

INTERVENCIÓ MULTIDISCIPLINÀRIA I INTEGRADA BASADA EN INFERMERIA EN PACIENTS AMB INSUFICIÈNCIA CARDIACA

Proposta de Protocols i Pla Operatiu de la Intervenció Basada en els Equips d' Infermeria del Programa d' Insuficiència Cardíaca de l' Hospital del Mar i el SAP Litoral pel Manteniment de la Continuïtat Assistencial

Programa d' Insuficiència Cardíaca de l' Hospital del Mar- SAP Litoral
Gener 2007

Antecedents i Justificació de la Proposta d' Intervenció Multidisciplinària i Integrada Basada en Infermeria en Pacients amb Insuficiència Cardíaca

Importància Epidemiològica de la IC i Aportacions de les Unitats d' Insuficiència Cardíaca Basades en Infermeria en el Maneig de la IC

La insuficiència cardíaca (IC) és una síndrome que es dona en la fase final de la majoria de malalties cardíaques i que es caracteritza per portar associada una alta mortalitat i morbiditat.

A part d' aquest fet preocupant, altres aspectes posen de relleu la magnitud del problema: la seva prevalença, que és creixent, assolirà en els pròxims anys proporcions epidèmiques, afecta fonamentalment a pacients d' edats avançades, és la causa més freqüent d' ingrés hospitalari en pacients més grans dels 65 anys i suposa entre el 1 i 2 % del total de la despesa sanitària en la majoria de països occidentals essent un 70% d' aquesta despesa atribuïble a l' hospitalització.

En els últims anys, el maneig dels pacients amb IC en l' àmbit d' unitats especialitzades (Unitats d' Insuficiència Cardíaca) ha demostrat un impacte favorable en la seva evolució : en aquesta línia, la Unitat d' Insuficiència Cardíaca (UIC) del Servei de Cardiologia de l' Hospital del Mar, que entrà en funcionament l' any 2000, va demostrar que el maneig especialitzat dels pacients en IC en una estructura assistencial d' aquestes característiques redueix la mortalitat, la hospitalització i la freqüentació a urgències respecte el maneig convencional (*Circulation* 2002;106(9): 11-568).

L' aplicació sistemàtica dels tractaments recomanats a les guies de pràctica clínica és capaç de millorar l' evolució de la malaltia. Malgrat això, el tractament de la IC és molt complex i divers de manera que la seva optimització requereix centralitzar la gestió del pacient en facultatius i infermeres especialitzades en la IC en l' àmbit de les UIC.

Unitats d' Insuficiència Cardíaca Basades en el Model Multidisciplinari

Encara que un perfil de tractament òptim és imprescindible per a millorar l' evolució dels pacients, existeixen altres aspectes que no es corregeixen poden conduir al fracàs de la intervenció per part de les UIC.

No podem oblidar que alguns d' aquests aspectes (orgànics, cognitius, funcionals, socials i psicològics) que en part conflueixen en el terme fragilitat , tenen molt que veure amb el perfil geriàtric de la majoria de pacients que pateixen IC i precisen d' una avaluació i intervenció per part de personal especialitzat en diverses disciplines.

La majoria d' aquests pacients precisen d' una intervenció multidisciplinària i coordinada en suport l' equip central que és responsable del pacient i que ha conduït a la transformació de les UIC en Unitats Multidisciplinàries (intervenció pluridisciplinària complementària a la dels cardíologs i infermeres especialitzades en IC de les UIC) i Integrades (UIC que integren part de l' atenció centrada en l' Hospital i part de l' atenció a través d' equips d' atenció domiciliària amb base en l' àmbit primari i que treballen coordinades).

Protocol Marc per a la Integració de la Tasca Assistencial en Pacients amb IC en l' Àmbit de la UIC de l' Hospital del Mar i el SAP Litoral: Programa d' IC Hospital del Mar/SAP Litoral de Barcelona (PIC-HM/SLB)

La integració dels nivells assistencials d' Atenció Primària i de les Unitats d' Insuficiència Cardíaca hospitalàries és fonamental per:

- donar una resposta assistencial de qualitat als pacients amb IC quan no es poden beneficiar d' un seguiment especialitzat en l' àmbit de la UIC multidisciplinària basada en l' hospital especialment en aquells que es donen les següents circumstàncies que poden ser un obstacle per al poder-se desplaçar a les UIC centrades a l' hospital
 - o presència de criteris de fragilitat
 - o barreres arquitectòniques al domicili
 - o situació terminal d' alguns pacients
- mantenir oberta la connexió entre AP i la UIC en aquells pacients postalta o d' alt risc que seguiran controls inicialment a la UIC de l' Hospital del Mar per a :
 - o transmetre la informació de les intervencions sobre ells realitzades
 - o informar per tal de monitoritzar que les intervencions pendents es duiguin a terme
 - o mantenir un canal actiu obert per a preparar la tornada a AP del pacient un cop finalitzada la intervenció
 - o coordinar l' atenció al pacient entre els 2 nivells assistencials

La integració d' aquests dos nivells assistencials (UIC hospitalària i SAP Litoral) en el nostre territori es factible coordinant la intervenció entre Equip d' Infermeria de la UIC de l' Hospital del Mar i Atenció Primària (equip de la UBA, ATDOM, Gestores de Casos, Call Center) a través de la figura d' una infermera de connexió (*Liason Nurse*) que podria ser una infermera com la que actualment coordina el PCA (hospitalària) o una infermera d' Enllaç (d' AP) i que actuaria com a pivot entre els 2 nivells.

Prova d' aquesta capacitat i tradició de coordinació es reflecteix en la integració de l' atenció especialitzada de Cardiologia i altres especialitats de gran part dels EAP de la zona amb els Serveis Especialistes en qüestió de l' Hospital del Mar des de fa més d' una dècada.

La evidència publicada sobre la eficiència d' aquest tipus d' estratègia mostra que una intervenció multidisciplinària basada en equips d' infermeria, equip de cardiologia i coordinada amb AP mostra un impacte molt favorable en la mortalitat, el reingrés i la qualitat de vida dels pacients (*Strömberg et al. Eur Heart J 2003;24:1014-23; Blue et al. British Medical Journal 2001;323(7315):715-718; Roccaforte R et al. Eur J Heart Fail 2005;7:1133-1144; Yu DSF et al. Eur Heart J 2006;27:596-612*)

El protocol PREALT és un instrument impulsat des del Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) per a millorar la continuïtat assistencial al llarg del procés d' atenció d' uns determinats pacients i que té per objectiu aconseguir aquesta fita a través de la cooperació i coordinació entre els diferents nivells que intervenen en els processos assistencials.

Aquest protocol ens brinda el marc per a poder articular una estructura funcional per atendre de forma adequada als pacients amb IC més fràgils en els que un seguiment centrat en infermeria i en el seu domicili és l' idoni i ens permet connectar la infermeria de tots dos nivells en aquells pacients menys complexos.

Per assolir aquesta cooperació i coordinació cal :

- l' elaboració per consens de protocols d' actuació entre els diversos nivells assistencials , en el nostre cas, la UIC de l' IMAS i el SAP Litoral
- que els responsables de la impulsó dels protocols que es desenvolupin en el aquest marc tinguin capacitat executiva per dur-los a terme
- precisa d' una sèrie de factors ressenyats en el pla operatiu del PREALT com són:
 - implicació dels equips directius de l'hospital i els SAP
 - un protocol comú d' actuació
 - la transferència àgil de la informació
 - una política de comunicació continuada entre els professionals de l' hospital d' aguts i de l' atenció primària

Es per això que el desenvolupament d' una intervenció sobre els pacients hospitalitzats per IC a l' Hospital del Mar precisa de la consolidació de la ja en funcionament estructura funcional que coordina la UIC en els seus àmbit intra i extrahospitalari i que també coordina l' actuació dels membres de la UIC Multidisciplinària de l' IMAS a l' Hospital del MAR i els equips d' infermeria, metges de família i cardíologs del SAP Litoral .

Aquesta nova estructura funcional es podria definir com Programa d' Insuficiència Cardíaca de l' Hospital del Mar i el SAP Litoral de Barcelona (PIC-HM/SLB) i requereix :

- un protocol d' actuació
- un organigrama dels seus integrants
- el reconeixement oficial de la seva existència per part dels equips directius hospitalaris i del SAP
- el reconeixement de la seva capacitat executiva per part dels equips directius hospitalaris i del SAP
- mecanismes de comunicació activa que permetin millorar el funcionament (infermeres i facultatius dels 2 nivells assistencials, contacte via infermeres coordinadores o d' enllaç a través de telèfon, fax, espai web específic, e-mail i posades en comú presencials)

Justificació d' un Model Basat en la Intervenció d' Infermeria

L' aspecte més destacat d' aquesta intervenció a part del seu caràcter multidisciplinari i la voluntat de coordinar l' actuació a nivell hospitalari i a nivell d' atenció primària, és que la coordinació del procés la realitza l'equip d' infermeria tant a nivell hospitalari com a nivell d' atenció primària.

Els motius per a que la coordinació i la intervenció es basi en la infermera son:

- La majoria d' experiències amb èxit en el maneig protocolitzat de pacients amb IC es fonamenten en estructures basades en infermeria (*nurse-led heart failure clinics*)
- Dedicació temporal amplia al mateix pacient
- Proximitat física i possibilitat d' establir una forta transferència amb el pacient
- Possibilitat de conèixer en profunditat els aspectes de salut, hàbits de vida, entorn social i familiar del pacient i modificar els aspectes negatius per a millorar l' autocura a traves de la educació
- Proximitat física al mateix en l' entorn de l' hospitalització i en l' entorn del domicili que li permet actuar com a receptor i vehiculitzar de forma òptima la informació procedent dels diversos equips que intervenen en la gestió del pacient (hospital – primària).

Protocol de Coordinació i Pla Operatiu del PIC-HM/SLB

Objectiu General

- Definir els circuits dels pacients amb IC en l' àmbit d' atenció primària (SAP Litoral) i la seva interrelació amb la UIC de l' Hospital del Mar
- Adaptar l' experiència del protocol PREALT com a instrument per a definir els processos i circuits que han de seguir els pacients amb Insuficiència Cardíaca donats d' alta de l' Hospital del Mar i que requereixen :
 - seguiment a causa de la IC per part dels equips d' atenció primària
 - actuació coordinada entre els equips d' atenció primària i la UIC Multidisciplinària de l' IMAS
 - seguiment inicial a càrrec de la UIC de l' Hospital del Mar

Objectius Específics

Objectius Organitzatius

- Recollir els objectius de base formulats al protocol marc del PREALT adaptats a la línia específica de la IC i del nostre territori que comprenen els districtes de Ciutat Vella i Sant Martí per assegurar els fluxos de pacients amb IC a nivell d' AP del SAP Litoral i els pacients amb IC hospitalitzats a l' Hospital del Mar per tal d' assegurar la continuïtat assistencial :
 - establir vies de comunicació fluides i estables entre els professionals de l' atenció primària i l' atenció hospitalària d' aguts
 - planificació de l' alta des de l' ingrés en pacients amb IC susceptibles de requerir seguiment per part de l' atenció domiciliària
 - notificar amb 24/48 h d' antelació l'alta hospitalària als equips d' atenció primària
 - contacte dels equips d' atenció primària amb el pacient i/o cuidadors a les 24/48 hores de l' alta
 - transmissió de la informació i establiment de la connexió entre infermeria especialitzada en IC a nivell de la UIC i infermeria d' AP, a través d' infermeres de connexió , tant pel pacient fràgil com per al pacient no complicat
 - definir els procés per als pacients inicialment atesos a nivell d' AP
- Crear formalment (reconeixement oficial per part dels equips directius de l' IMAS i els SAP de l' àrea) i consolidar el PIC-HM/SLB com a estructura funcional que integra en el nostre territori
 - la UIC Multidisciplinària del IMAS (UIC Servei de Cardiologia & Altres serveis amb IC com UGA)
 - els equips d' infermeria de l' atenció domiciliària, gestores de casos, infermeres de l' UBA dels Districtes de Ciutat Vella i Sant Martí
 - metges de família dels ABS dels Districtes de Ciutat Vella i Sant Martí
- Definir l' organigrama del programa identificant de forma nominal tots els professionals implicats, els responsables i coordinadors en cada un dels nivells assistencials i dins de cada equip
- Establir el protocol organitzatiu i assistencial fruit del consens entre tots els nivells assistencials de la UFICMI incloent:
 - població diana
 - criteris inclusió i exclusió

- identificació en l' organigrama dels professionals implicats
 - procediment de planificació de l' alta hospitalària
 - mecanismes de coordinació (circuitos)
 - vies de comunicació (telèfon, fax, email, informes d' alta, espai web) incloent la possibilitat de trobades periòdiques presencials per monitoritzar la evolució del protocol
 - definir els procediments de maneig i seguiment de l' atenció primària en pacients que requereixen atenció a domicili
- Establir un programa formatiu per als equips d' infermeria d' atenció primària en els aspectes específics del pacient amb IC (tallers formatius)
 - Definir un calendari per :
 - l' elaboració del protocol definitiu
 - els tallers formatius
 - la execució del protocol
 - Estudiar la inclusió en un futur de :
 - pacients tributaris de seguiment per atenció primària que puguin combinar un seguiment mixt (atenció domiciliària i atenció presencial al EAP per part del metge de família)
 - pacients sense un ingrés recent per IC

Objectius Assistencials

Pacients atesos inicialment a AP

- descriure els circuits per als pacients amb IC inicialment atesos a AP
- definir els criteris per diferenciar els circuits en funció de
 - necessitat de centrar l' atenció en domicili
 - criteris de gravetat
- establir els processos per al diagnòstic en cas de descompensació de la IC
- millorar el diagnòstic i maneig terapèutic dels pacients amb IC
- reduir l' hospitalització
- millorar el pronòstic
- millorar la qualitat de vida i la satisfacció dels pacients
- consolidar uns mecanismes de comunicació eficients i estables entre els nivells assistencials
- assegurar la continuïtat assistencial entre nivells

Pacients atesos inicialment durant l' hospitalització

- Definir abans de l' alta els elements per assolir una adequada continuïtat assistencial
- Detecció precoç de pacients amb dades de fragilitat i amb altres criteris de inclusió al programa d' IC durant la seva hospitalització
- Reduir l' estada hospitalària i el reingrés en pacients amb IC especialment en aquells amb dades de fragilitat i en els tributaris de tractament pal·liatiu
- Millorar la Qualitat de Vida dels Pacients amb IC
- Posar les condicions idònies per a evitar el reingrés del pacient a través de :
 - En aspectes relacionats amb la IC pròpiament
 - pla diagnòstic adequat a les característiques del pacient

- planificació de l'alta
 - altres tractaments
 - educació en la IC (fomentar l' autocura) a nivell domiciliari
 - ajust de tractament diürètic (regim flexible de diürètics)
 - fisioteràpia i rehabilitació cardíaca a nivell domiciliari
 - detecció precoç i tractament de la descompensació a nivell domiciliari
 - coordinació per part l' equip d' infermeria d' atenció domiciliària amb el metge de família i la UIC en cas de descompensació que precisi atenció centrada en domicili o puntualment a l' Hospital de Dia de la UIC i així evitar freqüentació a urgències, hospitalització o proves complementàries no necessàries
 - establir les bases per protocol per a un tractament de la IC basat en l' evidència
- o En els aspectes socials i de comorbiditat
- adequar el suport social a les necessitats dels pacient
 - assegurar la continuïtat assistencial adequada al pacient
 - poder oferir tractament pal·liatiu domiciliari en pacients amb fase terminal de la malaltia
 - poder oferir assistència domiciliària per part d' altres professionals de la salut a part de les infermeres d' atenció domiciliària i els metges de família (geriatres, fisioterapeutes)

Àmbits de la Intervenció del PIC-HM/SLB

Identificació de les Unitats Assistencials Hospitalàries

criteris per a la selecció dels Serveis Hospitalaris :

La intervenció multidisciplinària que proposem es aplicable a tots els pacients hospitalitzats per IC però especialment als ubicats en aquells Serveis que formen part de la UIC Multidisciplinària especificats en el seu protocol.

Això obeeix, a la necessitat d' una activitat assistencial molt coordinada entre serveis molt implicats en el procés i que permeti la identificació i intervenció sobre pacients amb IC cosa que només es pot garantir en l' àmbit de Serveis que formen part de l' Equip Multidisciplinari de la UIC de l' IMAS.

Això no exclou que pacients amb IC ingressats en altres serveis puguin ser inclosos sempre que aquests siguin avaluats per algun membre de la UICM (facultatiu de cardiologia, facultatiu de la UGA o infermera de connexió (PCA o enllaç).

Serveis Hospitalaris Seleccionats :

- Servei de Cardiologia
- Unitat de Geriatria d' Aguts
- Servei d' Urgències

Identificació de l' Àmbit Territorial i dels EAP

Criteris per a la Selecció de les ABS a nivell d' Atenció Primària :

Els criteris per a que un ABS sigui seleccionat són tots els següents:

- ABS que es comprometí a integrar-se al PIC-HM/SLB
- ABS que disposi de l' estructura d' equips requerida per aquest projecte (equips d' atenció domiciliària, gestora de casos)
- ABS ubicats en el SAP Litoral de Barcelona

Malgrat això, es podrà estudiar la inclusió en un futur de pacients tributaris de seguiment per atenció primària que puguin combinar un seguiment mixt (atenció domiciliària i atenció presencial al EAP per part del metge de família), pacients sense un ingrés recent per IC i pacients procedents d' ingrés en un altre hospital d' aguts.

Identificació dels Responsables del PIC-HM/SLB

Cal la implicació de professionals que siguin els responsables de l' aplicació del protocol a nivell hospitalari i a nivell d' atenció primària, motiu pel qual se'ls ha de dotar de capacitat executiva.

Més enllà dels responsables del projecte global, cal designar responsables executius de l' aplicació del protocol del PIC-HM/SLB tant a nivell hospitalari com a nivell d' atenció primària.

Aquests responsables executius hauran de ser identificats nominalment (veure organigrama), i seran accessibles motiu pel qual facilitaràn:

- diverses formes de contacte
- horari de contacte
- substituïts en cas d' absència
- forma de localització del substituït

En el tractament de dades que es porti a terme per part dels responsables d' aquest projecte i la resta de membres del PIC-HM/SLB en tots els nivells assistencials es farà en base al compliment del que estableix l' apartat 6 de l' article 7 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal i, en especial, el deure al secret professional a que es refereix l' esmentat precepte i en relació a l' article 11 de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d' informació concernent a la salut, a l' autonomia dels pacient, i a la documentació clínica (DOGC núm. 3303).

Organigrama dels Professionals Implicats en el Projecte

PROGRAMA D' INSUFICIÈNCIA CARDÍACA

Responsables del Projecte: Equip Humà

- Servei Coordinador del Projecte: Servei de Cardiologia (Unitat d' Insuficiència Cardíaca)
 - Coordinador del Projecte: Dr. Josep Comín Colet
 - Membres de l' Equip de la Unitat d' Insuficiència Cardíaca:
 - Coordinador General del Servei: Dr. Jordi Bruguera Cortada
 - Facultatius de la Unitat d' Insuficiència Cardíaca:
 - Dr. Josep Comín Colet
 - Dra. Sonia Ruiz
 - Dr. Marcelo Rizzo (*becari del Servei de Cardiologia*)
 - Infermeria de la Unitat d' Insuficiència Cardíaca UIC):

- Infermera de l' Hospital de Dia de la UIC: Sra. Blanca Garcia
- Infermera Coordinadora de l' Equip de la UIC: Sra. Neus Badosa (*Becaria del Servei de Cardiologia*)
- Infermeria de la sala de Cardiologia:
 - Cap d' Àrea: Sra. Nuria Pujolar
 - Equip d' Infermeria de Sala de cardiologia (Nuria Rodriguez, Maite Valls, Laura Oller, Consol Ivern, Yessica Advíncula, Yolanda Castillo)
- Serveis i Equips Col·laboradors:
 - Servei de Rehabilitació:
 - Coordinador del Servei: Dr. F. Escalada
 - Facultatiu col·laborador del servei de rehabilitació: Dra. E. Marco
 - Equip de Fisioteràpia i Treballadora Ocupacional: Victoria Arias, Montserrat Batllo, David Rodriguez, Nohora Rueda
 - Treball Social : Montse Roig
 - Equip de Nutrició i Diabetes:
 - Coordinador Servei: Dr. Cano
 - Equip de treball:
 - Dra. Juana Flores
 - Dietista-Nutricionista
 - Equip de Psiquiatria-Psicologia
 - Coordinador: Dr. Bulbena
 - Equip de treball:
 - Metge psiquiatre
 - Psicòleg clínic
 - Unitat de Neuropsicologia
 - Coordinació : Dr. J. Peña
 - Equip de Neuropsicòlegs:
 - Sònia Quiñones
 - Gonzalo Sanchez
 - Aida M^a Cuenca
- Serveis de Suport
 - Servei de Geriatria:
 - Coordinació: Dr. Cervera
 - Equip de UFIS de geriatria
 - Unitat de Geriatria d' Aguts: Dra. O. Sabartés
 - Equip de Cures Pal·liatives
 - Infermera de Connexió amb AP:
 - Infermera PCA
 - Infermera d' Enllaç d' Atenció Primària: Lola Mendoza
 - Responsable del Projecte Prealt: Dra. C. Iniesta i Dra. M. Claret
 - Coordinació del Programa d' Insuficiència Cardíaca amb Atenció Primària: Director de Processos Assistencials Dr. Josep Davins

El protocol i pla operatiu que s' exposa a continuació recull tots els aspectes necessaris per a dur a terme aquesta línia específica d' atenció als pacients amb IC. Inicialment

abordarem la **visió del pacient amb IC des de l' UIC de l' Hospital del Mar** per a posteriori definir la **visió des d' AP**.

Protocol de Coordinació i Pla Operatiu del PIC-HM/SLB. Intervenció des de l' UIC de l' Hospital del Mar

Població Diana

En general considerem població diana tots aquells pacients ingressats per IC, fent diferència entre 2 grans tipus de pacients:

- aquells en els que es preveu un seguiment inicial a la UIC Hospitalària (1 any)
- aquells en els que el seguiment en l' àmbit de la UIC hospitalària no és possible o té una elevada probabilitat de fracassar

Pacients Aptes per Seguiment Inicial a la UIC Hospitalària

- Criteris
 - autonomia preservada
 - suport social òptim
 - autonomia relativament afectada però recuperable amb intervenció (rehabilitació, convalsència) no tributaris d' us continuat de transport sanitari per venir als controls
 - suport social subòptim però corregible amb intervenció social
- Moments en els que es connecten inicialment els nivells
 - abans de l' alta hospitalària
 - abans de l' alta del seguiment a la UIC hospitalària
 - en cas de precisar nova avaluació en l' àmbit hospitalari (Hospital de Dia) després de l' alta de la UIC Hospitalària
- Tasques genèriques de la infermera de connexió
 - valoració conjunta amb la infermera de la UIC en els aspectes de
 - necessitats educatives
 - necessitats físiques (de la malaltia i el seu tractament)
 - necessitats psicosocials
 - establiment d' un informe d' alta d' infermeria que conjuntament amb l' informe mèdic esdevingui una "minitrujectòria" per transmetre a AP:
 - la informació obtinguda de la valoració del pacient conjuntament entre la infermera coordinadora de la intervenció de l' equip multidisciplinari i la infermera de connexió amb AP
 - les intervencions realitzades
 - mèdiques (informe mèdic)
 - educatives
 - suport social
 - rehabilitació física)
 - les intervencions pendents de monitoritzar per tal que es completin en aquests àmbits
 - orientar als receptors sobre els objectius de la seva assistència a nivell d' AP en l' àmbit mèdic (informe mèdic) i en d' infermeria (alta d' infermeria)
 - formes de contacte amb l' equip hospitalari
 - facilitar la connexió bidireccional entre la infermera de la UIC i la infermera de la UBA (o les de ATDOM o les Gestores de casos)

Pacients Tributaris de Controls Preferentment a nivell d' Atenció Basada en Domicili

Criteris d' Inclusió

Les característiques que generalment identifiquen aquest subgrup de pacients amb IC són :

- Pacients amb criteris de fragilitat
- Pacients amb IC en fase terminal
- Pacients amb necessitat de cures (multiulcerats, portadors de sondatges) assumibles per atenció primària
- Pacients amb necessitat de tractaments que precisin supervisió (a part dels específics de la IC com Insulina o Sintrom) quan no poden desplaçar-se al centre de salut
- Reducció de l' autonomia (limitació funcional marcada)
- Barreres arquitectòniques
- Problemàtica social corregible amb un mínim suport

De forma més específica, es considerarà com a candidat a la inclusió TOTS els pacients amb IC, especialment (però no exclusivament) d' edat avançada (>80 anys), ingressats a càrrec del Servei de Cardiologia, de la Unitat de Geriatria d' Aguts o altres serveis que puguin acollir pacients amb IC, i que compleixin algun dels següents criteris:

- Comorbilitat significativa (altres malalties concomitants cròniques que hagin condicionat un ingrés hospitalari en els últims 12 mesos)
- Alteració cognitiva
- Barreres arquitectòniques en el domicili que dificultin accedir als centres de salut
- Limitació de la deambulació severa (per la IC molt simptomàtica o per problemes motrius d'origen neurològic o osteoarticular) que dificultin l' accés a centres de salut
- Dependència per les activitats bàsiques de vida diària (Barthel)
- Necessitat d' ajuda freqüent per a la realització de les activitats de vida diària instrumentals (comprar, anar a buscar receptes) ja sigui per problemes cognitius, funcionals (dispnea, limitació a la marxa), afectius (depressió) o sensorials (audició o visió molt afectades)
- Presència d' altres síndromes geriàtriques com desnutrició i caigudes de repetició
- Criteris de pacient amb IC en situació terminal :
 - Classe funcional IV persistent
 - Absència de resposta al tractament convencional òptim intensiu (refractarietat)
 - Baix nivell de QOL per la IC
 - Reingressos i descompensacions freqüents en els últims 3 mesos
 - Criteris suggestius de progressió de la malaltia
 - Biològics: deteriorament de la funció renal persistent, anèmia
 - Funcionals: empitjorament de la capacitat funcional objectiva (CF NYHA, 6MWT, VO2 pic), de la funció ventricular o dependència per a >2 activitats bàsiques de la vida diària
 - De pronòstic: marcadors convencionals de mal pronòstic en la IC en termes de morbimortalitat
 - Nutricionals: caquèxia cardíaca, pèrdua ponderal >10% en 6 mesos, albúmina menor de 2,5 mg/dL
 - Per consens fruit de la discussió del cas en l' àmbit del servei de Cardiologia i en l' àmbit de l' equip multidisciplinari (sessió de l' equip multidisciplinari): aquest criteri és en qualsevol cas IMPRESCINDIBLE
- Necessitat de cures a domicili en pacients:
 - multiulcerats
 - portadors de sondatges

- postquirúrgics
- postraumàtics
- necessitat de tractaments que precisin supervisió (a part dels específics de la IC com Insulina o Sintrom) quan no poden desplaçar-se al centre de salut

Criteris d' Exclusió

- Pacients amb risc social*
 - persona amb dependència
 - que viu sola
 - que viu amb família amb capacitat limitada de suport per
 - edat
 - malaltia
 - disminució
 - que viu amb família amb dificultat d' assumir la responsabilitat del malalt per motius
 - laborals
 - càrregues familiars
 - esgotament
 - altres limitacions personals
- Pacients amb necessitat de cures que precisin
 - > 1 hora
 - la participació d' un altre professional
 - freqüència menor a 12 h
- No acceptació del pacient i/o família o cuidador
- Pacient assignat a un ABS fora de la influència de l' Hospital del Mar**
- Pacient que pugui rebre un seguiment presencial a l' ABS o a l' Hospital de Dia de la UIC de l' Hospital del Mar**
- Pacient sense ingressos recents per IC**

*En pacients amb dades de risc social que siguin corregibles amb una intervenció dels serveis socials (treballador social) i sempre que l' atenció primària consideri assumible l' alta domiciliària, es podrà contemplar la seva inclusió al protocol.

** Malgrat aquests criteris, es podrà estudiar la inclusió en un futur de pacients tributaris de seguiment per atenció primària que puguin combinar un seguiment mixt (atenció domiciliària i atenció presencial al EAP per part del metge de família), pacients sense un ingrés recent per IC i pacients procedents d' ingrés en un altre hospital d' aguts.

Moments en els que es connecten inicialment els nivells

- abans de l' alta hospitalària
- en cas de precisar nova avaluació PUNTUAL en l' àmbit hospitalari (Hospital de Dia) després de l' alta de la UIC Hospitalària (potenciar la connexió amb el cardiòleg referent a cada EAP)

Tasques genèriques de la infermera de connexió

- valoració conjunta amb la infermera de la UIC en els aspectes de
 - necessitats educatives
 - necessitats físiques (de la malaltia i el seu tractament)
 - necessitats psicosocials
 - establiment d' un informe d' alta d' infermeria que conjuntament amb l' informe mèdic esdevingui una "minitrujectòria" per transmetre a AP:
 - la informació obtinguda de la valoració del pacient conjuntament entre la infermera coordinadora de la intervenció de l' equip multidisciplinari i la infermera de connexió amb AP
 - les intervencions realitzades

- mèdiques (informe mèdic)
 - educatives
 - suport social
 - rehabilitació física)
 - les intervencions pendents de monitoritzar per tal que es completin en aquests àmbits
 - orientar als receptors sobre els objectius de la seva assistència a nivell d' AP en l' àmbit mèdic (informe mèdic) i en d' infermeria (alta d' infermeria)
 - formes de contacte amb l' equip hospitalari
- facilitar la connexió bidireccional entre la infermera de la UIC i la infermera de la UBA (o les de ATDOM o les Gestores de casos)

Eines i Canals de Comunicació

- EINES
 - Informe d' alta d' infermeria & mèdic
 - Trajectòria conjunta implícita en l' informe d' alta d' infermeria
 - Comunicació Persona-Persona
- CANALS
 - telèfon
 - email
 - web
 - fax
 - trobades presencials

Circuit Intern a Nivell Hospitalari

El procés que es segueix per a Identificació dels casos Inclusió al protocol Activació del mecanisme de coordinació amb atenció primària està descrit en el protocol de coordinació dels equips que constitueixen la UIC Multidisciplinària de l' Hospital del Mar, que és la estructura funcional assistencial que avaluarà els possibles candidats a ser inclosos en el PIC-HM/SLB i que està descrit en detall en el document *"Protocol per a la Integració d' Equips Multidisciplinaris en l' Àmbit de la Unitat d' Insuficiència Cardíaca i la Seva Coordinació per Equips d' Infermeria"* .

A tall de resum, exposem les línies específiques d' aquest protocol pel que fa a la seva integració amb el protocol del PIC-HM/SLB.

Descripció Intervenció Multidisciplinària a Nivell Hospitalari: Sistemàtica de l' Avaluació i Criteris d' Activació dels Equips

El procés de avaluació dels pacients candidats al projecte específic per a IC i el procés de treball en la resta de pacients amb IC formen part del mateix protocol assistencial que articula la intervenció de l' equip multidisciplinari basada en infermeria sobre aquests pacients.

No es possible desenvolupar una intervenció sobre el pacient amb IC a nivell domiciliari ni posar les bases per coordinar l' alta amb AP si no existeix una estructura funcional sòlida intrahospitalària com la UIC Multidisciplinària de l' IMAS que detecti els pacients de forma sistemàtica i que està representada en el *"Protocol per a la Integració d' Equips Multidisciplinaris en l' Àmbit de la Unitat d' Insuficiència Cardíaca i la Seva Coordinació per Equips d' Infermeria"* .

Sistemàtica de l' Avaluació dels Pacients Hospitalitzats per IC per a la Seva Inclusió al PIC-HM/SLB: Planificació de l' Alta Hospitalària

El procés de planificació de l' alta és un conjunt d' accions organitzades que no es pot fragmentar d' acord amb el recurs assistencial al que és adreçat el pacient després de l' alta hospitalària.

Les necessitats del pacient en el moment de l' alta conduiran a l' activació dels diferents circuits en funció dels recursos assistencial més adient per continuar l' atenció del pacient. Per tant, el que canviarà serà el recurs al que es derivarà el pacient d' acord amb les seves necessitats i la informació per garantir la continuïtat assistencial. En el procés de planificació de l' alta s' identifiquen diferents fases:

- Avaluació Inicial i Detecció de la Població Diana
- Avaluació Durant l' Hospitalització
- Preparació de l' Alta

AVALUACIÓ INICIAL I DETECCIÓ DE LA POBLACIÓ DIANA

Aquesta avaluació s' hauria d' iniciar dintre de les primeres 48 hores de l' ingrés hospitalari : idealment, l' activació del procés es produeix de forma automàtica tant bon punt la infermera de la sala detecta un nou ingrés per IC i es basa en una TRAJECTÒRIA ESPECÍFICA PER AL PACIENT AMB IC.

Malgrat això, sovint el diagnòstic que figura al full d' ingrés no es correcte de forma que la seqüència d' activació que proposem passa per la intervenció de la infermera coordinadora de l' Equip Multidisciplinari a nivell de Cardiologia (EMD) que a través del seguiment diari dels ingressos a cardiologia i estant en contacte amb el facultatiu de la UIC activa i monitoritza tot el procés mitjançant els següents passos:

- detecció del nou pacient amb IC assignat al equip de la UIC les primeres 24 hores de l' ingrés
- promou l' execució de la trajectòria d' IC amb la infermera del pacient
- registre del procés d' intervenció en la trajectòria
- es comunica a l' equip de neuropsicologia la presència d' un nou pacient amb IC (l' equip de neuropsicologia contactarà de forma sistemàtica, periòdica i espontània amb la infermera coordinadora per a detectar nous casos de IC) .

Simultàniament, l' equip de neuropsicologia inicia l' avaluació cognitiva i funcional del pacient al mateix temps que la infermera de sala en aplicació de la trajectòria d' infermeria realitza les següents tasques:

- Avalua amb tests específics al pacient però també mitjançant l' entrevista d' infermeria
- Efectua l' avaluació d' infermeria en diverses sessions (si la sessió del equip multidisciplinari és imminent farà una avaluació inicial no exhaustiva per a poder comentar-la en la sessió i en un segon terme, anirà completant l' avaluació)
 - Situació social del pacient
 - qüestionari de suport social de Duke
 - funció familiar d' Apgar
 - entrevista estructurada basada en el Oars Social Resources Scale
 - Qualitat de vida per la IC
 - Nivell d' Autocura (Self Care Behaviour Scale)
 - Dependència
 - Fragilitat (Barber)

- L' equip de neuropsicologia comparteix la informació fruit de la seva avaluació amb la infermera de sala i la infermera coordinadora qui la posarà en comú amb el facultatiu de la UIC

Un cop realitzada la avaluació d' infermeria, l' avaluació neuropsicològica i amb la informació mèdica del pacient procedent del facultatiu de la UIC, la infermera de la sala pot activar la intervenció de la resta d' equips de la UIC.

La data d'activació de cada equip i la data d' execució de cada intervenció activada s' hauria de registrar en els fulls d' infermeria.

A efectes pràctics, l' activació sempre es realitzarà donant curs a una sol·licitud estandar d' interconsulta seguint un model específic que es pot consultar en els arxivadors de la unitat 02, on figura la UNITAT D' INSUFICIÈNCIA CARDIACA com a servei que consulta i que serà redactada pel facultatiu de la UIC, per la pròpia infermera responsable del pacient o per la infermera coordinadora qui en últim terme sempre supervisa la execució de la trajectòria, aglutina la informació procedents dels equips de suport i actua com a interlocutor entre aquests i el nucli de cardiologia de la UIC

Amb la intervenció d' aquests equips es persegueix posar les bases (recuperació funcional, continuïtat assistencial en el millor dels escenaris pel pacient) per a mantenir un alt nivell d' autocura (adherència als tractaments i detecció precoç de la descompensació) i minimitzar el risc de reingrés .

El conjunt dels equips obtindran informació sobre la situació funcional del pacient, la necessitat de cures (si calen) i la valoració del risc social.

Aquesta informació, no només cal obtenir-la d' entrada si no que caldrà actualitzar-la durant l' hospitalització.

AVALUACIÓ DURANT L' HOSPITALITZACIÓ: SESSIÓ CONJUNTA DELS EQUIPS DE LA UIC

L' instrument bàsic de comunicació dels equips de la UIC en aquest procés d' avaluació inicial i continuada, a part de contacte sistemàtic personal, la tasca de la coordinadora i la trajectòria d' infermeria, es la sessió conjunta dels equips de la UIC.

- Funció de la Sessió de l' Equip Multidisciplinari de la UIC

Els punts claus per a la intervenció en pacients amb IC són fonamentalment dos:

- la individualització del maneig (en aspectes mèdics, socials, de suport i d' altres)
- la comunicació efectiva entre els professionals i equips que duren a terme la seva intervenció.

La funció, per tant, de les sessions de l' equip multidisciplinari, es permetre un moment de proximitat física entre tots els professionals implicats en el maneig del pacient amb IC per tal de posar en comú la perspectiva de cada un d'ells i , d'aquesta posada en comú, dissenyar una intervenció global adequada per a cada pacient (necessitats per assegurar la continuïtat assistencial i planificació de l' alta), elements també aplicables per a casos complexos atesos ja de forma ambulatoria a la UIC o AP.

- Sistemàtica de la Sessió

Descrites amb detall al "*Protocol per a la Integració d' Equips Multidisciplinaris en l' Àmbit de la Unitat d' Insuficiència Cardíaca i la Seva Coordinació per Equips d' Infermeria*", les sessions, tal i com es van fent en l' actualitat, són setmanals, tenen una

durada total de < 1 hora i es duen a terme a l' espai de treball ubicat entre les unitats 02 i 04.

Estan coordinades pel facultatiu de la UIC encara que aquesta tasca pot ser desenvolupada també per la infermera coordinadora de la UIC a nivell hospitalari.

En la primera part de la sessió, el facultatiu de la UIC requereix a la resta de l' equip la informació pacient per pacient amb la següent sistemàtica:

- Resum mèdic de la patologia (tipus, causa, situació clínica i perspectives del quadre d' IC motiu d' ingrés) que motiva l' ingrés del pacient (facultatiu UIC)
- Situació familiar i nivell de suport social del pacient (Infermera coordinadora o infermera responsable del pacient) basant-se en el comentari del resultats dels tests de funció familiar, nivell de suport social i entrevista estructurada (inspirada en els ítems de la Oars Social Resources Scale)
- Nivell d' autonomia i dependència (Infermera coordinadora o infermera responsable del pacient)
- Nivell d'autocura en la IC i nivell de qualitat de vida determinat per la IC (Infermera coordinadora o infermera responsable del pacient) basant-se en el comentari del resultats dels tests d' autocura i de qualitat de vida específics de la IC.
- Situació funcional i cognitiva del pacient (psicòleg de neuropsicologia) resultat de l' avaluació funcional i cognitiva (MMSE, SKT i altres a criteri dels neuropsicòlegs)
- Estat funcional actual i progressió de l' estat funcional amb rehabilitació intrahospitalària (fisioterapeuta)
- Aportacions de la infermera del Hospital de Dia en aquells pacients ja controlats prèviament en la UIC i de la infermera de recerca si el pacient es inclòs en algun protocol de recerca

En la segona part de la sessió, el facultatiu de la UIC planteja cas per cas fent un breu resum de les conclusions obtingudes en la primera meitat i demana la opinió fruit de l'avaluació realitzada per la infermera de connexió amb AP (infermera de PCA o d' enllaç) i de la resta del equip (UFIS geriatría, assistent social, equip de pal·liatius) quan la seva presència ha estat requerida.

En aquesta fase, es concretarà el pla para cada uns dels pacients i s' activaran les intervencions que es creuin oportunes definint qui les durà a terme.

Aquest moment de la sessió és idoni per:

- Comentar els pacients tant ingressats a Cardiologia, Urgències o la UGA candidats al PIC-HM/SLB
- Comentar els pacients ingressats a la UGA que requereixin avaluació del Cardiòleg de la UIC
- Comentar els pacients controlats a la UIC ambulatoriament que siguin tributaris d' intervenció multidisciplinària o de aprofundir en la connexió amb AP

L' assistència a la sessió es necessària sempre per part dels següents professionals:

- Facultatius UIC de Sala/Hospital de Dia
- Infermera Cap d' Àrea de Cardiologia
- Infermera d' enllaç o PCA
- Infermera especialista en IC i coordinadora del procés multidisciplinari
- Infermera de Sala de Cardiologia
- Infermera especialista en IC de l' Hospital de Dia
- Equip Neuropsicologia
- Fisioterapeuta
- Infermera de recerca

Per a la resta de professionals, es requereix la seva assistència sempre que es produeixin alguna de les següents circumstàncies:

- quan s' hagi demanat la seva intervenció (un cop hagin rebut la interconsulta i l' hagin o no duta a terme, acudirán a la sessió de forma espontània, sense esperar una convocatòria específica)
- sense que hagin hagut de valorar cap pacient, quan algun membre de l'equip els ho demani per tal de comentar algun cas (la petició de participació la rebran verbalment o via e-mail)
- quan algun membre de la UGA vulgui comentar algun cas
- sempre que algun pacient de la UGA hagi estat valorat pel facultatiu de la UIC, es requerirà l' assistència del facultatiu Geriatra amb especial interès en IC de la UGA per a la discussió del cas.

Al respecte, es important que tots els membres de l' equip multidisciplinari de la UIC tinguin present la sessió setmanal i hi participin de forma regular i activa per a promoure una alt grau de sinergia entre els equips que conformen la UIC, ja que d' aquesta participació en surten beneficiats els pacients.

Les conclusions referents a les intervencions a dur a terme en cada pacient es registraran en una base de dades consultable en xarxa i que mantindrà actualitzada la infermera coordinadora.

PLANIFICACIÓ FINAL DE L' ALTA

La planificació de l' alta, s' ha de realitzar al menys amb 48 hores d' antelació a la data prevista d' alta i ha de ser pactada internament en conjunt amb el facultatiu de la UIC, la infermera de Sala, la infermera coordinadora de l' EMD i la infermera de connexió (en el sí de la sessió o fora d' ella) i externament amb els responsables de l' ABS de destí.

En aquest període, la infermera de connexió:

- actualitza la informació
 - funcional (Barthel)
 - social
 - de necessitat de cures
- comprova que el pacient compleix criteris d' inclusió
- comprova que no compleix criteris d' exclusió
- juntament amb l' equip de sala comunica la inclusió en el circuit específic per a la IC al pacient i/o familiar/cuidador
- activa els mecanismes de coordinació i comunicació amb l' atenció primària
- executa la transmissió de tota la informació a l' equip del ABS :
 - alta mèdica
 - alta infermeria
 - trajectòria entre nivells
- coordina l' entrada en contacte de la infermera de l' ABS i la infermera especialista en IC coordinadora de l' EMD

Bases de la Preparació de l' alta per part d' infermeria de la sala d' hospitalització en pacients amb IC:

- abans de 48 hores de l' alta, el facultatiu facilita el tractament que durà el pacient a casa
- la infermera culmina el protocol educatiu intrahospitalari si no ho ha fet abans:
 - lliura el material educatiu i l' explica detalladament
 - realitza la sessió educativa

- explica el tractament a l' alta
- comprova la comprensió de l' explicació
- la infermera responsable del pacient efectua una alta d' infermeria breu dirigida a l' equip receptor, supervisada per la infermera coordinadora de l' EMD i la de connexió
- avisa a la infermera de l' Hospital de Dia i la hi presenta (fonamental en previsió de una potencial derivació domicili-hospital de Dia de la UIC en cas de descompensació que requereixi avaluació hospitalària pels pacients tributaris d' ATDOM i per a facilitar la transferència en els que seguiran controls a l' Hospital de Dia)
- la infermera de connexió coordinarà la comunicació entre la infermera d' AP i la infermera coordinadora de l' EMD:
 - connexió directa si es segueix el model d' infermera d' enllaç que es desplaça a l' hospital + transmissió posterior de informació es farà a través de l' alta mèdica i l' alta d' infermeria (*minitrajèctòria*), a través del mètode tradicional (fax) o, quan estigui disponible, a través d' internet (espai web)/e-mail
 - quan no sigui possible la relació directa, la transmissió bàsica de la informació es completarà telefònicament entre les infermeres implicades
- la infermera coordinadora de l' EMD es responsabilitza de transmetre tota la informació concernent al pacient a la infermera de connexió amb AP incloent el contingut de la educació realitzada, els recursos socials pendents d' implementar i el pla de seguiment del pacient tant si és un pacient per ATDOM com si el pacient seguirà controls a la UIC
- per a pacients inclosos en protocols de recerca, la infermera de sala avisarà a la infermera de recerca sobre la data d' alta per si cal planificar algun seguiment
- la infermera coordinadora comprova que tota la informació està recollida en el quadern de recollida de dades

Activació i Sol·licitud d' Intervenció dels Equips a Nivell Intrahospitalari per Part d' Infermeria

Per a activar els diversos equips i per a tenir un criteri homogeni s' han proposat diversos criteris que es desglossen de forma detallada en el "*Protocol per a la Integració d' Equips Multidisciplinaris en l' Àmbit de la Unitat d' Insuficiència Cardíaca i la Seva Coordinació per Equips d' Infermeria*". De forma molt resumida exposem aquests criteris.

EQUIP DE FISIOTERÀPIA

Es sol·licitarà la intervenció de l' equip de fisioteràpia SEMPRE excepte en pacients amb una autonomia absolutament preservada a l' ingrés.

L' objectiu bàsic de la seva intervenció és intentar recuperar al màxim funcionalment al pacient abans de l' alta reduint l' estada i evitant la utilització d' altres recursos hospitalaris convalsència i posar les bases per completar la recuperació amb rehabilitació domiciliària en els casos en que estigui indicat.

TREBALLADORA SOCIAL

En pacients amb criteris per a la sol·licitud de valoració per part de l' equip de la UFIS de Geriatria, la valoració social serà realitzada per la treballadora social d' aquest equip.

En pacients on la manca de suport social o familiar és una barrera per a l' èxit de la intervenció de la UIC, l' objectiu de la intervenció per part dels serveis socials és posar a l' abast del pacient el personal de suport necessari (educadors i treballadors socials) que puguin assegurar un nivell d'autocura adequat en el pacient (supervisió del compliment terapèutic, supervisió de l' estat clínic, co-receptor de la intervenció educativa, gestió de les visites): es fonamental que quan la treballadora social activi aquests recursos, les infermeres d' AP monitoritzin la seva execució i es promogui que aquests rebin la formació adient per preservar l' autocura ja sigui per part de les infermeres especialistes en IC com les infermeres d' AP ja degudament formades per això amb tallers impartits per membres de la UIC Hospitalària. Al respecte es promourà la formació de les treballadores socials de l' àrea amb tallers sobre les necessitats dels pacient amb IC per part de membres amb IC.

EQUIP DE GERIATRIA (UFIS)

Els criteris d' activació de la valoració per part de l' Equip de UFIS de Geriatria estan exposats en l' apartat població diana. En general, el pacients que per motius de fragilitat, dependència o altres criteris precisin estada a convalsència o altres recursos con llarga estada, són els pacients idonis al respecte.

EQUIP DE CURES PAL·LIATIVES

Els criteris d' activació de la valoració per part de l' Equip de Cures Pal·liatives són els exposats en la definició de Pacient Terminal inclosa a l' apartat corresponent on es defineix la Població Diana.

Continuïtat assistencial en el moment de l' alta del pacient ambulatori que era controlat preferentment a la UIC hospitalària

Després de la intervenció per part de la UIC hospitalària en pacients amb IC que postalta han seguit controls a la UIC, es imprescindible establir de nou comunicació amb AP.

Bàsicament, es donaran d' alta els pacients següents:

Després de l' intervenció a l' HDIA els pacients seguiran els següents destins alta a AP i atenció especialitzada (cardióleg referent d' AP) si compleixen les següents condicions

- Després intervenció Hospital de Dia (als tres mesos postalta)(compleixen TOTES)
 - funció sistòlica preservada
 - CF I-II
 - absència de descompensacions durant el seguiment a HDIA
 - bon nivell d'autocura

- Després intervenció al CAR3 (1any post alta hospitalària) a aquells pacients amb les següents característiques (una de les 2 primeres i totes les 3 finals)
 - funció sistòlica preservada
 - disfunció sistòlica & CF I-II
 - absència de descompensacions durant el seguiment al CAR3
 - bon nivell d'autocura
 - pacients no candidats a dispositius

La comunicació amb AP es farà amb:

- Breu informe mèdic i d' infermeria que es lliurarà al pacient
- A més en pacients amb major grau de complexitat pel maneig o per l' entorn psicosocial, s' establirà una comunicació directa amb la infermera d' AP a través de la infermera de connexió amb AP

S' insistirà en aquests pacients que en cas de descompensació, a banda de consultar al seu metge de família o infermera d' AP, poden acudir a l' Hospital de Dia per nova valoració.

Protocol de Coordinació i Pla Operatiu del PIC-HM/SLB. Intervenció des d' Atenció Primària del SAP Litoral de Barcelona

Els protagonistes de la gestió de la IC a nivell d' AP són els metges de família, les infermeres de les UBA i les infermeres d' enllaç. La seva feina ha de coordinar-se de forma activa per tal d' implicar al màxim amb el cardiòleg referent de cada EAP i a la resta de dispositius disponibles, tal com *Call Center*, Gestores de Casos y Equips d' Atenció Domiciliària.

Aquest Programa d' Insuficiència Cardíaca és aplicable als pacients amb un DIAGNÒSTIC INEQUÍVOC d' IC, és a dir, presència de criteris clínics i de funció suggestius d' IC i confirmació del diagnòstic (mitjançant consulta o consultoria) amb el Cardiòleg referent.

Els pacients amb dispnea a estudi sense diagnòstic confirmat tal i com es comenta més amunt o que havent patit IC prèvia presenten dispnea sense que el component IC en justifiqui el quadre actual, es regiran pel procés corresponent decidit per AP .

Població Diana i Circuits des d' AP

En general considerem població diana tots aquells pacients amb diagnòstic CERT d' IC. Això implica símptomes i signes suggestius d' IC, evidència d' alteració funcional miocàrdica i avaluació per part del cardiòleg referent d' AP ja sigui en forma de consultoria o de consulta.

En aquells casos que estigui indicat a criteri d' AP, tant si els pacients seguiràn controls a AP o finalment a la UIC, es procedirà a **contactar amb el Call Center** per a estimular l' autocura

En funció del tipus de pacient, es definiran diversos circuits:

- **Pacient amb funció sistòlica preservada, absència de fragilitat (necessitat d' atenció a domicili) i classe funcional I-IIIa**
 - Avaluació inicial pel metge de família
 - Consens en quant al diagnòstic i tractament amb el cardiòleg referent amb consultoria
- **Pacient amb disfunció sistòlica (FEVE<45%), absència de fragilitat (necessitat d' atenció a domicili)**

- Tots aquests pacients precisaran de valoració amb consulta amb el cardiòleg referent d' atenció primària
- El maneig posterior es discutirà conjuntament entre el cardiòleg i el metge de família i infermera d' AP
- **Pacient fràgil que precisa atenció centrada en domicili**
 - La valoració serà realitzada pel metge de família o la infermera d' AP qui podrà sol·licitar el concurs de les infermeres gestores de casos o infermeres referents per la IC a nivell d' AP i es contrastarà l' actuació amb el cardiòleg referent mitjançant consultoria
 - En aquests casos, a través de la infermera de connexió amb AP es podrà realitzar la consultoria directament amb l' equip mèdic de la UIC (web)
 - Es podrà valorar en casos molt especials, una visita puntual a nivell de l' Hospital de Dia sempre que es suposi un canvi significatiu del maneig segons les troballes en la mateixa, fent-se el contacte també a través de la infermera de connexió
 - En pacients ja coneguts per la UIC, la possibilitat de valoració es farà de forma més flexible
- **Pacients amb criteris de mal pronòstic**
 - Es defineixen com criteris de mal pronòstic
 - CF IIIb-IV
 - dificultat per a titular els fàrmacs neurohormonals per intolerància
 - candidats a trasplantament cardíac
 - sospita de cardiopatia valvular o isquèmica de base susceptible de correcció
 - candidats a dispositius
 - reingressos múltiples a urgències
 - Tots aquests pacients seran sempre valorats pel cardiòleg referent en forma de consulta
 - Aquest podrà valorar la idoneïtat de derivar al pacient a la UIC (Hospital de Dia) per a fer el seu seguiment
 - El contacte serà directe entre el cardiòleg i la infermera de l' Hospital de Dia, qui programarà una visita en menys de 7 dies
- **Pacient descompensat**
 - Els pacients que **segueixen controls a la UIC o els han seguit**, podran **solicitar ells mateixos** ser atesos a l' **Hospital de Dia** o mitjançant una trucada per part de la infermera d' AP o el metge de família a la infermera de l' Hospital de Dia
 - En aquest supòsit (derivació no espontània sinó mediada per AP) especialment quan existeixin dubtes sobre si realment el pacient està descompensat cal contactar amb el cardiòleg de la UIC deixant un telèfon de contacte per a que pugui ser utilitzat pel cardiòleg de la UIC
 - Els pacients descompensats amb possibilitat de **control amb increment de fàrmacs orals**, seràn avaluat pel metge de família tant en la seva consulta com a domicili
 - Els pacients amb **necessitat de correcció de la descompensació mitjançant tractament parenteral** seran derivats a **urgències**
 - el metge de família o la infermera d' AP pot establir contacte amb la UIC en el mateix moment de la derivació
 - la funció del contacte es assegurar una valoració abans de l' alta o l' ingrés per l' equip de cardiologia (de guàrdia, qui podrà activar la valoració de l' equip de la UIC si es confirma el diagnòstic)
 - El contacte es pot establir
 - a través la infermera d' enllaç (via preferent)
 - via telefònica (através de qualsevol de les dues infermeres de la UIC, preferentment la de l' Hospital de Dia)

- a través de l' email uic@hospitaldelmar.org
- a través de la web
- Es recomana en l' informe de derivació **solicitar la valoració per part del cardiòleg de guardia (consulta o consultoria)** i que s' ha establert o establirà contacte amb la UIC
- En els pacients en que a criteri del cardiòleg de guàrdia cal una valoració un cop estable per part dels membres de la UIC, es comunicarà al metge de família o infermera d' AP (via email o en casos complexos, via infermera de connexió amb AP) el pla del pacient, deixant la via oberta per futures comunicacions

Seguiment i Avaluació del Projecte de PIC-HM/SLB

Per al seguiment es proposa la recollida prospectiva de les dades dels pacients i la informació referent als esdeveniments que experimenten, per part de la infermera de connexió amb AP i les infermeres d' AP

Pot ser una aportació positiva la trobada periòdica entre els líders del procés (infermeria de la UIC, infermera de connexió amb AP, gestores de casos i infermeres referents per a la IC a nivell d' AP) i els gestors a nivell d' hospital i AP per tal de monitoritzar el correcte desenvolupament del projecte, i ajustar les disfuncions que hi sorgeixin.

L' avaluació del projecte es realitzarà recollint la següent informació:

- Població i Cobertura del projecte per a la IC
 - Pacients i episodis inclosos
 - Distribució dels pacients i episodis per serveis hospitalaris i ABS
- Avaluació del Procés
 - Interval de temps entre la notificació a l' atenció primària i el moment de l' alta efectiva (>48 h / entre 24-48 h / <24 h)
 - Informació bàsica per a la continuïtat de l' atenció del malalt a domicili (informes d' alta mèdica i alta d' infermeria)
 - Interval de temps entre l' alta efectiva i el primer contacte amb l' atenció primària (>48 h / entre 24-48 h / <24 h)
 - Índex i temps de resposta en la consultoria, i consulta tant al cardiòleg referent com amb la UIC
 - Ús dels canals de comunicació
- Avaluació dels Resultats
 - Satisfacció usuaris
 - Satisfacció dels professionals
 - Impacte en la hospitalització (reingrés, número de reingressos, estades hospitalàries, consultes a urgències)
 - Impacte sobre la mortalitat
 - Impacte a l' atenció primària de la salut – atenció domiciliària
 - Qualitat de vida dels pacients inclosos
 - Nivell d' autocura dels pacients i entorn familiar
 - Adequació del tractament i maneig a les guies d' actuació clínica