



ARTÍCULO ESPECIAL

Capítulo 10. Indicadores de calidad en la atención de pacientes con falla cardiaca



Adriana Torres

Departamento de Cardiología, Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia

Recibido el 16 de noviembre de 2015; aceptado el 12 de enero de 2016

Disponible en Internet el 1 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia
cardiaca;
Pronóstico;
Estudios de
seguimiento

Resumen La implementación de estrategias de atención como algoritmos, listas de chequeo e indicadores pretende reducir las variaciones en la práctica y mejorar los resultados de la atención en salud.

Objetivo: Presentar los indicadores más importantes de calidad que deben implementarse en la atención de los pacientes con falla cardiaca para lograr programas de excelencia.

Metodología: Se realizó una revisión de la literatura disponible.

Conclusión: La calidad de la atención en las Unidades de Falla Cardiaca depende de la capacitación de su personal, de atender el número de pacientes suficientes para mantener las competencias del equipo, de su estructura multidisciplinaria y del registro de indicadores al alta hospitalaria y del seguimiento de los pacientes.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Cardiac failure;
Prognosis;
Follow-up studies

Chapter 10. Quality indicators in the care of patients with heart failure

Abstract Care strategies such as algorithms, checklists and indicators are implemented in order to reduce variations in practice and to improve healthcare results.

Objective: To present the most important quality indicators to implement in the care of heart failure patients to achieve programmes of excellence.

Methodology: A review of the available literature was undertaken.

Conclusion: The quality of care in heart failure units depends on the training of their personnel, on attending a sufficient number of patients in order to maintain the team's skills, on their multidisciplinary structure and on the indicator registry on hospital discharge, and on patient follow-up.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correo electrónico: tornnav@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.012>

0120-5633/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La implementación de estrategias de atención como algoritmos, listas de chequeo e indicadores pretende reducir las variaciones en la práctica y mejorar los resultados de la atención en salud¹⁻³. Por tanto, la utilización óptima de recursos es primordial y para ello es importante determinar qué componentes de una intervención son efectivos a largo plazo con el fin de lograr programas ajustados a nuestra realidad y sostenibles^{4,5}. Previamente se vieron los componentes de una unidad de falla cardiaca; sin embargo, el continuo de la atención inicia en la hospitalización en la cual también debe haber unas características que determinan la calidad de la atención (tabla 1).

Elementos de la unidad

La calidad de la atención en las Unidades de Falla Cardiaca depende igualmente de la capacitación de su personal y de atender el número de pacientes suficientes para mantener las competencias del equipo^{6,7}. De esta forma, un

Tabla 1 Medidas de calidad al alta hospitalaria de un paciente con falla cardiaca

Ítem	
Instrucciones al alta	<ul style="list-style-type: none"> • Cita de control • Teléfono de contacto
Educación	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta y restricción hidrosalina • Medicación • Monitorización de peso • Signos de alarma y cómo contactar
Medición de la fracción de eyección	Debe consignarse en el resumen de alta
Uso de IECA o ARA II	En caso de no uso justificar la razón
Clase funcional/Nivel de actividad física	Utilizar clasificación de la NYHA

Tabla 2 Indicadores de calidad

Tipo	Nombre	Numerador	Denominador
Cobertura	Cobertura	Número de pacientes incluidos en el programa	Número de pacientes identificados para ingresar al programa
Continuidad	Continuidad	Número de pacientes que han consultado en el último mes al programa	Número total de pacientes del programa desde su inicio
Impacto	Descompensaciones	Número de pacientes del programa que han presentado descompensación	Número total de pacientes del programa desde su inicio
	Altas del programa en metas	Número de pacientes que regresan a la red primaria por cumplir metas de clase funcional, titulación y educación que pertenecen al programa	Número total de pacientes del programa desde su inicio
	Reingresos hospitalarios relacionados con la patología que controla el programa	Número de pacientes que re-ingresaron a hospitalización por la patología que controla el programa y que pertenecen a este	Número total de pacientes del programa desde su inicio
	Consulta por servicio de urgencias	Número de pacientes que asisten al servicio de urgencias por descompensación de patología que controla el programa	Número total de pacientes del programa
	Mortalidad	Número de pacientes del programa que mueren	Número total de pacientes del programa desde su inicio
	Titulación	Número de pacientes que superaron el 50% de la dosis de betabloqueante que se encuentran en el programa	Número total de pacientes del programa desde su inicio
	Educación	Número de pacientes que recibieron al menos el 50% de sesiones educativas estipuladas en el programa y que se encuentran en este	Número total de pacientes del programa con alteración de la FEV desde su inicio

programa multidisciplinar debe atender un mínimo de cincuenta pacientes al mes y contar con:

1. Una enfermera especializada.
2. Un médico Cardiólogo que coordine el manejo de los pacientes y que dedique un 50% de su tiempo a falla cardíaca o sea especialista en el tema.
3. Un programa educativo para pacientes y cuidadores acerca de insuficiencia cardíaca.
4. Participación de los pacientes en el control de los síntomas y el uso de diuréticos (régimen flexible de diuréticos-peso diario).
5. Seguimiento después del alta y acceso a la atención a través de consultas prioritarias.
6. Programa estructurado de seguimiento programado para titulación de medicamentos.
7. Evaluación de la respuesta al tratamiento (escalas de riesgo).
8. Presentación periódica de indicadores.
9. Juntas médicas para decisiones de manejo avanzado (tabla 2).

Responsabilidad de los aseguradores

La calidad de la atención no depende exclusivamente de los prestadores de servicios de salud, depende, en gran parte, de los aseguradores que son quienes deben velar y asegurar la máxima calidad de la atención para sus pacientes. Por tanto las EPS deben contar con los siguientes parámetros:

1. Una estrategia de acceso rápido a atención primaria en caso de que el paciente no sea direccionado a una unidad multidisciplinaria después de un egreso por descompensación (plazo máximo de siete días)
2. Tiempo de remisión después de hospitalización al médico especialista o a una unidad multidisciplinaria no mayor a quince días.
3. Entrega segura de medicación antes del alta hospitalaria; esta debe estar completa y ajustarse a la formulación emitida por el especialista. Así mismo, dar continuidad a la medicación ambulatoria cumpliendo con los cambios de dosis que genera la titulación.
4. Un plan de autorizaciones expedidas a la IPS que brinda los servicios de Unidad de Falla Cardíaca para consulta prioritaria, consulta de titulación y consultas de educación.

Conclusión

Como se ha visto hasta ahora, la atención del paciente con falla cardíaca depende de la continuidad de la atención, de

la conexión y la buena comunicación de los hospitales con los aseguradores y de estos a la vez con su red de atención primaria^{8,9}; así mismo de los pacientes y sus familias quienes deben exigir una atención adecuada y comprometerse con su autocuidado, y finalmente de nosotros como parte de unidades multidisciplinarias, de continuar apoyando la formación de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que intervengan en el cuidado de pacientes con falla cardíaca.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. McDonagh T, Blue L, Clark A, Dahlstrom U, Ekman I, Lainscak M, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *Eur J Heart Fail.* 2011;13:235–41.
2. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med.* 1995;2:1190–5.
3. ClineCM, Israelsson BYA, Willenheimer RB, Broms K, Erhardt LR. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. *Heart.* 1998;80:442–6.
4. Jaarsma T, Halfens R, Abu-Saad HH, Dracup K, Gorgels T, van Ree J. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *Eur Heart J.* 1999;20:673–82.
5. Stewart S, Pearson S, Horowitz JD. Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care. *Arch Intern Med.* 1998;158:1067–72.
6. Serxner S, Miyaji M, Jeffords J. Congestive heart failure disease management study: a patient education intervention. *Prev Manage Congest Heart Fail.* 1998;4:23–8.
7. Rich MW, Vinson JM, Sperry JC, Shah AS, Spinner LR, Chung MK, et al. Prevention of readmission in elderly patients with congestive heart failure: results of a prospective, randomized pilot study. *J Gen Intern Med.* 1993;8:585–90.
8. Gwady-Sridhar FH, Flintoft V, Lee DS, Lee H, Guyatt GH. A systematic review and meta-analysis of studies comparing readmission rates and mortality rates in patients with heart failure. *Arch Intern Med.* 2004;164:2315–20, 22.
9. Howlett J, Mann O, Baillie R, Hatheway R, Svendsen A, Benoit R, et al. Heart failure clinics are associated with clinical benefit in both tertiary and community care settings: Data from the Improving Cardiovascular Outcomes in Nova Scotia (ICONS) registry. *Can J Cardiol.* 2009;25:e306–11.