



# 10° Premio Pfizer a la Innovación y Excelencia en Gestión Clínica

Valencia, 1 de diciembre 2011



## Proyecto ganador

“Un modelo integral de atención a los pacientes  
con insuficiencia cardiaca”

Josep Comín Colet

*Jefe Clínico del Programa de Insuficiencia Cardíaca.  
Hospital del Mar de Barcelona*





### PRESENTACIÓN

La insuficiencia cardíaca es un auténtico problema de salud pública. Presenta una prevalencia del 5% en la población adulta que se incrementa en las franjas de mayor edad. Los datos epidemiológicos indican que es la **tercera causa de muerte de tipo cardiovascular y supone la primera causa de ingreso hospitalario en pacientes mayores de 65 años**. La mortalidad es elevada: en estudios poblacionales, la mortalidad después de un ingreso por IC es próxima al 50% el primer año, presentando una letalidad superior a la mayoría de cánceres más frecuentes.

Este hecho, junto con una tendencia creciente de las tasas de ingreso por esta causa en los últimos años, ha motivado que esta condición se convierta, junto a otras patologías que cursan con una historia natural de cronicidad, en una de las amenazas de los sistemas de salud en los próximos años. Actualmente, la mayoría de países desarrollados destinan cerca de un 2% del total del presupuesto sanitario a la IC, siendo el 70% del gasto relacionado con la hospitalización.

Actualmente se dispone de tratamientos que han demostrado reducir de forma muy significativa la mortalidad y el riesgo de ingreso. A pesar de esto, la complejidad de estos tratamientos y el hecho de que los pacientes con IC son mayores y tienen una elevada tasa de comorbilidad motiva que en el mundo real estos tratamientos se implementen poco.

Además de estos problemas, existe la evidencia de que muchos de los reingresos por IC son debidos a mal cumplimiento del tratamiento. En gran parte porque los pacientes con IC, que presentan un bajo nivel de calidad de vida relacionada con la salud, no reciben información específica para convivir con la enfermedad.

Tradicionalmente, la atención a la IC se ha basado en la contención de la sintomatología por parte de la atención especializada, realizándose los controles pertinentes por parte de la atención primaria de salud, o mediante el cardiólogo de zona. Este modelo de atención ha tenido como base el estado de salud del paciente que entraba en contacto con el sistema, en el momento en

que necesitaba renovar la medicación, o bien se descompensaba su patología de base: es decir, se ha caracterizado por un proceso médico reactivo y sin planificación de las intervenciones. Este modelo conlleva las constantes idas y venidas del paciente entre el hospital y la atención primaria siguiendo el modelo de la “puerta giratoria” en la que el paciente queda anclado en la atención especializada y va entrando en el sistema a partir de la reagudización de su patología de base.

Este modelo de atención ha conllevado un **déficit de información sobre la enfermedad por parte del paciente y su entorno**, poca implicación de estos en el proceso de autocuidado, una baja corresponsabilización de la atención primaria sobre los resultados de salud, una atención basada en el síntoma, en ausencia de una visión global de la persona y de su patología y una baja implementación de la medicina basada en la evidencia, con una tasa inaceptable de eventos clínicos adversos en los pacientes con insuficiencia cardiaca.

El desarrollo del Chronic Care Model y de los Programas de Gestión de Patologías han pretendido mejorar el abordaje de todas las condiciones crónicas y concretamente de la insuficiencia cardiaca. Para ello es necesaria una serie de transformaciones de la atención al paciente crónico que son: atención integral (el paciente en el centro del proceso), atención multidisciplinaria, coordinación entre atención especializada y atención primaria, cambios en el modelo de atención al paciente ambulatorio, potenciar la intervención de personal no facultativo en estos programas multidisciplinarios e incluir la monitorización de resultados en salud en el proceso de trabajo normalizado. **Los objetivos de estas intervenciones son la mejoría de la morbi-mortalidad de este síndrome con mejoría de la calidad de vida de los pacientes** a expensas un buen nivel de coste-eficacia.

El proyecto que se expone describe el proceso de transformación de la atención al paciente con insuficiencia cardiaca en el Área de Atención Integral de la Salud Litoral Mar siguiendo las premisas del Chronic Care Model.

### OBJETIVOS

Mejorar la mortalidad, la morbilidad, la calidad de vida y el nivel de autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardiaca.

**Para la consecución de dicho objetivo, se plantea:**

Organizar en nuestro territorio de atención integral, un proceso para el paciente con insuficiencia cardiaca basado conceptualmente en el Chronic Care Model con elementos típicos de los programas de gestión de patologías. Básicamente, este proceso ha implicado, la transformación de la forma de atender a los pacientes con este síndrome en el ámbito hospitalario, ambulatorio y de atención primaria. Siguiendo el Chronic Care Model, el modelo que hemos desarrollado en nuestra área ha comportado situar al paciente en el centro del proceso asistencial, conectando en todo momento todos los niveles asistenciales implicados en su gestión incorporando vías clínicas definidas y compartidas entre hospital y atención primaria e introduciendo la multidisciplinariedad y las nuevas TICs en el proceso de atención al paciente.

### CONCLUSIONES

**El “Modelo integral de atención al paciente con insuficiencia cardiaca” se ha concretado en un Programa de Atención Integral con base territorial e interdisciplinaria en el que participan todos los proveedores de la salud del Área de Atención Integral de la Salud Litoral Mar de Barcelona y que ha situado al paciente en el centro del proceso. Este modelo, impulsado en gran manera desde el Servicio de Cardiología del Parc de Salut Mar conjuntamente con su Atención Primaria ha comportado una forma de atención al paciente con insuficiencia cardiaca más eficiente dado que:**

- Ha reducido la mortalidad de los pacientes.
- Ha reducido la tasa de rehospitalización.
- Ha mejorado el nivel de satisfacción de los pacientes.
- Ha mejorado el nivel de autocuidado de los pacientes.
- Ha mejorado la evolución de los pacientes con insuficiencia cardiaca y fragilidad.
- Ha logrado integrar todo el proceso del paciente entre niveles asistenciales.
- Ha permitido un abordaje multidisciplinar de los pacientes dando respuesta a otras comorbilidades.
- Ha permitido mantener al paciente y a su entorno vinculado a la comunidad evitando hospitalizaciones.
- Ha introducido el uso de las TICs en el proceso de gestión de la enfermedad y en el proceso educativo del paciente y su entorno.
- Ha permitido administrar una atención basada en las guías de práctica clínica con una alta prescripción de los fármacos con impacto pronóstico en estos pacientes.

Los logros alcanzados en este proyecto nos permiten encarar futuros retos hacia el camino de la mejora continua. Entre ellos destacará la aplicación en práctica habitual del uso de nuevas tecnologías en el proceso de gestión del paciente, la mejora de la intercomunicación entre profesionales de la salud de distintos niveles asistenciales, la mejora del proceso del paciente con insuficiencia cardiaca en el final de la vida y la promoción de grupos de pacientes y familiares que participen en el desarrollo futuro de este programa integral.