

Barcelona, noviembre 2020

**Apuesta por la FORMACIÓN en insuficiencia cardíaca en 3 ejes prioritarios: médicos,
profesionales de enfermería y pacientes**

Proyecto organizado por la Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica y
coordinado por el Servicio de Cardiología del Hospital Clínic.

Dirigido por las doctoras Ana García Álvarez, Félix Pérez-Villa y Marta Sitges, y con la colaboración de las doctoras Marta Farrero y M. Ángeles Castel, las enfermeras Estefanía Torrecilla, Fina Casal y Montse Venturas, y el resto de integrantes de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca del Hospital Clínic

INTRODUCCIÓN

La relevancia de la Insuficiencia Cardíaca y la complejidad de su manejo.

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye una entidad grave y una de las causas más importantes de cronicidad en el mundo. Su prevalencia se sitúa en torno al 1-2% de la población adulta en países industrializados, y aumenta con la edad, de forma que está presente en aproximadamente un 10% de los pacientes mayores de 70 años¹. Además, supone entre un 1- 4% del total de ingresos hospitalarios, siendo el motivo de ingreso hospitalario más frecuente en mayores de 65 años y causa frecuente de reingresos. A pesar de la mejoría del pronóstico del paciente con IC en los últimos 30 años, la mortalidad persiste muy elevada. Así, la mortalidad al año en pacientes hospitalizados por IC o ambulatorios se ha estimado en un 17 y 7%; y la incidencia de reingresos en un 44 y 32%, respectivamente².

El manejo de la IC es altamente complejo por varios motivos: su diagnóstico implica que el paciente debe instaurar cambios en el estilo de vida (abstención al alcohol y tabaco, dieta hiposódica, ejercicio físico), lo cual resulta difícil en la edad adulta; es necesaria la combinación de varios fármacos puesto que han demostrado mejorar la supervivencia y calidad de vida pero que, a su vez, pueden generar efectos secundarios; la optimización de las dosis de los fármacos y la adherencia al tratamiento son fundamentales desde el punto de vista pronóstico; son pacientes que asocian gran comorbilidad; requieren un seguimiento cercano con múltiples visitas y en ocasiones el implante de dispositivos cada vez más sofisticados; presentan múltiples descompensaciones, muchas de las cuales se traducen en ingresos hospitalarios que tienen un impacto muy relevante en el pronóstico y en el nivel de salud del paciente³; y por último, en la mayoría de las ocasiones, la IC será la responsable de la muerte y, por ello, es fundamental disponer de un sistema que ofrezca cuidados al final de la vida.

Además, la IC representa una entidad con un elevado coste sanitario, que se ha estimado en 108 billones de dólares anuales⁴. En un estudio realizado en nuestro medio, el coste per cápita anual fue de 13.000 a 18.000 euros⁵. De este coste, el porcentaje mayor es, con mucha diferencia, el relacionado con los ingresos hospitalarios^{4,5}.

Análisis de la situación actual

Concretamente en nuestro ámbito, el último informe realizado por el Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña en 2017⁶ los indicadores del Hospital Clínic respecto a la mortalidad intrahospitalaria es del 9.6% y a los 30 días del alta del 13.6%. Estos indicadores muestran un gran margen de mejoría, cuando nos comparamos con otros centros de nuestro entorno, que exigen poner en marcha proyectos de mejora del proceso.

La situación se ve además agravada por la irrupción de la pandemia COVID19 que hace más necesario que nunca optimizar los recursos, empoderar al paciente, profesionales de enfermería y a los médicos tratantes para evitar ingresos hospitalarios.

Las enfermeras de práctica avanzada en IC son profesionales formadas específicamente que apoyan a las personas con IC a lo largo de su enfermedad, brindándoles información exhaustiva basada en la evidencia, respondiendo preguntas, aclarando (traduciendo) la información de los médicos, facilitando recursos útiles y garantizando que los enfermos participen activamente en su propio cuidado. El desarrollo e implementación de diferentes roles de enfermería de práctica avanzada han sido innovaciones pioneras en las reformas de algunos sistemas sanitarios, y concretamente en el ámbito de la IC se considera uno de los elementos más eficientes para mejorar el proceso asistencial⁷.

Asimismo, el autocuidado es una tarea decisiva para controlar las consecuencias negativas de la enfermedad. Disponemos de evidencia de que un autocuidado insuficiente conduce a malos resultados de salud y re-hospitalizaciones frecuentes⁸. De hecho, se refleja en la literatura que los motivos de readmisión son por mala autogestión de la enfermedad, mal cumplimiento dietético (fundamentalmente incumplimiento de la restricción de líquidos y del sodio), falta de adherencia al tratamiento farmacológico, desconocimiento y falta de detección temprana de signos y síntomas de la IC, y falta de aviso temprano y de retroalimentación con el centro de salud. En estos aspectos de formación la enfermera de práctica avanzada puede aportar un valor inmenso.

OBJETIVOS GENERALES DEL PROYECTO.

El objetivo del presente proyecto es fomentar la FORMACIÓN en 3 ejes prioritarios: 1) el médico de familia y cardiólogo general, empoderándolos y administrando información actualizada y de calidad sobre el manejo de la IC, facilitando un contacto estrecho con la Unidad de IC de nuestro hospital, e integrándolos en programas docentes y de investigación;

2) los profesionales de enfermería tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria, dotándoles de conocimientos actualizados sobre la fisiopatología y tratamiento de la IC, protocolos para el seguimiento de los pacientes, la detección temprana de descompensaciones y las actuaciones que deben tomarse en estos casos; y 3) el paciente, aportándole información fidedigna y adecuada a sus niveles de conocimiento, empoderándole en el autocuidado y gestión de la IC.

METODOLOGÍA.

1. Formación al médico de familia y cardiólogo general.

Las sesiones de formación a los médicos de familia y cardiólogos no especializados en IC (que visitan pacientes en los centros de salud) las realizarán directamente los/as cardiólogos/as integrantes de la UIC, e irán dirigidas a aspectos relevantes del seguimiento y tratamiento de los pacientes, particularmente las indicaciones de inicio, titulación o suspensión de medicación (dada la evidencia actual de nuevos fármacos incorporados al arsenal terapéutico), así como la indicación de dispositivos para la monitorización y tratamiento de la IC. Se elaborará una sesión con el siguiente contenido que se repetirá en 3 ocasiones a lo largo del año (para facilitar la formación de la mayor cantidad de profesionales) vía telemática de 1h de duración.

Temario:

- Relevancia de la IC.
- Programa integral de manejo de la IC en nuestro área de referencia (repaso de vía clínica, flujos de pacientes, dispositivos asistenciales)
- Actualización del tratamiento de la IC: inicio, titulación y seguimiento de los pacientes.
- Criterios para remitir un paciente a la UIC.

2. Formación de enfermeros/as.

En la actualidad disponemos de una enfermera de práctica avanzada en IC como integrante de la Unidad de IC del Hospital Clínic, centrada en la evaluación y seguimiento de los pacientes con IC en lista para trasplante cardiaco o pacientes con IC y alta complejidad por comorbilidad. Sin embargo, en los CAPs, donde está el grueso de los pacientes con IC, no se dispone de enfermeras de práctica avanzada y las enfermeras de plantilla, en la mayoría de los casos, no se sienten lo suficientemente formadas para ofrecer una educación sanitaria profesional en el campo de la IC.

Se propone la creación e incorporación de una enfermera de práctica avanzada en IC de la comunidad que se integre en la UIC pero en estrecha colaboración y comunicación con las enfermeras de el AISBE, con el objetivo de:

- Extender los conocimientos en IC a una o dos enfermeras interesadas en la IC en cada uno de los CAPs (Formadora de formadoras).
- Enseñar en la labor de ofrecer educación sanitaria de calidad y apoyo a los pacientes con IC de los diferentes CAPs de Barcelona Esquerra. Esta educación incluirá aspectos de alimentación, ingesta hídrica, ejercicio físico, adherencia a la medicación, detección de signos de congestión o bajo gasto, comprensión de la enfermedad, evolución y fin de vida.
- Facilitar la comunicación al alta entre el hospital y los CAPs garantizando así la continuidad asistencial.

- Facilitar la unificación de protocolo de manejo de los pacientes, fundamentalmente de aquellos con debut de la IC y los reingresadores frecuentes.

Dado el escenario actual las sesiones se realizarán en formato online (1h y 30') y para facilitar la formación de un número elevado de enfermeras, se realizarán 2 sesiones semestrales. Esta sesión incluirá:

- Protocolos de derivación y de manejo de paciente con IC.
- Signos de alarma de complicaciones y descompensaciones.
- Monitorización del paciente para conseguir mayor adherencia al tratamiento.
- Educación sanitaria al paciente y familia.

3. Formación para el paciente.

Se realizará a través de dinámicas grupales que complementen el seguimiento individual facilitando la interacción entre pacientes que padecen la misma enfermedad permitiéndoles compartir experiencias que son de gran estímulo para la educación terapéutica. La intervención grupal favorece la resolución de dudas, la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, la adherencia a las prácticas de autocuidado y la disminución del impacto sobre la calidad de vida de la persona.

Se trabajarán aspectos del aprendizaje para que el paciente y/o la familia sean capaces de:

- Aumentar el conocimiento sobre la IC y las bases del tratamiento.
- Prevenir, detectar y tratar las complicaciones agudas.
- Conocer la alimentación saludable en base a la dieta mediterránea y su relación con el tratamiento farmacológico y la actividad física.
- Realizar las habilidades para el autoanálisis y administración del tratamiento.
- Interpretar los resultados de las diferentes pruebas y su respectivo manejo con las diferentes titulaciones.
- Prevenir y/o tratar complicaciones potenciales.
- Integrar el tratamiento a su vida cotidiana.

Se seguirá la siguiente **metodología**:

Se impartirá un curso formativo de tres sesiones por paciente a través de una plataforma telemática (1h 30' / sesión. Grupo máximo 8-10 pacientes).

1ª sesión: Definición, fisiopatología, comorbilidades y tratamiento de la IC. 2ª

sesión: Qué herramientas tenemos para mejorar el control.

3ª sesión: Cómo podemos detectar las complicaciones de la IC y cómo actuar.

Población diana: pacientes y familiares/cuidadores después de alta, debut o descompensación

Al final de la última sesión se pasará el test para evaluar la satisfacción de la actividad grupal y sus sugerencias

Se planifican inicialmente 3 ciclos de 3 sesiones, no obstante esta periodicidad podría cambiar en función de la demanda.

Los **objetivos** de la Formación Grupal serán los siguientes:

Específicos del aprendizaje:

- a. El 70% de los participantes en la IG mejorarán sus conocimientos sobre la IC al finalizar el programa.
- b. El 70% de los participantes en la IG mejorarán las habilidades en el manejo de diuréticos al finalizar el programa.
- c. El 70% de los participantes en la IG considerarán que las recomendaciones desarrolladas les ayudarán a controlar mejor la enfermedad al finalizar el programa.

Un objetivo adicional sería el de facilitar la creación de la figura de “paciente experto” en cada uno de los CAPs.

Bibliografía relevante:

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016;37:2129-200.
2. Maggioni AP, Dahlstrom U, Filippatos G, et al. EURObservational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Eur J Heart Fail* 2013;15:808-17.
3. Cowie MR, Anker SD, Cleland JGF, et al. Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalization. *ESC Heart Fail* 2014;1:110-45.
4. Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, et al. Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Fail* 2014;1:4-25.
5. Delgado JF, Oliva J, Llano M, et al. Health care and nonhealth care costs in the treatment of patients with symptomatic chronic heart failure in Spain. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2014;67:643-50.
6. Van Spall HGC, Rahman T, Mytton O, Ramasundarahettige C, Ibrahim Q, Kabali C, Coppens M, Brian Haynes R, Connolly S. Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *Eur J Heart Fail*. 2017 Nov;19(11):1427-1443. doi: 10.1002/ejhf.765. Epub 2017 Feb 24. PMID: 28233442.
7. De A, Catalunya Q i AS de CD de SG de. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit hospitalari. Dades 2017. Barcelona: [Internet]. Researchgate.Net. 2018. Available from: http://www.researchgate.net/profile/Julietta_Corral/publication/279059768
8. Asadi P, Ahmadi S, Abdi A, Shareef OH, Mohamadyari T, Miri J. Relationship between self-care behaviors and quality of life in patients with heart failure. *Heliyon*. 2019 Sep 1;5(9).