

Anexo 3. Identificación de las acciones realizadas.

A continuación, se exponen los procesos priorizados y las actuaciones derivadas de los mismos.

Procesos priorizados	Descripción	Acciones e intervenciones de coordinación asistencial realizadas
# 1 Proceso de atención intrahospitalaria y transición al alta de los pacientes con ic comunitaria	El objetivo de este proceso es la mejora de la planificación y coordinación del alta entre hospitalización y atención primaria en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca (IC) como diagnóstico principal en alta. Para mejorar el proceso en esta fase de transición es necesario llevar a cabo una serie de acciones durante la fase de hospitalización y durante la fase post-alta inmediata que implican a profesionales hospitalarios y comunitarios. Esta fase de atención es crítica y define el período de mayor vulnerabilidad del paciente en cuanto al riesgo de reingreso y mortalidad.	1.1 Intervención intrahospitalaria – Detección universal de los pacientes con IC – Verificación del diagnóstico sindrómico, etiológico y funcional. Verificación estabilidad clínica y hemodinámica – Evaluación integral psicosocial y determinación del cuidador competente – Planificación del alta con enfermería intra-hospitalaria y de atención primaria con modelo presencial y TICs – Transmisión documental y electrónica del plan de seguimiento del caso y ámbito de seguimiento. – Intervención educativa y empoderamiento del paciente/cuidador en la fase intrahospitalaria Ámbito de intervención: Cualquier área de hospitalización con pacientes con IC. Incluye urgencias de >12 horas, Unidad Corta Estancia, Cardiología Medicina Interna y dispositivos socio-sanitarios que acojan en régimen de subagudos pacientes provenientes de estas áreas
		1.2 Intervención extrahospitalaria y comunitaria Visita precoz post-alta en menos de 7 días centrada en enfermería y ejecutada mediante check-list de evaluación de calidad asistencial que asegure: – Estabilización clínica – Reconocimiento de los signos de alarma de reingreso – Efectos adversos de los tratamientos o complicaciones de la hospitalización – Adecuación terapéutica y conciliación de los tratamientos, – Enlace con dispositivo y equipo para el seguimiento estructurado en la fase vulnerable hasta 6 meses post alta Ámbito de intervención: Atención Primaria: Equipos de cronicidad (gestión de casos de enfermería en coordinación con unidades básicas asistenciales y otros dispositivos de soporte). Equipos de atención primaria (Unidad básica asistencial) Atención Hospitalaria: Unidad Comunitaria de IC (hospital de día y otros dispositivos hospitalarios).
# 2 Seguimiento estructurado en la	La fase vulnerable post-alta se extiende entre los 3 y 6 meses después del alta hospitalaria. En esta fase definimos 3 perfiles de pacientes tributarios de seguimiento estructurado y planificado tal y como se recomienda en los documentos de	Según la estratificación de riesgo del paciente y criterios de severidad de la condición cardíaca y la presencia de fragilidad se establecen 2 vías clínicas por pacientes de alto riesgo y 1 por pacientes de riesgo moderado.

fase vulnerable post-alta	consenso. Se planifican tres modalidades de seguimiento convencional en la fase vulnerable según el perfil de paciente. Este seguimiento estructurado se plantea de forma planificada, incluye intervenciones educativas y rehabilitadoras, de optimización terapéutica, intervenciones de monitorización de complicaciones, tiene unos criterios de entrada y unos de salida y planifica la transición avanzada del paciente al final de seguimiento (entre 3 y 6 meses después del alta) hacia otro dispositivo asistencial. Las vías clínicas se acompañan de materiales de soporte (protocolos, algoritmos, check-lists, escalas de evaluación).	Planificación de atención estructurada en fase vulnerable para pacientes de alto riesgo: - Creación de vía clínica de seguimiento estructurado liderado por los dispositivos de base hospitalaria (Unidad multidisciplinar de IC). - Creación de vía clínica de seguimiento estructurado en pacientes PCC/MACA en fase vulnerable liderado por los equipos de cronicidad de atención primaria. Planificación de atención estructurada en fase vulnerable para pacientes de riesgo intermedio: - Creación de vía clínica de seguimiento estructurado liderado por los equipos de atención primaria y cardiología comunitaria (UBA, referentes de enfermedad cardiovascular y cardiólogos de zona).
# 3 Proceso de educación sanitaria de los pacientes y cuidadores y rehabilitación funcional	El proceso educación sanitaria y empoderamiento de los pacientes y cuidadores debe formar parte de la fase intra-hospitalaria y del seguimiento estructurado en todos los niveles asistenciales. Debe estar liderada por enfermería. Se propone la implementación de un nuevo modelo de proceso educativo en los pacientes con insuficiencia cardíaca basado en aproximación motivacional y en nuevos roles como el paciente experto, el grupo y la interacción comunitaria (farmacia comunitaria, sistemas de tele-alarma como agentes educadores). Éste es al mismo tiempo un proceso operativo y estratégico. Habrá que fijar unos objetivos, definir las necesidades formativas de los profesionales, hacer un mapa de recursos y diseñar un plan de acción. Esta intervención constituirá una de las líneas estratégicas. Integrar la rehabilitación funcional y cardíaca a lo largo del continuo asistencial durante todo el proceso de atención al paciente con IC comunitaria es un objetivo estratégico.	- Definición de materiales educativos: guía de pacientes, guía de ejercicios, libreta de control, guía de control de líquidos, guía educativa sobre la enfermedad. - Definir el rol educativo de los profesionales de enfermería con inclusión estructurada en cada vía clínica de los diferentes elementos. - Definir elementos de evaluación del contenido educativo: test de autocuidado, cuestionarios específicos. - Integración con otros elementos disponibles en el territorio: (programa del paciente experto)
# 4 Proceso de atención a la ic refractaria o recurrente	En este proceso diferenciamos el proceso de atención a la descompensación (recurrencia) del proceso de atención estructurada al paciente en situación de IC refractaria.	4.1. Acciones del proceso de atención a la descompensación Definición para cada paciente qué dispositivo de atención será el preferente en caso de recaída con la filosofía de que este dispositivo sea, en la medida de lo posible, una alternativa a la hospitalización convencional. Esto obliga a hacer un mapa de recursos al respecto para integrar todos los dispositivos ya existentes (HdD, CUAP, GdC, SEVIAC, otros recursos ACUT, unidades de subagudos, Unidad de Corta Estancia de Urgencias, HAD). Realización de vía clínica específica para cada entorno. 4.2. Proceso de atención a la IC refractaria El proceso atención a la IC refractaria o recurrente está pensado para los pacientes que ya optimizados presentan congestión o bajo caudal recurrente o refractario. Incluye los procesos de IC avanzada y atención de fin de vida y cuidados paliativos. Por este proceso, que debería servir para seguir a un

		grupo de pacientes “cautivos” (es decir, que no pueden ser transicionados a otro nivel de seguimiento de menor intensidad porque no están estables) en base a una vía clínica específica.
#5 Proceso de integración con long term management	Se propone la definición (ya existente en otros ámbitos de la Atención Primaria) de un proceso atención estructurada compartida entre el cardiólogo de zona y los médicos y enfermeras de familia después de la transición de la fase vulnerable a la de estabilidad o manejo en largo plazo (long-term management). Se busca realizar una transición suave de los pacientes con IC comunitaria que han estado en un seguimiento intensivo post-alta por parte de los dispositivos del hospital, dispositivos de cronicidad o bien ya estaban en seguimiento estructurado coordinado por el referente de enfermedad cardiovascular del centro.	Reordenación de herramientas disponibles en el territorio (Plan integrado de cuidados o PIIC, las hojas de monitorización, las Guías de Práctica Clínica Informatizadas del eCAP y la gestión de estas herramientas desde la Inteligencia Activa del eCAP). Creación de un grupo de trabajo específico que defina el proceso, las necesidades formativas, la adecuación de agendas a estas tareas, el rol de la enfermería, del médico, del cardiólogo y de los referentes en este seguimiento así como el evaluación de indicadores de proceso y resultados.
#6 Proceso diagnóstico de la IC	Este proceso, triangula la actividad entre el médico de primaria, el referente del centro, el cardiólogo de zona mediante visita virtual del paciente y cesión de parte de la cartera de servicios al médico referente para apoyar el proceso de diagnóstico. Desde la perspectiva del cardiólogo incorpora el ecocardiograma en la visita para aumentar la resolución del proceso diagnóstico y gestiona con el médico referente la incorporación de los casos confirmados en el proceso de atención estructurada en fase vulnerable.	Definir una nueva trayectoria de evaluación hospitalaria de la sospecha diagnóstica de insuficiencia cardíaca, que además incluya (y revise) los criterios de manejo y ubicación que ahora constan en la Ruta Asistencial. Incorporar a los referentes del servicio de urgencias y de la Unidad de Corta Estancia en el equipo de la Programa de IC. Definir una nueva trayectoria de evaluación comunitaria de la sospecha diagnóstica de insuficiencia cardíaca, trabajando conjuntamente en el ámbito de los Equipos de cardiología. En ambos procesos se propone un algoritmo diagnóstico que incorpora el uso de péptidos natriuréticos en alguno de los momentos y la auditoría del proceso de diagnóstico de la IC en atención primaria y proceso de mejora del diagnóstico en la IC hospitalaria para evaluar los cambios implantados.
#7 Proceso de integración con el proceso de atención a la ic de alta complejidad e integración con proceso de atención al final de vida.	Dentro de las vías clínicas de seguimiento estructurado se incluirán los ítems que permitan una adecuada coordinación con los procesos de atención avanzada en la IC que incluyen: 1) la identificación de los pacientes tributarios de resincronización cardíaca o prevención de muerte súbita con implantación de DAI, 2) adscripción de los pacientes tributarios a evaluación de terapias avanzadas (TC, soporte circulatorio mecánica, 3) pacientes tributarios de estudio y seguimiento por la unidad de miocardiopatías y 4) pacientes tributarios de atención paliativa.	Establecer vías clínicas y circuitos que permitan definir algortimos y protocolos de manejo de los pacientes tributarios de atención avanzada y/o paliativa Explorar los dispositivos asistenciales implicados. Revisión de vigencia, adecuación e implementación real de las propuestas de la Ruta Asistencial previa y proponer elementos de mejora.