral**

## PROMS

En los PROMs se valorará aspectos como:

Calidad de vida, la adherencia al tratamiento, efectos secundarios, etc.

### **PROMs (Patient Reported Outcomes Measures)**

**Calidad de Vida**

**Síntomas específicos y funcionalidad**

**Adherencia al tratamiento**

**Efectos secundarios**

*Gracias* 