



MEMORIA DEL AÑO 2023

PROGRAMA UMIPIC-RV (UNIDAD DE MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA - RIESGO VASCULAR) DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA



Autor: Dr. Antonio Espino Montoro

**UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC) DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA (HURS)**

Fecha: enero 2024

COMPOSICIÓN ACTUAL DE LA UMIPIC-RV del HURS 2023

1. **Antonio Espino Montoro. Coordinador de la UMIPIC-RV. FEA de M. Interna. Profesor asociado de la UCO. Vocal de Docencia e Investigación y Socio de Honor de la Sociedad Andaluza de HTA y Riesgo Vascular.**
2. María Dolores Adarraga Cansino. FEA de M. Interna.
3. José Nicolás Alcalá Pedrajas. FEA de M. Interna.
4. Alberto Díaz Cáceres. MIR de Medicina Interna
5. **José López Miranda. Jefe de Servicio y Director de la UGC de M. Interna. Catedrático de Medicina.**
6. Purificación Durán García. Enfermera Experta en IC. Hospital de Día UMIPIC-RV
7. Joaquín Alfaya Tierno. Supervisor de Enfermería de la UMIPIC-RV.
8. **M^a Ángeles Turrado Muñoz. Jefa de Bloque de Medicina Interna.**

ÍNDICE

	PÁG.
1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	4
A. Situación epidemiológica de la IC	4
B. Programas de gestión de enfermedades en IC	6
C. Papel del Internista en la IC	8
D. Papel de la enfermera experta en IC	9
E. Creación de la UMIPIC-RV en HURS	10
F. Resumen	11
G. Bibliografía	12
2. ÁMBITO DE APLICACIÓN	14
3. POBLACIÓN DIANA	14
A. Criterios de inclusión de pacientes susceptibles de seguimiento	14
B. Criterios de exclusión	15
C. Localización de las revisiones	15
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA UMIPIC-RV DEL HURS	16
5. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MODELO DE ATENCIÓN	16
6. ESTRUCTURA ACTUAL DE LA UMIPIC-RV	17
7. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE	21
8. RESULTADOS ACTIVIDAD EN LA UMIPIC-RV (MEMORIA AÑO 2023)	22
A. Volumen actividad y características de los pacientes	27
B. Resultados del autocuidado en IC realizados por enfermería	30
C. Informe de calidad vida de pacientes con IC que ingresan en el Programa UMIPIC-RV	31
D. Resultados de la actividad de enfermería en la UMIPIC-RV	33
E. Actividades de gestión médico-enfermera, así como pruebas complementarias y terapéuticas realizadas en la UMIPIC-RV a pacientes con IC durante el 2º semestre 2022 y 1º semestre 2023	34
F. Análisis de la mortalidad, reingresos < 30 días, < 90 días, < 180 días y < 365 días	35
G. Resultados en cuanto a reingresos y urgencias de los pacientes post-hospitalización y en seguimiento	36
H. Ahorro de estancias	39
I. Encuesta de satisfacción	41
J. Actividad investigadora	44
K. Actividad docente	46
L. Propuesta de mejora para el próximo año	48
9. CONCLUSIÓN FINAL (MEMORIA DEL AÑO 2023)	49

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

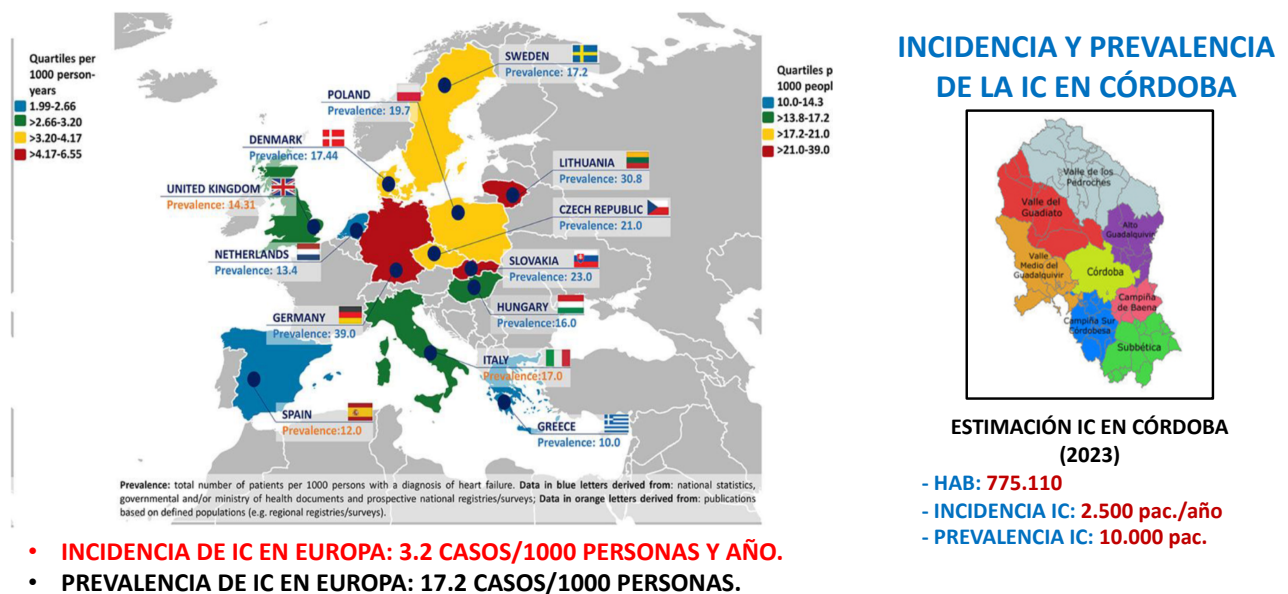
A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA.

La **Insuficiencia Cardíaca (IC)** fue descrita como una **emergencia epidémica** por la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace ya más de 25 años y se ha convertido en uno de los grandes problemas de salud pública, representando la principal causa de ingreso hospitalario en los servicios de Medicina Interna (MI). Hoy día, la IC supone un desafío urgente de sostenibilidad para los sistemas sanitarios del siglo XXI ya que la carga económica es significativa y la reducción del reingreso hospitalario debe ser un objetivo estratégico clave.

Distintos estudios nos indican que la prevalencia de la IC está aumentando debido al **envejecimiento progresivo de la población general, existencia de nuevas pruebas diagnósticas y mejores pautas terapéuticas** junto al **incremento en la prevalencia e incidencia de condiciones clínicas asociadas (comorbilidad)** lo cual ha conducido a un aumento en el número de pacientes. La existencia de una mayor morbilidad en el paciente con IC, así como el **avance en el ámbito sanitario tanto en aspectos diagnósticos como terapéuticos** (de indudable beneficio) supone un incremento del coste económico. Todo ello, nos está llevando en estos últimos años a un gran cambio en la manera de enfermar de los pacientes y nuestro modelo sanitario debe adaptarse para poder prestar una atención médica eficiente.

Esta inédita situación socio-sanitaria requiere de **nuevos modelos asistenciales o de gestión** que permitan mantener, e incluso mejorar, la calidad del servicio médico, sin incremento del gasto sanitario y que satisfaga al paciente. Existen varios grupos de procesos médicos en los que estas circunstancias acontecen especialmente, destacando la IC.

La incidencia media de IC en Europa es de 3.2 casos/1000 personas y año y la prevalencia se sitúa en unos 17.2 casos por cada 1000 personas y continúa creciendo. En individuos que tienen más de 65 años la incidencia llega al 11.8%. Se calcula que hasta el año 2030 la prevalencia de la enfermedad se incrementa en un 10% y hasta un 15% los años perdidos por discapacidad. En una persona con más de 55 años, el riesgo de desarrollar una IC en el resto de su vida es de un 30% y una de cada cinco personas podría padecer de IC en alguna etapa de su vida.



- **INCIDENCIA DE IC EN EUROPA: 3.2 CASOS/1000 PERSONAS Y AÑO.**
- **PREVALENCIA DE IC EN EUROPA: 17.2 CASOS/1000 PERSONAS.**

Figura 1. Incidencia y prevalencia de IC en Europa en los diferentes países.

Figura 2. Estimación en la incidencia y prevalencia de IC en Córdoba (2023)

Otro dato de interés es que, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, la tasa de mortalidad en esta enfermedad es muy alta tanto a nivel intrahospitalario como a medio y largo plazo, especialmente en los pacientes de edad avanzada. La mortalidad hospitalaria durante el primer ingreso es del 9.2%. A los 12 meses del diagnóstico van a fallecer un 7% de los pacientes estables y un 17% de los que han estado ingresados y 5 años después de la hospitalización entre el 50% y el 75%, superando a la mortalidad por algunos cánceres. Por ello, la IC ocupa hoy día la 3ª causa de muerte cardiovascular (CV), por detrás de la cardiopatía isquémica (CI) y la enfermedad cerebrovascular y es una de las principales enfermedades crónicas que se atiende en nuestro sistema sanitario.

Las hospitalizaciones por IC representan el 3-5% de la totalidad de los ingresos hospitalarios en los servicios de MI en pacientes mayores de 65 años. Es también la primera causa de reingresos no programados, sobre todo en mujeres. Es la única patología CV cuya tasa de hospitalizaciones está aumentando de forma muy marcada habiéndose elevado en los últimos 10 años un 45% como consecuencia de los reingresos. Los ingresos hospitalarios por IC aumentarán en un 50% en los próximos 25 años coincidente con el envejecimiento de la población por lo que hoy día es considerada una de las **epidemias del siglo XXI**.

Además, la IC tiene una alta tasa de reingresos a los 30 días (15-20%), duplicándose a los 3 meses y triplicándose al año. Por tanto, la mitad de ellos volverán a ser ingresados al menos 1 vez al año tras el diagnóstico siendo la mayoría de los reingresos por razones diferentes a la IC. Las características del enfermo con IC que reingresa son: predominio de sexo femenino, 2 de cada 3 pacientes mayores de 75 años y con una importante comorbilidad asociada.

Los reingresos potencialmente relacionados son aquellos ingresos urgentes que se producen en los 30 días siguientes a una hospitalización por IC debido a:

- posible recurrencia del episodio previo inicial.
- procesos sensibles a cuidados ambulatorios.
- descompensación aguda de otro problema crónico.
- problema médico o quirúrgico agudo relacionado con el episodio inicial.

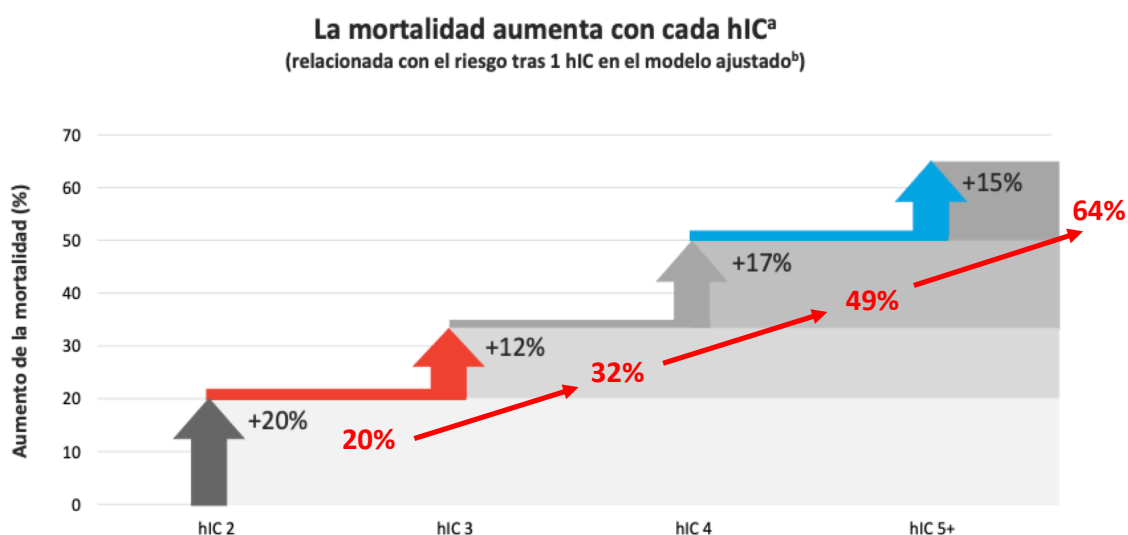


Figura 3. Incremento de la mortalidad por cada hospitalización por IC.

De forma tradicional, los ingresos hospitalarios se realizaban generalmente por una sola enfermedad. Hoy día, los pacientes ingresan por enfermedades crónicas con disfunción de múltiples órganos y/o sistemas junto a criterios de complejidad y ello hace que se acreciente la

problemática socio-sanitaria en el caso de la IC ya que cada vez más los pacientes con IC tienen mayor edad, con mayor frecuencia de reagudizaciones y visitas a urgencias y con importante comorbilidad (diabetes tipo 2, anemia, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, obesidad, cardiopatía isquémica, arritmias, etc.). Pero quizás lo peor de todo ello es que cada hospitalización por IC se asocia a un aumento progresivo en el riesgo de la mortalidad del paciente (20%, 32%, 49% y 64% tras el 2º, 3º, 4º y 5º o más ingresos, respectivamente).

El Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (HURS) es un centro de referencia regional con un alto volumen de ingresos por IC. Las tasas de reingresos se sitúan en torno al 40-50% al año. Aunque el pronóstico es desalentador, la atención y el apoyo adecuados pueden permitir a las personas con IC recuperar muchos años y calidad de vida. Se ha demostrado que la existencia de protocolos de atención para estos pacientes puede disminuir la tasa de hospitalizaciones en torno al 20-30% o incluso superior, estableciéndose el nivel teórico ideal de reingresos en un 10%.

Se estima que un 2-3% del gasto sanitario total es como consecuencia directa de la IC y más de las 2/3 partes del mismo son debidas a las hospitalizaciones.

Como consecuencia de todas estas razones y a pesar de los avances introducidos en el tratamiento de la IC en la última década, la morbimortalidad por esta causa no se ha reducido en la magnitud que se esperaba en los pacientes ancianos. La razón fundamental es **la carencia de una atención integral de la comorbilidad de estos pacientes y de un seguimiento estrecho**, sin el cual es imposible resolver con eficacia y diligencia las descompensaciones que presenta y conseguir una adecuada implementación terapéutica (el tratamiento óptimo requiere de la combinación de al menos 4 fármacos, cuya pauta se consigue tras varios meses de escalonamiento lentamente progresivo de la dosis).

Esta enorme prevalencia de pacientes ancianos crónicos con pluripatología e IC determina que en el momento actual constituyan uno de los principales problemas de hospitalización en los servicios de Medicina Interna.

B. PROGRAMAS DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES EN INSUFICIENCIA CARDIACA.

Para poder superar estas limitaciones en la práctica clínica y mejorar la implementación terapéutica, en los últimos 15 años se han propuesto y aplicado diferentes modelos de seguimiento en los pacientes con IC, englobados dentro de lo que se conoce genéricamente como programas de gestión de enfermedades (“disease management programs”) que en definitiva se basan en una atención multidisciplinaria y continuada a pacientes con enfermedades crónicas. El mejor modelo de la atención es un programa de gestión de la IC centrado en la persona que incluya apoyo para su autocuidado, atención preventiva y de rehabilitación, revisiones periódicas e intensificación en caso de empeoramiento clínico. De ahí que las diferentes sociedades científicas como son la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) realicen propuestas para la organización compartida de nuevos modelos de gestión en la atención al paciente con IC estableciendo nuevas rutas de atención para revertir esta situación y mejorar el pronóstico y calidad de vida de los enfermos con IC, así como para optimizar los recursos disponibles y hacer más eficiente su uso en forma de procesos o programas asistenciales dentro de las unidades. La justificación de la necesidad de programas UMIPIC-RV incluye aspectos epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y económicos.

Los retos actuales que enfrentan las unidades o programas de IC son múltiples, como son su generalización en el sistema sanitario, la incorporación de nuevas estrategias de gestión clínica y su integración real en los distintos niveles asistenciales implicados en la atención de los pacientes con IC. Por todo ello, es obligatorio un mayor desarrollo e implementación de estos

programas para afrontar uno de los mayores retos asistenciales y económicos actuales de los sistemas sanitarios, la IC.

La puesta en marcha de este programa responde a un principio de equilibrio entre 2 variables:

- Por un lado, las necesidades específicas de cada paciente: comorbilidades, implicación de la IC a todos los niveles, promoción de la figura del paciente experto, etc. Como en toda enfermedad crónica, es importante poner al paciente en el centro de todo el proceso y empoderarlo a través del autocuidado, donde tiene un papel fundamental la enfermería experta en IC durante la hospitalización o en el seguimiento desde consulta.

- Por otro lado, la configuración del sistema de salud: recursos disponibles, optimización de los mismos y las políticas administrativas.

En el caso concreto de la IC los **objetivos** del programa son:

- mejorar el cumplimiento terapéutico del médico y del paciente, según las guías de práctica clínica (GPC) establecidas y actualizadas.

- mejorar la calidad de vida del paciente.

- optimizar el tratamiento de las comorbilidades.

- evitar las hospitalizaciones en general y por descompensación de la IC.

- incrementar la supervivencia.

- reducir los costes asistenciales.

En cuanto a su **contenido**, el programa aplicado en la UMIPIC-RV tiene como característica común fundamental la educación, motivación y seguimiento del paciente, en estrecha relación con su entorno familiar.

Las **medidas** más eficaces son: educación sanitaria, autocuidado, optimización del tratamiento, seguimiento continuado y manejo diligente de los episodios de descompensación.

Los resultados obtenidos hasta ahora en diferentes estudios observacionales y aleatorizados demuestran que este tipo de programas de manejo de pacientes con IC dentro de la UMIPIC-RV, en comparación con la atención convencional, mejoran el cumplimiento terapéutico, reducen significativamente los ingresos por descompensación de la IC (entre el 35-90%) y disminuyen el número de visitas al servicio de urgencias con aumento de la supervivencia. En un metaanálisis que incluye más de 33 estudios clínicos controlados se demuestra una **reducción significativa de la mortalidad total (16%) y de las hospitalizaciones** (descenso del 14% de ingresos totales y del 31% por IC). En el año 2021 se publica en Revista Clínica Española un estudio realizado en 2862 pacientes de edad avanzada con IC y elevada comorbilidad donde comparan el programa UMIPIC frente al convencional con un seguimiento al mes y a los 12 meses concluyendo que la implementación del programa asistencial UMIPIC, basado en una atención integral y continuada por internistas y enfermería, disminuye significativamente los reingresos por IC (HR = 0.44) y la mortalidad total tras un episodio de hospitalización por IC (HR = 0.58) con NNT de 7-8.

Es importante resaltar que los **beneficios obtenidos se mantienen a largo plazo**, según algunos estudios, pero la **intervención debe ser continua**. Por tanto, la atención hospitalaria al paciente con IC debe ser un proceso asistencial integral, continuado y multidisciplinar creando un continuum asistencial y centrado en el paciente, **cambiando la hospitalización por el seguimiento en consultas** con el consiguiente ahorro sanitario.

En resumen, una actuación integral, precoz e intensa con una terapéutica óptima que controle los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en el paciente con IC reducirá sin ninguna duda la morbi-mortalidad tan elevada que tiene estos pacientes. Para ello es necesario nuevos modelos de gestión y de asistencia en el paciente con IC (como puede ser el programa UMIPIC-RV) que ha demostrado ser capaz de mejorar la calidad de vida y ahorrar costes siendo

considerado por las GPC actuales como recomendación de Clase IA. Además, todo ello nos va a permitir la realización de diagnósticos más certeros y evaluar acciones terapéuticas más eficientes que mejoren el pronóstico de estos pacientes que están clasificados en un grupo de alto riesgo evitando iatrogenia, futilidad y encarnizamiento y en los casos muy avanzados retirar la medicación (cuidados paliativos).

C. PAPEL DEL INTERNISTA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA.

El internista juega un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento del paciente con IC, especialmente en los ancianos y en los pacientes pluripatológicos con comorbilidades y polimedicados. El abordaje terapéutico del paciente anciano-frágil con IC es más complejo y no está bien detallado en las diferentes GPC ya que muchos estudios han excluido de los resultados farmacológicos a los pacientes de edades mayores, sobre todo por la comorbilidad, y en donde las monitorizaciones deben ser más estrechas, la optimización del tratamiento debe ser más lenta y es importante reducir la polifarmacia por el riesgo de eventos adversos con la ayuda de la familia/cuidador.

Además, la IC con fracción de eyección preservada (IC-FEP), que es el tipo de IC más frecuente que es atendida por el internista, es un síndrome muy heterogéneo y posiblemente no es sólo una enfermedad sino una colección de muchas comorbilidades que representa más del 50% del global de pacientes con IC y que dicho porcentaje está aumentando en los últimos años. Podríamos afirmar que la IC no sólo es un problema de corazón, sino que también es un síndrome vascular donde los FRCV (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad, síndrome metabólico, etc.) así como la disfunción endotelial van a condicionar parte del problema que conduce a la disrupción de la homeostasia del sistema cardiovascular. En definitiva, la comorbilidad no cardíaca (hipertensión arterial; enfermedad renal crónica; diabetes mellitus; EPOC y otras enfermedades pulmonares; anemia y déficit de hierro; enfermedad tiroidea; osteoporosis; psicofármacos; etc.) juega un papel más prominente en la patogénesis de la IC-FEP que la propia comorbilidad CV [cardiopatía isquémica; fibrilación auricular; enfermedad tromboembólica, etc.].

Junto a ello, es importante que exista una buena colaboración/comunicación/coordinación entre los servicios de cardiología y medicina interna a nivel hospitalario y hacerlo extensivo en una segunda fase a las unidades de atención primaria y urgencias (programas multidisciplinares) con el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad y la hospitalización por IC por medio de una coordinación asistencial, transferencia de información y la integración de servicios entre diferentes niveles de asistencia como son atención especializada y atención primaria.

¿Por qué el internista con formación avanzada en IC debe implicarse en la atención de pacientes con IC? Por varios motivos:

- En primer lugar, porque la IC es la principal causa de ingreso hospitalario en el Servicio de MI y más del 60% de los ingresos hospitalarios por IC de nuestro Hospital se producen en MI.
- En segundo lugar, los pacientes con IC de mayor edad tienen mucha comorbilidad (el 75% de ellos tienen 3 o más enfermedades crónicas) y el internista, por su formación holística, está capacitado para el seguimiento de estos pacientes. El paciente anciano con IC tiene unas características etiopatogénicas, epidemiológicas e incluso clínicas que difieren significativamente de las que se dan en el paciente más joven.
- En tercer lugar, en las últimas décadas la prevalencia de IC se ha desplazado paulatinamente hacia el grupo de más edad con una proporción cada vez mayor de muy ancianos y este paciente pluripatológico (PP) y frágil con IC genera una enorme demanda asistencial y es necesario programas específicos orientados a la atención de estos enfermos desde una

perspectiva de la atención integral y global que posee el internista. Muchos de estos pacientes, con cardiopatía de base mayoritariamente hipertensiva, función ventricular conservada y múltiple comorbilidad asociada no necesiten estudios invasivos cardiológicos. La atención más idónea de esta población debe estar centrada en internistas con la colaboración puntual de cardiólogos.

- En cuarto lugar, cada vez es más complejo el tratamiento de la IC y es necesario internistas con formación avanzada en IC para que los pacientes reciban un tratamiento óptimo, disponible y recomendado por las diferentes GPC, las cuales son actualizadas al menos cada 5 años. De esta forma, se mejorará el coste económico de la atención, que es muy elevado, y que se está incrementando, además de mejorar el pronóstico y calidad de vida del paciente con IC al optimizar recursos disponibles y hacer más eficiente su uso.

- Finalmente, **en el año 2016 se hizo una propuesta por la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) para la organización compartida de nuevos modelos de atención al paciente con IC en base a programas y unidades de IC. La SEMI denominó a estas unidades con el acrónimo UMIPIC (Unidad de Manejo Integral de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca) y actualmente se han implantado en 52 centros del territorio español.**

D. PAPEL DE LA ENFERMERA EXPERTA EN INSUFICIENCIA CARDIACA.

En IC, y más en concreto en el programa UMIPIC-RV, es importante poner al paciente en el centro de todo el proceso y empoderar tanto al paciente como a sus cuidadores, a través del autocuidado. En esta actividad, la enfermera experta en IC va a jugar un papel fundamental desde la hospitalización hasta el seguimiento a través de la consulta.

La UMIPIC-RV tiene como característica común fundamental la educación, motivación y seguimiento del paciente, en estrecha relación con su entorno familiar. Las medidas más eficaces serían: educación sanitaria, autocuidado, optimización del tratamiento, seguimiento continuado y manejo diligente de los episodios de descompensación.

El papel de la enfermera experta en IC dentro del programa UMIPIC-RV es:

1. Educación sanitaria orientada al autocuidado. Se lleva a cabo tanto en la consulta de enfermería como en la consulta médica, así como en aquellos pacientes ingresados que van a ser incluidos en el programa. La educación sanitaria se realiza después de historiar y valorar al paciente y cuidador, así como revisar el tratamiento que esté tomando. El objetivo de la educación sanitaria en IC es mejorar el autocuidado en sus tres dimensiones:

- Monitorización (proceso de observarse a sí mismo para detectar los cambios en los signos y síntomas). Incluye tanto la monitorización de los signos y síntomas propios de la enfermedad como de los efectos secundarios y adversos de la medicación.

- Automanejo (respuesta a los signos y síntomas cuando se producen). Incluye el ajuste de la medicación, administración de la medicación de rescate, ajuste de la actividad, ajuste de la dieta, solicitar ayuda y apoyo y saber cuándo ponerse en contacto con los servicios sanitarios.

- Mantenimiento (aquellos comportamientos utilizados por las personas con una enfermedad crónica para mantener la estabilidad física y emocional). Incluye mantener un estado nutricional óptimo, actividad física, actividad sexual, optimizar el estado psicológico, optimizar el sueño, adaptar viajes y ocio, vacunación y prevención de infecciones y no consumo de tabaco ni drogas.

2. Apoyo telefónico a los pacientes y cuidadores.

3. Atención precoz a los signos de alarma de forma independiente y si no es posible, contactar con el médico responsable del paciente.

4. Extracción de analíticas.

5. Toma de constantes, peso, talla, perímetro abdominal.
6. Realización de pruebas diagnósticas: electrocardiograma (ECG), ecocardiografía, Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA), AutoMedida de la Presión Arterial (AMPA) e Índice Tobillo-Brazo (ITB).
7. Administración de tratamientos en el Hospital de Día (HdD) UMIPIC-RV.
8. Atención en el HdD a los pacientes procedentes de la consulta médica que requieren de ingreso hospitalario mientras está disponible la cama para su ingreso.
9. Apoyo a la consulta médica realizando pruebas diagnósticas, toma de constantes y refuerzo de la educación sanitaria.
10. Citación de pacientes a consulta UMIPIC-RV.
11. Organización y preparación de la consulta médica y de enfermería.
12. Mantener actualizadas las bases de datos y registros.
13. Continuidad asistencial: revisión diaria de las altas hospitalarias de IC y comunicación a la enfermera gestora de casos de atención primaria.
14. Revisión de las pruebas complementarias y analíticas pendientes para detección de datos de alerta y comunicación al médico responsable.
15. Revisión de las teleconsultas y posterior comunicación al coordinador de la UMIPIC-RV para programar las citas.
16. Revisión de los pacientes del programa UMIPIC-RV ingresados para darle al alta una cita precoz.
17. Actividad docente: impartición de cursos sobre IC.
18. Actividad investigadora: participación en los estudios y registros de la UMIPIC-RV.

E. CREACIÓN DE LA UMIPIC-RV EN HURS.

Hace 11 años (2012), el Dr. Manuel Montero Pérez-Barquero inició la andadura con la creación de la primera consulta monográfica de IC en MI en el Hospital Provincial (HP) y posteriormente en el año 2016 se constituyó el primer esbozo de la UMIPIC, siguiendo las directrices de la SEMI, al ampliar la consulta monográfica con un Hospital de Día equipado de una enfermera experta en IC (D^a Purificación Durán García). A finales de diciembre de 2020 se jubila el Dr. Montero y a partir del 1 de enero de 2021 se nombra como **nuevo coordinador de la UMIPIC-RV** al **Dr. Antonio Espino Montoro**. A partir de entonces y con el apoyo del **Jefe de Servicio, Dr. José López Miranda**, se produce un cambio radical e importante de la UMIPIC-RV en cuanto a funcionamiento, estructura, asistencia, personal, pruebas complementarias, etc. y da origen al **nuevo programa de gestión de IC denominado UMIPIC-RV** del Servicio de Medicina Interna del HURS que entra en funcionamiento en septiembre del 2021 (una vez acabada la pandemia) e incluye:

- en primer lugar (año 2021): adquisición de nuevos aparatos y técnicas que antes no estaban disponibles en la Unidad (ECG, MAPA, ITB e IDB, pulsioximetría, Kardias, espirometría y alguna de las cuales fuimos a aprender a otros hospitales como fue ecocardiografía y eco pulmonar además de obtener la titulación por la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Imagen Cardíaca del título del Curso de ecocardiografía).
- en segundo lugar, creación de un programa en mayo del 2022 denominado IMCA-HF (Internal Medicine and Cardiology- Heart Failure) bidireccional, coordinado y sinérgico de los Servicios de Cardiología y Medicina Interna donde compartimos experiencias y colaboración estrecha sobre pacientes.
- en tercer lugar, localización de un área de Hospitalización para ingreso preferente de pacientes con IC descompensada en la planta 8^a derecha del Hospital Provincial (HP).
- finalmente puesta en marcha del modelo de Teleconsulta sobre disnea e IC con Atención

Primaria del Servicio de M. Interna en enero de 2023.

- Estamos pendiente en el 2024 de la acreditación de excelencia como Unidad Avanzada de la UMIPIC-RV a nivel nacional (SEMI) junto a la creación definitiva del Programa Integral y Multidisciplinar en IC que englobe a MI, Cardiología y At. Primaria (programa IMCAP-HF).

¿Por qué crear Unidades UMIPIC-RV?

La complejidad del manejo de la IC viene dada por su alta prevalencia y el manejo por diferentes profesionales de la salud de los diferentes niveles asistenciales (cardiología, MI, atención primaria, urgencias, enfermería, rehabilitación, etc.) que conduce a una atención fragmentada e incorrecta de una misma enfermedad lo que dificulta el seguimiento clínico del paciente, así como la visión y planificación terapéutica correcta, sobre todo a largo plazo. Además, se produce con frecuencia duplicidad en la solicitud de pruebas o de tratamientos lo que puede suponer un incremento del riesgo en cuanto a la seguridad y un aumento del coste económico de la atención a estos pacientes que ya de por sí es elevado y está creciendo. Con respecto al tratamiento de la IC se ha producido importantes cambios en los últimos años debido a los efectos beneficiosos de diferentes fármacos sobre la morbi-mortalidad CV y mejora de la calidad de vida del paciente con IC que han llevado a publicar nuevas guías actualizadas en el año 2021 por la Sociedad Europea, Canadiense y Americana de Cardiología, y que cada vez son actualizadas antes de los 5 años, ya que cuando salen a la luz, como ha ocurrido con estas últimas, se quedan obsoletas en algunos aspectos terapéuticos. Todo ello provoca que el paciente no esté recibiendo el tratamiento óptimo disponible y recomendado por las GPC actuales lo cual puede conllevar a un aumento de los reingresos hospitalarios y afectar al pronóstico y calidad de vida del paciente, así como a peores resultados sobre morbi-mortalidad CV.

Para revertir la situación y mejorar el pronóstico y calidad de vida del paciente con IC es necesario optimizar los recursos disponibles y hacer más eficiente su uso y para conseguir ello se requiere de un profesional dedicado a la atención de pacientes con IC que debe estar continuamente actualizándose dentro de una zona de asistencia específica denominada UMIPIC-RV con la aplicación de un protocolo y/o programa de gestión global para la IC.

F. RESUMEN.

La atención socio-sanitaria al paciente con IC y al pluripatológico (PP) con IC y comorbilidades (crónico complejo) genera una enorme demanda asistencial y las medidas actuales que aplicamos, incluyendo los diferentes programas de gestión, no consiguen abordar este problema médico con eficiencia y satisfacción para el paciente y la familia. Es necesario programas asistenciales específicos orientados a la atención de estos enfermos según la estrategia de programas de gestión de enfermedades (UMIPIC-RV) con un seguimiento estructurado en la transición al alta post-hospitalización, especialmente en los primeros 30 días que es el periodo de mayor vulnerabilidad de sufrir descompensaciones, y desde una perspectiva de la atención integral y global de la comorbilidad (visión del internista) con un seguimiento asistencial continuado en estrecha relación con la atención primaria, creando un continuum asistencial, y centrados en el paciente.

Debemos cambiar la hospitalización por el seguimiento en consultas con el consiguiente ahorro sanitario. Porque cualquier paciente con IC, aunque tenga un mal pronóstico, es tratable y prevenible y la aplicación de la atención recomendada por las diferentes GPC se asocia a un mejor pronóstico, prolongando su supervivencia y mejorando su calidad de vida.

Para la consecución de una mejor atención posible va a ser necesario de una atención multidisciplinar e integral que fomente una atención coordinada y centrada en la persona, adaptada a las necesidades y preferencias del paciente, familia y los cuidadores y las GPC

recomiendan una continuidad de cuidados, garantizando un correcto manejo de las comorbilidades, adaptándose a los cambios en las condiciones clínicas de los pacientes e implicando al conjunto de profesionales con responsabilidades en la continuidad de los cuidados de pacientes con IC y quizás el internista va a ser uno de los profesionales más cualificados para llevarlo a cabo debido a su formación holística.

Una valoración integral de la comorbilidad en estos pacientes junto a un seguimiento estrecho que evite descompensaciones, tratamiento óptimo con la combinación de al menos 4 fármacos, en el caso de IC-FE reducida y que se va a conseguir tras varios meses de escalonamiento progresivo de dosis junto a una adecuada cumplimentación terapéutica, van a ser fundamentales para lograr nuestros objetivos y además ser costo-eficientes. Hoy día disponemos de tratamientos cada vez más eficaces en IC que han hecho que se aumente la esperanza de vida del paciente y disminuya la morbi-mortalidad. Además, el futuro parece muy prometedor y es posible que se pueda invertir la curva de crecimiento de esta enfermedad.

En definitiva, el programa UMIPIC-RV en población de pacientes con IC es útil, independientemente de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), y además es un programa de gestión muy eficiente ya que reduce la morbi-mortalidad, con valores de NNT inferiores a ensayos clínicos con fármacos, acompañado de una importante disminución del gasto sanitario si está bien implantado.

En resumen, lo que se quiere conseguir es que el sistema se adapte a las necesidades del paciente anciano con IC, en lugar de que sea el enfermo (y su familia) el que se adapte a un sistema rígido y fragmentado.

G. BIBLIOGRAFÍA.

1. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. Eur J Heart Fail. 2020; 22:1342-56.
2. Dunlay SM, Redfield MM, Weston SA, et al. Hospitalizations after heart failure diagnosis: a community perspective. J Am Coll Cardiol. 2009; 54:1695-1702.
3. Redfield MM. Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. N Engl J Med. 2016; 375:1868-77.
4. Dharmarajan K, Krumholz HM. Strategies to reduce 30-day readmissions in older patients hospitalized with heart failure and acute myocardial infarction. Curr Geriatr Rep. 2014; 3:306-15
5. Pacho C, Domingo M, Nuñez R, et al. Early postdischarge STOP-HF- Clinic reduces 30-day readmissions in old and frail patients with heart failure. Rev Esp Cardiol 2017; 70:631-8
6. Miranda-Silva D, Lima T, Rodrigues P, Leite-Moreira A, Falcao-Pires I. Mechanisms underlying the pathophysiology of heart failure with preserved ejection fraction: the tip of the iceberg. Heart Fail Rev. 2021. <https://doi.org/10.1007/s10741-020-10042-0>
7. Borlaug BA. Evaluation and management of heart failure with preserved ejection fraction. Nat Rev Cardiol 2020; 17:559-73
8. Mentz RJ, Kelly JP, von Lueder TG et al. Noncardiac comorbidities in heart failure with reduced versus preserved ejection fraction. J Am Coll Cardiol 2014; 64:2281-93
9. Obokata M, Reddy YNV, Borlaug BA. Diastolic dysfunction and heart failure with preserved ejection fraction. J Am Coll Cardiol 2020; 13:245-57
10. Adamczak DM, Oduah MT, Kiebalo T, et al. Heart failure with preserved ejection fraction-a concise review. Curr Cardiol Rep 2020; 82:1-12
11. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>.

12. Maddox TM, Januzzi JL, Allen LA et al. 2021 update to the 2017 ACC expert consensus decision pathway for optimization of heart failure treatment: answers to 10 pivotal issues about heart failure with reduced ejection fraction. *J Am Coll Cardiol*. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.202011.022>
13. Manzano L, González Franco A. Insuficiencia cardiaca con función preservada. Revisión del tema y comunicación de la experiencia española. *Rev Urug Cardiol* 2017; 32:341-357
14. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. *Circulation* 2017; 136:e137-e161
15. Seferovic PM, Ponikowski P, Anker SD, et al. Clinical practice update on heart failure 2019: pharmacotherapy, procedures, devices and patient management. An expert consensus meeting report of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2019; 21:1169-86
16. Hollener SM, Stevenson LW, Ahmad T, et al. 2019 ACC expert consensus decision pathway on risk assessment, management, and clinical trajectory of patients hospitalized with heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2019; 74:1966-2011
17. Anguita M, Bayés-Genís A, Cepeda JM, et al. Consenso de expertos sobre la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida: más allá de las guías. *Rev Esp Cardiol*. 2020 (Supl); 20: 1-46
18. López Aguilera J. Casos Clínicos en Insuficiencia cardiaca: de la teoría a la práctica. Ed Esmon Publicidad, SA (Barcelona).2020. ISBN 978-84-17394-53-0.
19. Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, Teo KK, Yusuf S. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *Eur J Heart Fail*. 2005; 7:1133-44. Corrigendum: *Eur J Heart Fail* 2006; 8:223-4.
20. Sayago-Silva I., García-López F., Segovia-Cubero J.: Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66: pp. 649-656.
21. González-Franco A, Cerqueiro González, Arévalo-Lorido JC et al. Beneficios de un modelo asistencial integral en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca y elevada comorbilidad: programa UMIPIC. *Rev Clin Esp* 2021; <https://doi.org/10.1016/j.rce.2021.05.007>
22. Cerqueiro González JM, González Franco A, Carrascosa García S, et al. Benefit of a comprehensive care model in patients with heart failure and preserved ejection fraction: The UMIPIC program. *Rev Clin Esp*. 2022; 222:339-47.
23. Comín-Colet J, Enjuanes C, Lupón J, Cainzos-Achirica M, Badosa N, Verdú JM. Transiciones de cuidados entre insuficiencia cardiaca aguda y crónica: pasos críticos en el diseño de un modelo de atención multidisciplinaria para la prevención de la hospitalización recurrente. *Rev Esp Cardiol*. 2016; 69:951-61.
24. Programa UMIPIC [acceso 30 May 2021]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/grupos/cardiaca/umipic/programa>.
25. Stretti L, Zippo D, Coats AJS, et al. A year in heart failure: an update of recent findings. *ESC Heart Failure* 2021;8: 4370–4393.
26. Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovascular Research* 2022; 118:3272-3287.
27. Lin AH et al. Repeat hospitalizations predicts mortality in patients with heart failure. *Mil Med* 2017; 182: e1932-e1937.

28. 2023 Focused update of the 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2023 Aug 25;ehad 195. doi:10.1093/eurheartj/ehad195.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Área hospitalaria del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (HURS) y Centros de Salud de AP de Córdoba dependientes del HURS que atienden a una población de más de 450.000 habitantes según censo de 2023 (775.110).

3. POBLACIÓN DIANA

- Pacientes pertenecientes al área hospitalaria del HURS que padezcan IC y que sean atendidos por el Servicio de MI bien en régimen de hospitalización o de consultas externas y que cumplan criterios de inclusión en el programa UMIPIC-RV. En pacientes hospitalizados y tras el alta, es recomendable que la 1ª cita sea entre 7-15 días. Para citar al paciente, dentro del Servicio de MI, el facultativo se pondrá en contacto con la enfermera experta en IC (Puri) llamando al teléfono **670 947 135**. **El rendimiento de la consulta médica UMIPIC-RV es mayor para pacientes con IC que al menos han ingresado en 2 o más ocasiones en cuanto a reducción de hospitalizaciones, visitas a urgencias, mortalidad, etc.**

- Aquellos pacientes PP con IC que requieran una valoración integral y que hayan ingresado en otros servicios (fundamentalmente cardiología) y/o se estén visitando por consultas externas de otras especialidades podrán ser derivados a la consulta médica UMIPIC-RV por medio de una hoja de interconsulta a través del Diraya (HC). El Coordinador de la UMIPIC-RV seleccionará al paciente si cumple criterios de inclusión y seguimiento en menos de 72 horas.

- Pacientes procedentes de Atención Primaria, y dentro de la continuidad asistencial en la atención del paciente con IC, podrán ser derivados a la consulta médica UMIPIC-RV por medio de una Teleconsulta que contestará el Coordinador de la UMIPIC-RV en menos de 72 horas donde se realizará la selección del paciente tras comprobar que cumple criterios de inclusión y seguimiento en el programa.

- Pacientes PP con IC procedentes de Urgencias/Observación y que hayan ingresado por descompensación de su IC u otra patología y que estén estabilizados tras tratamiento, siempre que la IC sea la patología predominante de su pluripatología, podrán ser derivados a la consulta médica UMIPIC-RV si cumplen criterios de inclusión susceptibles de seguimiento. Para citar al paciente, dentro del Servicio de MI, el facultativo se pondrá en contacto con la enfermera experta en IC (Puri) llamando al teléfono **670 947 135**.

- Hay que tener presente que el programa UMIPIC-RV se centra en aquellos pacientes que son autosuficientes o con apoyo socio-familiar y, por tanto, no es aplicable a toda la población con IC.

A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE PACIENTES SUSCEPTIBLES DE SEGUIMIENTO.

- Todo paciente con el diagnóstico de IC según criterios de las GPC internacionales (clínico, analítico y ecocardiográfico) actualizadas independientemente de la edad y con esperanza de vida > 1 año o al menos > 50% a los 6-12 meses (escalas Paliar y Profund con riesgo intermedio-alto), o

- Paciente PP (criterio obligatorio IC, clase funcional II-IV de la NYHA), o

- Paciente dado de alta hospitalaria con el diagnóstico de IC descompensada, o
- Paciente que haya presentado 1 o más reingresos hospitalarios y/o 2 o más visitas a urgencias con el diagnóstico de IC en los últimos 6 meses.

Que cumpla los siguientes 2 puntos:

1. Situación funcional y cognitiva mínima para acudir a Unidad de Día UMIPIC-RV (consulta médica u Hospital de Día).

- Escala de Barthel ≥ 90 puntos o
- En caso de Escala de Barthel entre 60-90:
 - Test de Lobo (MEC) ≥ 19 puntos y/o Pfeiffer ≤ 7 puntos o errores.
 - Escala Profund ≤ 11 puntos que suponen un riesgo intermedio-alto.
 - Escala Paliar ≤ 7.5 puntos que suponen un riesgo intermedio-alto.
 - Que el paciente pueda deambular solo y mantener las facultades mentales aceptables para garantizar una adecuada adherencia al programa intensivo de visitas que supone la UMIPIC-RV.
 - Apoyo socio-familiar suficiente y adecuado para el seguimiento en pacientes con limitaciones funcionales y cognitivas, siendo crucial la identificación del cuidador, que garantice un cumplimiento del tratamiento, el autocontrol domiciliario y la asistencia a la consulta.

2. No seguimiento estrecho por cardiología, ni que se prevea ser sometido a un procedimiento diagnóstico y terapéutico invasivo (pacientes isquémicos que precisen de cateterismo, implantación de dispositivos, subsidiarios de prótesis valvulares o en situación funcional avanzada en espera de trasplante cardíaco).

En general, el paciente que se acepta para entrar en el programa UMIPIC-RV es aquel:

- Que presenta comorbilidades que pueden dificultar el tratamiento óptimo (ej.: ERC, etc.) y la estabilización (puntuación en la escala de Charlson ≥ 4 sin tener en cuenta el diagnóstico de IC como criterio).
- Con dos o más ingresos hospitalarios en el último año. Existen evidencias demostradas de la eficacia de este seguimiento del paciente que reingresa, a partir del 2º y 3º reingreso, frente al sistema tradicional.
- Con resistencia a diuréticos.
- Con progresión de la clase funcional de la NYHA.
- Paciente sintomático pese al tratamiento médico.
- Con otras dificultades en el seguimiento como por ejemplo necesidad de tratamiento intravenoso ocasional.
- Con ausencia de seguimiento estrecho por cardiología.

B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- No firma del consentimiento informado.
- No cumpla criterios de inclusión.
- Pacientes con cor pulmonale crónico.

C. LOCALIZACIÓN DE LAS REVISIONES.

• Si el paciente no presenta movilidad disminuida o presentándola no existe impedimento para su asistencia a consulta, las revisiones se realizarán en el Hospital Provincial (HP) de Córdoba. En caso de consulta médica UMIPIC-RV se realizará en la 8ª planta (enfrente de los ascensores, consulta de la derecha) y si es una consulta de enfermería en la 8ª planta (Hospital de Día UMIPIC-RV) enfrente de los ascensores, consulta de la izquierda.

- Si el paciente presenta movilidad disminuida y dificultad para acudir a las revisiones ambulatorias se realizarán por teléfono con el apoyo de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) o por su médico de atención primaria (MAP).

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA UMIPIC-RV

- a. General: mejorar la calidad de vida y la atención a los pacientes con IC.
- b. Reducir el número de reingresos hospitalarios en pacientes con IC en general y por descompensación de la IC y, con ello, disminuir el riesgo de infecciones nosocomiales y el incremento de la comorbilidad.
- c. Reducir el número de visitas a los servicios de urgencias por cualquier causa.
- d. Reducir la duración de la estancia en los ingresos/reingresos.
- e. Homogeneizar la asistencia sanitaria de los pacientes con IC atendidos en el Servicio de MI del HURS.
- f. Prevenir o minimizar las descompensaciones de IC.
- g. Mejorar el pronóstico del paciente con IC.
- h. Disminuir la morbi-mortalidad de estos pacientes.
- i. Reducir los costes asistenciales.
- j. Garantizar la continuidad asistencial en estrecha relación con el médico de atención primaria.
- k. Reducir el número de consultas a especialistas.

5. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MODELO DE ATENCIÓN

Este programa intensivo y protocolizado de consulta presenta varias características diferenciales que lo hacen diferente al resto de seguimientos habituales y que plantean una concepción distinta de la asistencia ambulatoria de nuestros pacientes que incluyen consulta protocolizada, participación de enfermería, línea telefónica de contacto y autocontrol ambulatorio. Las características generales son:

1. Valoración integral: abordaje clínico integral, que atienda al paciente con IC y a todas las comorbilidades presentes sin tener que someter al paciente a múltiples consultas que fragmentan la atención médica y no mejoran la calidad de vida del mismo y aumenta la polimedicación. Esta visión integral y global, característica del internista, es la piedra angular para conseguir el objetivo fundamental de este programa.

2. Consulta protocolizada con objetivos amplios que busca no sólo la estabilidad clínica y adecuación terapéutica del paciente, sino que además un control del resto de los FRCV y una atención global del resto de comorbilidades que presenta el paciente lo que implica un seguimiento estrecho y continuado. Ello busca la mayor eficiencia posible en la atención sanitaria por medio de una mejor gestión del proceso médico.

3. Ofertar las diferentes modalidades asistenciales de atención: Hospitalización en planta UMIPIC-RV (Unidad de estancias cortas), Unidad de día UMIPIC-RV (Hospital de Día más consulta de alta resolución médica), consulta telefónica, teleconsulta, videoconferencia, monitorización domiciliaria, telemonitorización de constantes con seguimiento telefónico (Salud Responde) y otras tecnologías de la comunicación.

4. Potenciar la participación de la enfermería en el control de estos pacientes. La misión fundamental de la enfermera experta en IC será el conseguir un buen manejo de la IC tras una

adecuada formación (enseñanza reglada en autocuidados y medidas de apoyo) e implicación del paciente y sus familiares/cuidadores, aspectos donde la enfermería ha demostrado una clara idoneidad.

5. Seguimiento continuado que incluye visitas presenciales y contactos telefónicos, incluida la atención urgente y atención hospitalaria durante el ingreso, a diferencia de los seguimientos tradicionales (cada 6-12 meses). El paciente tiene las consultas programadas a su necesidad y además puede y debe acceder al personal de la consulta ante cualquier problemática que le surja.

6. Facilidad de acceso para asistir al paciente y del MAP en situaciones de descompensación no previstas. El seguimiento comprende tanto las consultas médicas, como las de enfermería y otras vías de comunicación (telefónica, HC por Diraya, teleconsulta, etc.).

7. Estrecha coordinación con AP y el Servicio de Urgencias.

8. Comunicación directa con otros especialistas, como cardiólogos o nefrólogos.

Las bases fundamentales del éxito del programa UMIPIC-RV son:

1. Precocidad en introducir al paciente en el programa tras el ALTA hospitalaria.
2. Optimización rápida del tratamiento modificador del pronóstico (1-2 meses).
3. Seguimiento estricto en los tres primeros meses, así como estructurado e integral durante todo el seguimiento.
4. Flujo de entrada y salida del programa del programa con la posibilidad de puertas abiertas (giratorias) al reingreso de nuevo en el programa UMIPIC-RV.
5. Papel clave de la enfermería experta en IC y llamadas telefónicas.
6. Que haya un buen funcionamiento de la Teleconsulta con Atención Primaria.
7. Tiempo limitado de estancia del paciente en el programa: 18 – 24 meses.

6. ESTRUCTURA ACTUAL DE LA UMIPIC-RV

Teléfono de contacto: 670 947 135 (horario de lunes a viernes de 9 a 14 horas).

1. **Consulta de Alta Resolución (AR) médica UMIPIC-RV** (8ª planta del HP, enfrente de los ascensores, consulta de la derecha), con dotación habitual, para valoración integral del paciente que entra en el programa UMIPIC-RV. Esta consulta médica puede estar apoyada y ser realizada conjuntamente con la enfermera.

- Actividad asistencial: realización de todo tipo de consultas (consulta programada: presencial, telefónica, teleconsulta, respuesta a hoja de consulta por Diraya; consulta no programada y/o urgente), selección de pacientes para seguimiento; realización de historia clínica y exploración física; toma de decisiones médicas protocolizadas según GPC; registro de la historia en el programa asistencial de la consulta; rellenar base de datos; entrega de informe de cada consulta con los diagnósticos, actitudes y tratamiento; colaboración en la labor de información y formación de pacientes y familiares (folletos informativos); atender llamadas de pacientes, familiares y médico de atención primaria; etc.
- Actividad docente e investigadora (proyectos de investigación y ensayos clínicos).

2. **Consulta de enfermería** (educación socio-sanitaria) en Hospital de Día UMIPIC-RV (8ª planta del HP, enfrente de los ascensores, consulta de la izquierda) separada de la consulta médica UMIPIC-RV. Independientemente, el facultativo estará localizado para apoyo de la enfermería si es necesario en la planta de hospitalización UMIPIC-RV.

- Actividades de enfermería: comprobar datos de filiación y teléfono de contacto, realizar historia de enfermería incluyendo las constantes domiciliarias; registro de constantes (presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, peso, altura, perímetro abdominal, índice de masa corporal, saturación de O₂ tras pulsioximetría); comprobar toma correcta de medicación; realización de ECG; MAPA; AMPA ; ecocardiografía y ecografía pulmonar; espirometría; ITB; Kardia; espirometría; administración de tratamiento intravenoso en Hospital de Día; organizar las citas de control y estudios habituales; entregar consentimientos informados; atender llamadas telefónicas de pacientes, familiares y médico de atención primaria; realización de los diferentes test; coordinar la admisión con la actividad de consulta; organizar las consultas no programadas; hacer registro informático de su actividad y de la UMIPIC-RV; información a la enfermera gestora de casos de los Centros de Salud de las altas o ingresos de pacientes en el programa UMIPIC-RV para que realice el seguimiento; gestión de ingresos hospitalarios, etc.

En resumen, el papel de la enfermería de la UMIPIC-RV en la atención a pacientes con IC se centra en:

A. Información y formación sanitaria orientada al autocuidado de pacientes con ayuda de familiares y cuidadores junto a la elaboración de planes de cuidados: para ello se elaborarán folletos informativos aprobados por el servicio de MI sobre la corrección de hábitos higiénico-dietéticos y el cumplimiento terapéutico, mejora de la capacidad para resolver problemas y la adherencia al tratamiento, etc.

- La implementación de estrategias de autocuidado reduce hospitalizaciones por IC o muerte por cualquier causa y la calidad de vida a los 12 meses.

- Una escala europea de autocuidados en IC útil para explorar conocimientos y dificultades en la gestión de la salud es la European Heart Failure Self-care Behaviour Scale, (EHFScBS).

B. Detección precoz de signos de descompensación de la IC y su abordaje. Para ello se monitorizarán síntomas y signos de IC.

Síntomas y signos que evaluar para la detección precoz de una descompensación

1	Ganancia de peso rápida: 2 kg/3 días o 3 kg/semana
2	Edemas de pies, tobillo o piernas
3	Disminución de la cantidad de orina
4	Disnea con menor esfuerzo o en reposo
5	Ortopnea o necesidad de aumentar el número de almohadas para dormir
6	Tos irritativa y persistente (sobre todo acostado)
7	Dolor en el pecho, palpitaciones
8	Cansancio intenso
9	Mareos, pérdida de conocimiento

C. Promoción de hábitos de vida adecuados (alimentación equilibrada, restricción salina, intervención antitabaco y ejercicio, si procede).

a. Recomendar el ejercicio aeróbico regular adaptándolo en función de la capacidad de la persona y su situación clínica ya que mejora la mortalidad, reduce los ingresos hospitalarios por IC y mejora la calidad de vida.

b. Comer saludablemente y evitar una ingesta excesiva de líquidos y sal junto a

consejos de la dieta DASH y dieta mediterránea ya que reducen la mortalidad.

D. Asesoramiento ante dudas y dificultades del paciente y su familia. Para ello es necesario consultas programadas del profesional de enfermería.

E. Apoyo emocional para el mejor afrontamiento de la enfermedad y la posible pérdida de funcionalidad mediante una entrevista motivacional.

3. **Hospital de Día UMIPIC-RV** con la enfermera experta en IC (8ª planta del HP, enfrente de los ascensores, consulta de la izquierda) para la realización de la educación socio-sanitaria y terapéutica, con la dotación habitual, donde se apliquen tratamientos de rescate u hospitalario (protocolos diuréticos y de ferroterapia intravenosa), extracciones sanguíneas, gasometrías, pruebas complementarias (ECG, MAPA, AMPA, ITB, ecocardiografía y ecografía pulmonar, espirometría, pulsioximetría, etc.). Estas últimas actividades asistenciales deben ser supervisadas y consensuadas por el médico de la UMIPIC-RV.

La Unidad de Día está integrada por el Hospital de Día y la consulta de AR médica UMIPIC-RV. Con esta Unidad lo que se pretende es dar una atención ambulatoria especializada a los pacientes PP con IC, asistencia inmediata, realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos sin necesidad de ingreso hospitalario, gestión de casos clínicos en IC, realización de ensayos clínicos y estudios de investigación junto a docencia.

4. **Planta de Hospitalización UMIPIC-RV** (Unidad de Estancias Cortas) que dispone de 23 camas. Los pacientes con IC descompensada o PP con IC ingresarán, preferentemente, en el HP - 8ª planta derecha.

Medios y distribución de actividades de los profesionales que integran la UMIPIC-RV:

1. Historia informatizada para el seguimiento asistencial de pacientes.
2. Base de datos: fundamental para evaluar de forma conjunta la actividad clínica de otras unidades y realizar posteriores estudios unificados.
3. Accesibilidad de las instalaciones, teniendo en cuenta las limitaciones físicas de algunos pacientes (ancianos y PP).
4. Vías de comunicación operativas que incluyen teléfonos propios (**670 947 135**), al que se pueda acceder en horario de mañana (9:00 – 14:00 horas de lunes a viernes), desde el exterior por parte del paciente, familiares o médicos implicados en la asistencia del paciente (sobre todo AP). También se dispone de HC por Diraya para los diferentes especialistas y teleconsulta para el médico de atención primaria.
5. Distribución de consultas médicas de la UMIPIC-RV.
 - El número de pacientes diarios en la consulta médica ya sea presencial o telefónica debe de ser de 5-6 como máximo, citados cada 30 minutos si es primera consulta y cada 20 minutos si son revisiones. Dejamos 2 consultas telefónicas de 10 minutos y un hueco de una consulta preferente de 30 minutos por si hay un paciente imprevisto (no programado). No se debe citar más de ese número debido a que también hay otras actividades asistenciales como son pase de planta de hospitalización y teleconsulta, así como llamadas telefónicas imprevistas y/o consultas no programadas.
 - Los horarios de consulta programada deben ser de 11.30 h a 14 h por tres motivos:
 - a. Favorecer el desplazamiento hasta el hospital de nuestros pacientes pudiéndose realizar estudios el mismo día previo a la visita médica para ahorrar desplazamientos (ECG, Rx de tórax, analítica, ecocardiografía, etc.)
 - b. Permitir al facultativo adscrito a la UMIPIC-RV realizar su actividad asistencial habitual en la planta de hospitalización UMIPIC-RV de estancias cortas, salvo excepciones.
 - c. Realización consulta de acto único.

6. Revisiones periódicas clínicas y de constantes realizadas por enfermería de la UMIPIC-RV.

7. Revisiones periódicas estructuradas y presenciales en el primer año (al menos 5 consultas médicas/enfermería tras el alta hospitalaria): a los 7-15 días (basal), 30, 90, 180 y 360 días. Estas visitas siempre se ajustarán en función de la situación clínica del paciente, titulación de fármacos, descompensaciones, rehospitalizaciones, etc. hasta alcanzar estabilidad clínica. Posteriormente las revisiones, si el paciente está estabilizado, serán semestrales salvo descompensación.

Estructura de la agenda de trabajo de la UMIPIC-RV

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 – 11:30	Hospitalización	Hospitalización	Hospitalización	Hospitalización	Hospitalización
11:30 – 12:00	1ª C ó SE + E	1ª C ó SE + E	1ª C ó SE + E	1ª C ó SE + E	1ª C ó SE + E
12:00 – 12:30	1ª C o SE + E	1ª C o SE + E	1ª C o SE + E	1ª C o SE + E	1ª C o SE + E
12.30 – 12:50	CS	CS	CS	CS	CS
12:50 – 13:10	CS	CS	CS	CS	CS
13:10 – 13:30	CS	CS	CS	CS	CS
13:30 – 13:40	CS o Telemática	CS o Telemática	CS o Telemática	CS o Telemática	CS o Telemática
13:40 – 13:50	Telemática	Telemática	Telemática	Telemática	Telemática
13:50 – 14:20	Preferente	Preferente	Preferente	Preferente	Preferente
14:20 – 14:45	HdD	HdD	HdD	HdD	HdD

* 1ª C: primera consulta; CS: crónico sucesivo; E: enfermería IC; HdD: Hospital de Día; SE: seguimiento estructurado sucesivo

Actualmente y según la plataforma del RICA (Registro Nacional de IC) las visitas mínimas serían 4 en el primer año y luego semestral o anual, siendo la fecha de referencia la del alta si ha habido ingreso hospitalario por IC o la de la 1ª visita por IC si no ha habido ingreso hospitalario:

- Visita basal.
- Visita al mes. Opcional y puede ser presencial o telefónica.
- Visita a los 3 meses. Obligatoria y presencial.
- Visita a los 6 meses. Opcional y puede ser presencial o telefónica.
- Visita a los 12 meses. Obligatoria y presencial.

8. Consulta a demanda por descompensaciones con horario de 8:30 h a 14:30 h de lunes a viernes, realizada inicialmente por la enfermera de la UMIPIC-RV con el apoyo del médico.

9. Consulta telefónica los cinco días de la semana que se realizarán desde la consulta médica UMIPIC-RV al final de la mañana.

Flujo de entrada/salida del programa UMIPIC-RV:

1. Pacientes procedentes de alta hospitalaria del Servicio de M. Interna y UMIPIC-RV siempre que cumplan los criterios de inclusión. Este proceso de transición del alta hospitalaria a la UMIPIC-RV es trascendental para evitar nuevas hospitalizaciones y mejorar el pronóstico de la IC.

En pacientes con IC crónica, el periodo inmediatamente posterior al alta hospitalaria representa un tiempo de gran vulnerabilidad con tasas de reingreso a los 30 días que oscilan entre el 20 y el 25%. El 30% de los reingresos hospitalarios ocurren en la 1ª semana tras el alta, y el 60% en las primeras 2 semanas. La mayoría de las hospitalizaciones se deben a

- descompensaciones agudas de la IC, aunque se han descrito otras causas de reingreso, como alteraciones en la función renal, neumonías o arritmias. La mortalidad en el primer mes tras el alta hospitalaria es de hasta el 20%. Hasta un 40% de los reingresos precoces podrían estar relacionados con una asistencia subóptima durante el periodo de transición tras el alta hospitalaria. Estos pacientes tras el alta deben ser evaluados en menos de 1 semana por su médico de atención primaria y entre 1-2 semanas en la UMIPIC-RV.
2. Servicio de Cardiología: aquellos pacientes, independientemente de la edad, con IC y PP que según el cardiólogo sean subsidiarios de seguimiento por UMIPIC-RV.
 3. Servicio de Urgencias: el médico de urgencias al recibir a un paciente en seguimiento por UMIPIC-RV o con IC descompensada podrá ingresarlo en la planta de Hospitalización UMIPIC-RV del HP (8ª planta derecha) siempre bajo la supervisión y autorización del internista de guardia. También, el médico de urgencias puede derivar al paciente a consulta UMIPIC-RV tras su alta siempre que cumpla criterios de inclusión en el programa UMIPIC-RV.
 4. Atención Primaria: se podrá enviar al paciente a la consulta médica UMIPIC-RV por medio de Teleconsulta.
 5. Otras Unidades de Gestión Clínicas podrán derivar a pacientes PP con IC a la UMIPIC-RV si el enfermo reúne criterios de inclusión, por medio de Hoja de consulta (HC).
 6. Flujo de salida: la UMIPIC-RV no es una Unidad estanco como puede pasar con la consulta convencional y los pacientes tienen un periodo de vigilancia/estabilización de su IC entre 1-2 años y se procede al alta de la Unidad. Ello no implica que en caso de que el paciente sea dado de alta no pueda ser de nuevo incluido en programa UMIPIC-RV (puertas abiertas y giratorias) ante una posible descompensación de su IC o empeoramiento de su comorbilidad, para evitar el ingreso hospitalario en la medida de lo posible. Para ello, los médicos de Atención Primaria disponen de la Teleconsulta con un tiempo de respuesta inferior a 72 horas (precoz).

7. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

La idea central del seguimiento por un internista de estos pacientes con IC se basa fundamentalmente en 2 hechos:

1. Atención Integral: debemos integrar todos los problemas del paciente PP con IC y de edad avanzada intentando derivar a especialistas lo menos posible y asumiendo en la medida de lo posible la pluripatología.

2. Continuidad Asistencial: adaptar la consulta a la necesidad del paciente y estar dispuesto a tratar las complicaciones que puedan surgir en el periodo entre consultas por medio de un teléfono para que el paciente y/o familiares (cuidadores) puedan comunicarse con la UMIPIC-RV y comentar su problemática, evitando la desconexión del paciente hasta la nueva consulta.

Una vez seleccionado al paciente y aceptado su seguimiento, durante un tiempo las consultas serán frecuentes mientras se optimiza el tratamiento y se estabiliza el paciente. Se distinguirán varias modalidades de consulta:

- a. 1ª consulta post-hospitalización (paciente “de novo”, procedente de alta hospitalaria o de reingreso): incluye actividad asistencial por parte de enfermería y médica.

- b. Consultas de optimización: frecuencia a necesidad del paciente, entre 15 y 30 días, en general presentes enfermera y médico (aunque puede sólo actuar la enfermería, según protocolo, siempre y cuando ésta no objetive problemas médicos).

- c. Consultas de seguimiento: una vez estabilizado el paciente pueden realizarse cada 3 meses alternando consulta de enfermería con consulta médica y enfermería.

d. Consulta telefónica: suele contestarse dudas o problemas habituales resolubles fácilmente y que evitan en muchas ocasiones descompensaciones. La enfermera es la primera persona en atender a la llamada. Si no solventa el problema se lo comentará al médico y este decidirá intentar resolverlo telefónicamente o realizar una consulta no programada. Es necesario demarcar un horario de llamadas, generalmente a partir de las 12 h de la mañana, cómodo para la atención por parte del personal de la unidad.

e. Teleconsulta y HC por Diraya de otras unidades de gestión clínica intrahospitalarias son modelos de derivación de los pacientes desde AP u otras especialidades a la UMIPIC-RV.

f. Consultas no programadas: previa llamada telefónica, el paciente acude por una problemática que no se puede resolver tras la consulta telefónica. Será atendido por médico y enfermería.

g. Videoconferencia o programa de telemonitorización de constantes con seguimiento telefónico como Salud Responde (se valorará posibilidad de dispositivos para realizar seguimiento). En un futuro.

8. RESULTADOS ACTIVIDAD EN LA UMIPIC-RV (MEMORIA DEL AÑO 2023)

Antes de empezar a comentar los resultados obtenidos en la MEMORIA del año 2023 de la UMIPIC-RV quiero remarcar unos datos que considero importantes y motivo de preocupación y es que existe un incremento considerable de los ingresos/reingresos por IC en los últimos años (2020 al 2023) tras la pandemia por COVID-19 y no sólo en MI, sino que también en Cardiología, de forma similar a lo que ocurre a nivel nacional e internacional. En la **Figura 4** represento la evolución anual, en los últimos 9 años, de las altas hospitalarias del servicio de MI (barra azul) y Cardiología (barra roja) por IC del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS). Estos datos los he obtenido del programa Diraya (gestión del conocimiento) tras introducir la palabra clave "cardiaca". Como podemos observar son 2 líneas casi paralelas entre ambos Servicios en los 9 años y con un crecimiento muy similar. Destaco en un recuadro negro la pandemia por COVID-19 que hubo en España y que duró 2 años (2020-2021).

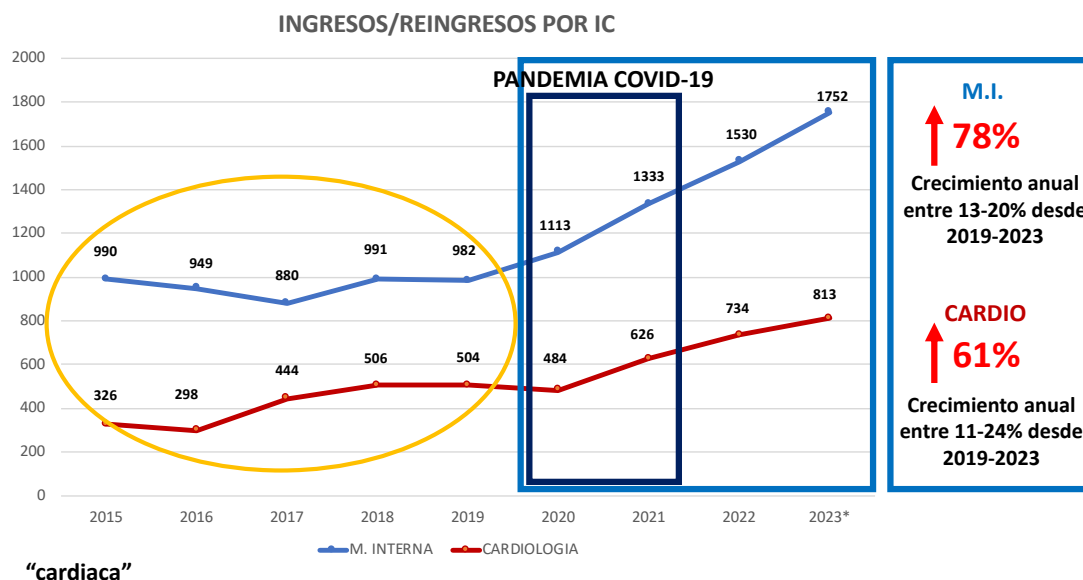
Si nos fijamos en el óvalo amarillo, que engloba 5 años (2015-2019), observamos como el número de ingresos por IC fue muy parecido tanto por los servicios de Cardiología (aunque hubo una tendencia a subir de 325 a 500 pacientes) y MI (aquí las cifras fueron más estables rondando los 1000 pacientes/año con una caída en el año 2017 a 880 enfermos). Sin embargo, a partir de la pandemia (años 2020-2021) se produce un incremento exponencial de ingresos, más acentuado en MI ya que se ha pasado de 1000 a 1752 ingresos al final del año 2023. En Cardiología ha ocurrido lo mismo ya que se pasó de 500 a 813 ingresos por IC a finales de 2023.

Este crecimiento de ingresos por IC es preocupante ya que supone un aumento del 78% en el Servicio de MI entre 2019 y 2023 (el incremento oscila entre un 13% y un 20% por año) y en Cardiología ha sido del 61% (parecido a MI) con un crecimiento anual entre el 11 y el 24%.

Estos datos nos tienen que hacer reflexionar y debemos poner en marcha otras estrategias diferentes de gestión de la IC. Por ello, **a mediados del año 2021 se puso en marcha un nuevo programa UMIPIC-RV tras mi nombramiento como Coordinador con la ayuda del Dr. José López Miranda, Jefe de Servicio.**

No hay duda que la IC supone una carga asistencial y económica muy elevada y desde hace más de 25 años la OMS la consideró como una verdadera emergencia epidémica. Debo decir que los ingresos hospitalarios por IC irán creciendo en los próximos años y por ello hago hincapié en mejorar el programa de gestión UMIPIC-RV si queremos frenar en parte a esta emergencia epidémica.

Figura 4. Evolución de los ingresos/reingresos anuales por IC en el Servicio de M. Interna (barra azul) y Cardiología (barra roja) del HURS en los últimos 9 años (2015-2023). El número en negrilla corresponde a la cifra absoluta de altas hospitalarias en ese año con la palabra “cardiaca”.



Puntos claves resumidos:

* **Historia:** el Dr. Manuel Montero Pérez-Barquero (jubilado) puso la 1ª piedra con la creación de una consulta monográfica de IC en MI hace 11 años (mayo de 2012) siguiendo el programa UMIPIC nacional, pero con el paso del tiempo, incremento de altas hospitalarias por IC en los últimos años dentro del Servicio de MI (**Figura 4**) y disposición de más medios, personal e infraestructura, hemos realizado un cambio radical e importante del programa UMIPIC existente. En septiembre de 2021 desarrollamos un nuevo programa de gestión UMIPIC-RV más actualizado, mejorado y adaptado a las necesidades actuales en sinergia con Cardiología y estando actualmente en proceso de desarrollo la incorporación de Atención Primaria con la creación definitiva del Programa Integral y Multidisciplinar en Insuficiencia Cardiaca (IMCAP-HF, Internal Medicine, CARDiology and Primary care-Heart Failure) que englobe principalmente a Internistas, Cardiólogos y médicos de Atención Primaria junto a la enfermería experta en IC (procedente de Atención Especializada y Primaria).

* **Equipamiento:** disponemos de una Unidad de Día (consulta y Hospital de Día UMIPIC-RV) y una Planta de Hospitalización, localizado todo junto, en la planta 8ª derecha del Hospital Provincial (HP). Actualmente la Unidad cuenta con 3 médicos internistas (Dres. Espino, Adarraga y Alcalá), residente de MI (Dr. Cáceres) y una enfermera experta en IC (Dª Purificación Durán), además de disponer de las siguientes técnicas: ecocardiografía, ecografía pulmonar, MAPA, AMPA, índice tobillo-brazo, Kardia, pulsioximetría, ECG, punciones torácicas y abdominales, administración de diuréticos y hierro intravenoso, etc.

* **Objetivo principal del programa UMIPIC-RV:** las bases fundamentales del éxito del programa UMIPIC-RV (ya que no es una consulta médica convencional) es la precocidad en la introducción del paciente en el programa tras su alta hospitalaria; optimización rápida del tratamiento modificador del pronóstico de la IC (1-2 meses); seguimiento estricto de los

pacientes en los primeros 3 meses hasta su estabilización, así como un seguimiento estructurado e integral durante todo el seguimiento; flujo de entrada y salida rápido (como máximo entre 18 y 24 meses) con la posibilidad de puertas abiertas (giratorias) al reingreso de nuevo en el programa; papel clave de la enfermería experta en IC y llamadas telefónicas; y finalmente un buen funcionamiento de la Teleconsulta con Atención Primaria.

*** Críticas constructivas:**

1. **Activar un mejor filtro de ingresos de pacientes con IC descompensada** procedentes desde urgencias a la planta 8ª derecha del HP. Los motivos para ello serían los siguientes:

a. La fuente principal de pacientes con IC que ingresan en el programa UMIPIC-RV provienen de los ingresos hospitalarios y, es más, este tipo de pacientes post-hospitalización son los que obtienen más beneficios tanto a nivel de mejora de la calidad de vida, disminución de ingresos/reingresos y descenso de la mortalidad (datos publicados del programa UMIPIC nacional y son los que vamos presentando cada año con nuestras Memorias).

b. Los médicos que componen la UMIPIC-RV están ubicados en la planta 8ª derecha del HP y por tanto el paciente se beneficiaría de un equipo con más experiencia y con mejores conocimientos en IC y en pruebas complementarias (ej.: ecocardiografía), ya que es fundamental un manejo terapéutico óptimo de estos pacientes.

c. Finalmente, los médicos de esa planta de hospitalización son los encargados de pasar la consulta UMIPIC-RV y podrían derivar de forma más eficaz y directa a estos pacientes tras su alta hospitalaria al programa UMIPIC-RV haciéndose una mejor selección de pacientes lo que redundaría en unos mejores resultados del programa.

2. Actualmente necesitamos un **cambio de ubicación de la Unidad de Día UMIPIC-RV** (consulta y Hospital de Día) al estar en el Área de hospitalización (creo que no es la correcta). Varios motivos:

- estos pacientes son ambulatorios y generalmente estables (no hospitalizados).
- no deberíamos mezclar pacientes ambulatorios con hospitalizados en la misma planta y ocupar los sillones de la sala de espera de la hospitalización con cuidadores y/o familiares.
- nuestros pacientes son mayores o ancianos, con limitación de la movilidad y acuden con ayuda del cuidador/familiar. Deben tener una sala de espera para ellos.
- debemos evitar el mayor número de barreras arquitectónicas a estos pacientes ya que algunos acuden con andador y/o silla de ruedas y no es lógico que suban en ascensor hasta la 8ª planta. Soy consciente que debemos facilitar el acceso hospitalario al paciente con IC ya que casi todos generalmente tienen alguna limitación funcional y/o discapacidad.
- Por todos estos motivos pienso que la ubicación ideal debe ser la planta baja del HP y más próxima a otras zonas comunes como son laboratorio, radiología, ambulancias, etc. ya que en ocasiones realizamos consulta de acto único. Pero lo mejor sería estar más cerca de la Unidad de IC de Cardiología para poder llevar a cabo el programa IMCA-HF, Internal Medicine and Cardiology-Heart Failure (Programa Integral y Multidisciplinar en IC) integrado por cardiólogos e internistas intrahospitalario.

3. Debido al crecimiento de la actividad asistencial, docente e investigadora de la UMIPIC-RV (sólo tenemos 1 consulta médica y un Hospital de Día pequeño) es necesario una zona más amplia con alguna consulta de enfermería/médica más que se puede aprovechar para que la enfermera realice las encuestas de calidad y autocuidados; talleres de formación dirigidos a enfermos, cuidadores y familiares sobre autocontrol, cuidados, dieta, rehabilitación física y titulación de la medicación ya que un tratamiento óptimo modificador del pronóstico prescrito por el médico y vigilado por la enfermera disminuye claramente los ingresos del paciente con IC. Además, este aumento de espacio se utilizaría también para ensayos clínicos, registros y

proyectos de investigación.

Voy a presentar a continuación los resultados comprendidos entre el periodo **1 de julio de 2022 al 30 de junio de 2023**, y que constituye la **Memoria del año 2023 de la UMIPIC-RV para la IC del HURS**.

En la Memoria del año 2023 hay un MENOR número de pacientes incluidos en el programa UMIPIC-RV como 1ª consulta posthospitalización por IC y ello es debido a:

1. **Fundamental:** seguimos con un importante déficit de pacientes con IC que no ingresan en la planta 8ª derecha del HP (ingresan en otros módulos y ello es preocupante ya que hay 1730 ingresos/año en el servicio de MI como diagnóstico de IC en cualquier posición o 797 ingresos/año como diagnóstico principal de IC, datos adjuntados por documentalista hospitalario). Si no ingresan en la 8ª derecha del HP, que es donde trabajamos los médicos que pasamos la consulta UMIPIC-RV, no podemos realizar la selección adecuada de pacientes al programa.

2. Otro **problema que también considero importante** es que se remiten muy pocos pacientes ingresados por IC al programa UMIPIC-RV (si cumplen criterios de derivación) y hago más hincapié en los pacientes que ingresan en el Hospital General (Alta Resolución) ya que suelen ser algo más jóvenes y con menos discapacidad (mejor puntuación Barthel, menos demencia, más movilidad, etc.) que los que nos ingresan a nosotros. **Quizás parte de culpa es mía por no haber informado puntualmente de los resultados tan brillantes del programa UMIPIC-RV al resto del servicio y que vamos a subsanar.**

3. Con respecto a la memoria del año 2022, hay dos médicos que dejaron las consultas monográficas (Dra. Cortés y Dra. León) que junto a la rotación de la Dra. Adarraga por Cuidados Paliativos durante el 2º semestre del 2022 justifica la reducción en el número de pacientes de 1ª consulta posthospitalización (nuevos) así como en los de seguimiento.

4. Inhabilitación en la agenda de cita para consulta desde mitad de julio y todo el mes de agosto, así como del 22 de diciembre al 7 de enero para incluir enfermos con IC. Por ello que en el 2º semestre del año 2022 haya también menos enfermos nuevos introducidos.

5. Finalmente, en enero del 2023 se inicia la Teleconsulta con Atención Primaria y esos pacientes ocuparon huecos de 1ª consulta y quitaron algunos huecos a la posthospitalización.

A pesar de todo, debo indicar que la suma de pacientes de 1ª consulta posthospitalización (37) y 1ª consulta de Teleconsulta de Atención Primaria (27) es de 64 pacientes nuevos (inferior al año pasado donde hubo 81 pacientes nuevos) como se refleja en la **Tabla 1**.

Como ya adelanté en la Memoria del año 2022, los pacientes en seguimiento a fecha 31 de diciembre de 2022 era de 183 y a 30 de junio de 2023 de 160 pacientes (algo inferior al año pasado que fue un total 192 pacientes). El motivo fundamental de esa diferencia es que en el 1º semestre del 2023 se han dado muchas altas del programa al ser uno de los objetivos prioritarios (tiempo **máximo** de inclusión del paciente en programa: 18 - 24 meses).

Indudablemente estos **números necesitan mejorarse** y pienso que es relativamente fácil sobre todo por el volumen tan importante de ingresos por IC que tenemos al año. Además, **para la acreditación de excelencia a nivel nacional necesitamos un mínimo de 75 pacientes nuevos introducidos en el programa UMIPIC-RV al año y en seguimiento debe haber unos 300 pacientes/año.**

Para mejorar nuestros resultados y conseguir los objetivos de acreditación necesitamos:

1. **Ingresar al paciente con IC, independiente de la edad que tenga, en la planta 8ª derecha del HP** para poder captar más pacientes al programa UMIPIC-RV. Ello supone un mayor beneficio tanto en calidad de vida como en morbi-mortalidad para el paciente, así como una reducción de gasto económico para el sistema sanitario como más tarde comentaré.

2. **Informar** a todos los compañeros del Servicio de M. Interna, independientemente del módulo en que estén trabajando (Hospital General o Provincial), **de que todo paciente con IC tras el alta hospitalaria se debe derivar al programa UMIPIC-RV, si cumplen criterios de inclusión**, y no sólo enviarlo al médico de Atención Primaria y/o cardiólogo. Es muy fácil el proceso porque sólo consiste en una llamada al **teléfono de contacto: 670 947 135 (horario de lunes a viernes de 9 a 14 horas) que es el de la enfermera experta en IC (Puri)**. He hablado de ello con el Dr. López Miranda (Jefe de Servicio) y me ha dado el visto bueno para realizar una exposición, en una sesión de los martes, a todo el Servicio de MI con los objetivos, criterios de inclusión y resultados obtenidos en los últimos años del programa UMIPIC-RV.

3. **Habilitar el mes de julio, agosto y diciembre en la agenda de citas** (actualmente esas fechas están cerradas) para que puedan verse pacientes en la Unidad de Día de la UMIPIC-RV (se podría disminuir algo la actividad por vacaciones de los diferentes compañeros, pero no suprimir completamente). Me parece absurdo que un paciente con IC que presenta una morbi-mortalidad tan elevada lo dejemos 2 meses sin citar a la revisión post-hospitalización tras el alta cuando sabemos que ese mes (periodo de transición) es fundamental a la hora de evitar reingresos por IC, además que es necesario iniciar la titulación de la medicación pronóstica de estos pacientes de forma precoz. Para facilitar esto es necesario aumentar el número de enfermeras a 2 (como ocurre con la Unidad de IC de los cardiólogos) y el proceso está en trámite. El máximo rendimiento del programa UMIPIC-RV se produce en los primeros meses post-hospitalización y por tanto no podemos dejar 2 meses la consulta cerrada y sobre todo cuando vamos a crear un programa denominado **CÓDIGO IC** cuya idea es dar una atención sanitaria prioritaria al paciente que ingresa por IC en los primeros 15 días del ingreso hospitalario y durante todo el año.

4. **Revisar todas las altas hospitalarias por IC** realizadas por los médicos del Servicio de MI. Ello lo haremos de forma periódica cada 15 días intentando citar como 1ª consulta post-hospitalización a aquellos pacientes que cumpliendo criterios del programa UMIPIC-RV se hayan pasado sin citar. Ya nuestra enfermera especialista en IC tiene la obligación de informar a la enfermera gestora de casos de atención primaria de las altas de pacientes con el diagnóstico de IC que se han dado semanalmente para que se realice un seguimiento precoz de estos pacientes. Esto mismo lo hacen otros servicios de MI a nivel nacional (por ejemplo: Hospital 12 de octubre de Madrid, información verbal del Dr. Fernando Aguilar).

Adelanto de forma resumida que aquellos pacientes que se introdujeron en el programa UMIPIC-RV para IC que se han analizado en la Memoria del año 2023 han logrado una reducción muy importante de los ingresos hospitalarios, disminución de las estancias hospitalarias y del gasto sanitario, así como de las consultas a los servicios de urgencias. Estos buenos resultados implican que debemos introducir más pacientes en programa UMIPIC-RV como nuevos y aumentar el número de pacientes en seguimiento no sólo para seguir obteniendo beneficios sanitarios y para el paciente, sino que también para cumplir los estándares de calidad que nos solicitan para la acreditación de excelencia a nivel nacional.

A primeros de enero del año 2024 solicité a la Unidad de Informática (Dª Carmen Luque) los datos de los pacientes que habían sido incluidos en el programa UMIPIC-RV en el periodo del 1 de julio de 2022 al 30 de junio de 2023 (1 año). Se analizan número de pacientes visitados por primera vez (revisión de pacientes post-hospitalización) y número de ingresos y visitas a

urgencias de esos pacientes en los 6 meses anteriores y 6 meses posteriores a la introducción del paciente en el programa UMIPIC-RV tras la hospitalización al objeto de conocer la efectividad del programa y la cuantía en la reducción de reingresos y consultas en urgencias. Finalmente se analiza el número de estancias hospitalarias ahorradas durante ese tiempo y el descenso del coste sanitario que ha supuesto nuestra intervención. También analizo los datos de la consulta de seguimiento en cuanto al número de ingresos, visitas a urgencias y estancias hospitalarias ahorradas junto al ahorro económico durante el año de la memoria que se analiza.

A. VOLUMEN DE ACTIVIDAD Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES.

La consulta monográfica UMIPIC-RV durante este año ha funcionado durante 3 días a la semana en un horario de 11:30 a 14 horas como se expone en la página 20 de esta Memoria (estructura de la agenda de trabajo de la UMIPIC-RV) distribuyéndose de la siguiente forma: Dr. Espino (martes), Dra. Adarraga (miércoles), Dr. Alcalá (jueves) junto a la enfermera experta en IC (D^a Purificación Durán). Además, el Dr. Espino atendió a todos los pacientes (40) de las teleconsultas que se han realizado en todo el año 2023 (ya sea presencial o no presencial) en la semana que se recibía para cumplir exhaustivamente con el tiempo de respuesta a la teleconsulta que propusimos a atención primaria y que fue inferior a las 72 horas (**Figura 5**). En el 1^o semestre del 2023 se atendieron 30 teleconsultas (17 presenciales y 13 no presenciales) y en el 2^a semestre del 2023 fueron 10 teleconsultas (10 presenciales y ninguna no presencial).

Figura 5. Teleconsultas realizadas desde Atención Primaria a UMIPIC-RV en el año 2023

	TELECONSULTAS PRESENCIALES	TELECONSULTAS NO PRESENCIALES
ENERO	0	1
FEBRERO	1	2
MARZO	5	5
ABRIL	5	4
MAYO	4	1
JUNIO	2	0
JULIO	0	0
AGOSTO	0	0
SEPTIEMBRE	0	0
OCTUBRE	4	0
NOVIEMBRE	3	0
DICIEMBRE	3	0
SUBTOTAL	27	13
TOTAL		40

1^o SEMESTRE 2023
MEMORIA AÑO 2023

TOTAL: 30

TIEMPO RESPUESTA POR
UMIPIC-RV: 48-72 h

Primeros Resultados

* Los datos han sido facilitados por los sistemas de información del Hospital.

* Durante el periodo analizado se han realizado 476 visitas (**Tabla 1**), de las cuales 184 fueron llevadas a cabo en el 2^o semestre del 2022 y 292 en el 1^o semestre del 2023.

* El total de pacientes nuevos (RHP) han sido de 37 (9 en el 2^o semestre del 2022 y 28 en el 1^o semestre del 2023), revisiones sucesivas han sido 287 (122 en el 2^o semestre del 2022 y 165 en el 1^o semestre del 2023) y consultas telefónicas fueron 125 (44 en el 2^o semestre del 2022 y 81 en el 1^o semestre del 2023) así como 27 primeras consultas de Atención Especializada (Teleconsulta) de las cuales 9 fueron en el 2^o semestre del 2022 y 18 en el 1^o semestre del 2023

* De forma general, las diferencias de visitas entre ambos semestres se deben a que desde mediados de julio y todo el mes de agosto se suspende la consulta UMIPIC-RV por vacaciones,

así como la última quincena de diciembre y que la Dra. Adarraga estuvo en Cuidados Paliativos durante los meses de octubre, noviembre y diciembre (en ese tiempo pasamos consulta monográfica 2 médicos, Dr. Espino y Dr. Alcalá) y por tanto se le redujo a la Dra. Adarraga el número de pacientes en la consulta del miércoles. Además, no contamos con la colaboración de la Dra. Cortés ni la Dra. León porque se fueron de la UMIPIC-RV.

* Comparando la actividad total del 2023 con la Memoria del año 2022, observamos que la de este año ha sido inferior por todas las razones anteriormente referidas. Puedo indicar que ha habido una reducción de la actividad total de un 23%, debido fundamentalmente a la reducción de la 1ª consulta de pacientes posthospitalización (nuevos) y de consultas telefónicas.

Tabla 1: Actividad realizada según agenda UMIPIC-RV (Memoria año 2023)

AÑO (MEMORIA 2023)	RHP	REV	CTF	IC/TELECONSULTA	TOTAL
2º SEMESTRE 2022	9	122	44	9	184
1º SEMESTRE 2023	28	165	81	18	292
TOTAL	37	287	125	27	476

→ 64 ←

- RHP: revisión de pacientes post-hospitalización = pacientes nuevos
- REV: consultas de revisión. CTF: consulta telefónica.
- 1ª consulta procedente de Atención Primaria = Teleconsulta Presencial

* Por otra parte, el incremento de la teleconsulta procedente de Atención Primaria en el 1º semestre del 2023 fue debido a que a partir de enero de 2023 se empezó a realizar teleconsultas, aunque ya en el mes de diciembre de 2022 se realizaron algunas interconsultas.

He de señalar la importancia de la consulta telefónica para médicos de pacientes con IC que en han sido un total de 125 (44 realizadas en el 2º semestre del 2022 y 81 en el 1º semestre del 2023). Sin embargo, quiero destacar como más importante las llamadas telefónicas que realizan a diario los pacientes a la enfermera experta en IC ya que se han contabilizado un número de 1130 llamadas en todo el año (469 realizadas en el 2º semestre del 2022 y 661 en el 1º semestre del 2023) lo cual supone una media entre 5-6 llamadas diarias de los pacientes a la enfermera (**Tabla 5**). **Por ello, la llamada telefónica es fundamental para la consecución de los objetivos de la UMIPIC-RV.**

* En cuanto a la clasificación fenotípica de los pacientes con IC introducidos como nuevos en el programa UMIPIC-RV se distribuyeron de la siguiente forma: **82%** presentaron IC con fracción de eyección preservada (**IC-FEP**), **3%** IC con fracción de eyección ligeramente reducida (IC-FEMR) y un **15%** de los pacientes tuvieron una IC con fracción de eyección reducida (**IC-FER**).

* En cuanto a la actividad realizada por enfermería se refleja en la **Tabla 2** donde hubo también un mayor número de primeras consultas de enfermería en el 1º semestre de 2023 frente al 2º semestre del 2022 y que fue debido a los 2 meses de menos que hay en la agenda de citas en este último semestre al estar cerrada por vacaciones.

Los pacientes incluidos en el programa UMIPIC-RV de la Memoria del año 2023 fueron de edad avanzada con una edad media de $84,67 \pm 4.8$ años (muy similar a la del año previo $85,35 \pm 4.86$ años) con un mínimo de 74 años y un máximo de 93 años predominando las mujeres (65.5%) y ello coincide con todos los resultados descritos en la literatura.

Los pacientes presentaban pluripatología y comorbilidad asociada con una media del índice de Charlson de 3.19 ± 1.23 puntos (mínimo de 1 y máximo de 8).

Tabla 2: Actividad realizada según agenda UMIPIC. ENFERMERÍA (Memoria año 2023)

AÑO (MEMORIA 2023)	CAT	CTF	1ªC	SEGUIMIENTOS	TOTAL
2º SEMESTRE 2022	12	21	9	13	55
1º SEMESTRE 2023	6	28	19	17	70
TOTAL	18	49	28	30	125

- CAT: consulta administración de tratamiento
- CTF: consulta telefónica.
- 1ª consulta de enfermería
- Seguimientos de enfermería

Además, los pacientes presentaban un grado de **DEPENDENCIA LEVE** ya que la media del índice de Barthel fue de 79.02 (leve: 75-90 puntos; moderada: 50-75 puntos; severa: 25-50 puntos; y total: 0-25 puntos) con un mínimo de 40 y un máximo de 100 puntos.

Figura 6. Gestión administrativa en la Unidad de Día de la UMIPIC-RV (2º semestre 2022)

GESTIÓN CONSULTAS EXTERNAS EN HOSPITAL DE DÍA Y CONSULTA MÉDICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA UMIPIC (8ª PLANTA DEL H. PROVINCIAL-SERVICIO M. INTERNA)								
AÑO 202		1ª VEZ (NUEVOS)	REVISIÓN/SEGUIMIENTO	TELFÓNICA	TELECONSULTA	INTERCONSULTA	ENFERMERÍA	TOTAL
JULIO	1 SEMANA							0
	2 SEMANA	1	2	2			4	9
	3 SEMANA						2	2
	4 SEMANA		6	8			3	17
	5 SEMANA	1		3			3	7
SUBTOTAL		2	8	13	0	0	12	35
AGOSTO	1 SEMANA							0
	2 SEMANA							0
	3 SEMANA							0
	4 SEMANA							0
	5 SEMANA							0
SUBTOTAL		0	0	0	0	0	0	0
SEPTIEMBRE	1 SEMANA						1	1
	2 SEMANA		4	2			2	8
	3 SEMANA		7	1			5	13
	4 SEMANA	1	7	6			3	17
	5 SEMANA		11	2			1	14
SUBTOTAL		1	29	11	0	0	12	40
OCTUBRE	1 SEMANA		12	5			2	19
	2 SEMANA		10				1	11
	3 SEMANA	1	7	5			4	17
	4 SEMANA	1	8	3			2	14
	5 SEMANA							19
SUBTOTAL		2	37	13	0	0	9	80
NOVIEMBRE	1 SEMANA		3					3
	2 SEMANA	1	4	1			5	11
	3 SEMANA	1	4		2		6	13
	4 SEMANA	3	7	2	1	1	5	19
	5 SEMANA	1	6		1		1	9
SUBTOTAL		6	24	3	4	1	17	49
DICIEMBRE	1 SEMANA	2	2		2			6
	2 SEMANA						1	1
	3 SEMANA		8	2			2	12
	4 SEMANA		4				3	7
	5 SEMANA							6
SUBTOTAL		2	14	2	2	0	6	32
ACUMULADO		13	112	42	6	1	56	230

Figura 7. Gestión administrativa en la Unidad de Día de la UMIPIC-RV (1º semestre 2023)

GESTIÓN CONSULTAS EXTERNAS EN HOSPITAL DE DÍA Y CONSULTA MÉDICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA UMIPIC (8ª PLANTA DEL H. PROVINCIAL-SERVICIO M. INTERNA)								
AÑO 2023		1ª VEZ (NUEVOS)	REVISIÓN/SEGUIMIENTO	TELFÓNICA	TELECONSULTA	INTERCONSULTA	ENFERMERÍA	TOTAL
ENERO	1 SEMANA			1			6	13
	2 SEMANA	2	4				3	0
	3 SEMANA		7		1	1		10
	4 SEMANA	2	8				1	1
	5 SEMANA							
SUBTOTAL		4	19	1	1	1	10	36
FEBRERO	1 SEMANA		3	1			1	5
	2 SEMANA	4	5		1	1	2	13
	3 SEMANA	4	6	4	1	1	4	20
	4 SEMANA	1	7	4	1		3	16
	5 SEMANA							0
SUBTOTAL		9	21	9	3	2	10	54
MARZO	1 SEMANA	1	3	3			1	8
	2 SEMANA		10	3	2		4	19
	3 SEMANA	2	8	5			4	19
	4 SEMANA	5	10	5	3		9	32
	5 SEMANA	4	7	6	5		2	24
SUBTOTAL		12	38	22	10	0	20	102
ABRIL	1 SEMANA				1		2	3
	2 SEMANA				5		3	22
	3 SEMANA	6	6	2				18
	4 SEMANA	2	9	4	1		2	22
	5 SEMANA	3	10	1	2		6	65
SUBTOTAL		11	25	7	9	0	13	65
MAYO	1 SEMANA	1	9	5	1		2	18
	2 SEMANA	2	8	3			1	14
	3 SEMANA	2	8	3	2		1	16
	4 SEMANA		3		2		2	7
	5 SEMANA	1	4					5
SUBTOTAL		6	32	11	5	0	6	60
JUNIO	1 SEMANA						1	12
	2 SEMANA	2	7	1	1		5	21
	3 SEMANA	2	4	9	1		2	11
	4 SEMANA		4	5			5	16
	5 SEMANA	1	8	2				60
SUBTOTAL		5	23	17	2	0	13	60

ACUMULADO 47 158 67 31 3 71 377

TOTAL 2 SEMESTRES 60 270 109 37 4 127 607

En la **Figura 6 y 7** se muestran de manera mensual los resultados de la gestión administrativa de la UMIPIC-RV durante el 2º semestre del 2022 y el 1º semestre del 2023 con respecto a pacientes nuevos, revisión/seguimiento, consultas telefónicas, teleconsultas y consultas de enfermería y que ha recogido la enfermera (Puri Durán) de los registros de consulta que hace a diario.

En el total de los 2 semestres se realizaron las siguientes consultas: 60 pacientes de 1ª vez (nuevos), 270 pacientes revisión/seguimiento, 109 consultas telefónicas, 37 teleconsultas, 4 interconsultas y 127 consultas de enfermería lo que supone un total de 607 consultas (puedo decir que los datos son similares a los suministrados por Carmen Luque).

B. RESULTADOS DEL AUTOCUIDADO EN IC REALIZADOS POR ENFERMERÍA.

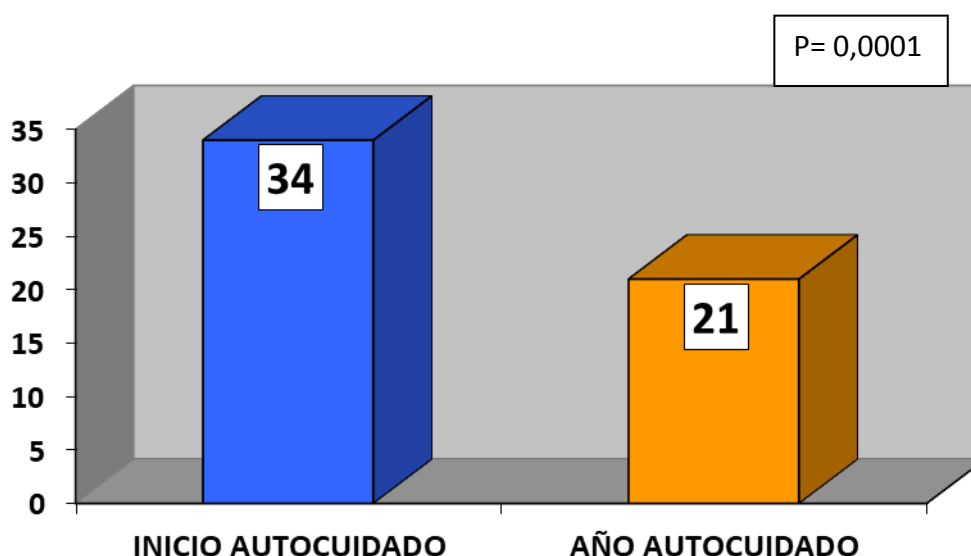
Por parte de enfermería, se ha realizado educación sanitaria a todos los pacientes y familiares que han sido incluidos en el programa tanto en las primeras consultas como en las sucesivas que se analizan en esta Memoria del año 2023.

El nivel de autocuidado en IC se ha medido mediante la escala europea de autocuidado en

IC (European Heart Failure Self-care Behaviour Scale, EHFS_{CS}). Mediante esta escala conocemos el nivel de autocuidado e indirectamente el conocimiento y la concienciación sobre la enfermedad. Además, es una herramienta imprescindible que nos ayuda a conocer la evolución del paciente en sus autocuidados. Consta de 12 ítems que abordan diferentes aspectos del autocuidado. La puntuación global oscila de 12 (mejor autocuidado) a 60 (peor autocuidado). **Por tanto, las puntuaciones más bajas indican mejor autocuidado.**

Durante el periodo 2022-2023, al comparar las medias de autocuidado en la primera visita y a los 12 meses, se observa que existe una mejoría en el autocuidado estadísticamente significativa ($p = 0.0001$). Los pacientes de nuestra Unidad partieron de una puntuación media de conocimiento de la IC de 34 (Fig. 8) mientras que a los 12 meses se ha conseguido un mejor conocimiento de la IC con una puntuación media de 21 (**reducción del 38.2 % en la puntuación de la escala EHFS_{CS}**), mientras la reducción en la Memoria del año 2021 fue del 17.4 % y en la del año 2020 del 16.1%). Por tanto, mejoramos los conocimientos en autocuidados que la enfermera proporciona al paciente y sus cuidadores.

Figura 8. Autocuidados de los pacientes con IC durante el periodo 2022-2023



C. INFORME DE CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON IC QUE INGRESAN EN EL PROGRAMA UMIPIC-RV.

Objetivo específico. La Unidad de Gestión Clínica de MI se marca como objetivo para el año 2022-2023 mejorar en las puntuaciones sobre la calidad de vida en los pacientes con IC. Para la evaluación de este objetivo hemos utilizado el cuestionario SF-36 sobre percepción de la calidad de vida para la IC en pacientes seguidos en la UMIPIC-RV.

Fórmula: no aplica.

Límite superior:/ Límite Inferior: Cumple, No cumple.

Fuente de Información: UGC.

Área: orientación al ciudadano.

Metodología de evaluación: informe sobre el trabajo realizado y las puntuaciones pre y post de los pacientes en los cuestionarios de calidad de vida tras las intervenciones realizadas con estos pacientes.

Introducción

La UMIPIC-RV atiende a pacientes con IC de manera integral y cuyo objetivo es evitar reingresos y consultas a urgencias de los pacientes. Se ha demostrado la eficacia y reproductibilidad de dichas unidades poniendo en evidencia que tras ser incluidos en el programa UMIPIC-RV se reducen en hasta un 80% los reingresos por IC. Los pilares de este programa están basados en una atención integral personalizada con atención médica telefónica a requerimientos de los pacientes, una educación sanitaria a los pacientes y familiares por parte de enfermería al objeto de mejorar el conocimiento de la enfermedad y fomentar los autocuidados. Además, se evalúa el grado de dependencia, las comorbilidades, se les pasa un test de autocuidados y se concilia el tratamiento en la receta XXI.

Pacientes y métodos

De los pacientes nuevos incluidos durante el periodo de la Memoria del 2023 en UMIPIC-RV se ha evaluado la calidad de vida a 25 pacientes con IC mediante el cuestionario de calidad de vida genérico SF-36 al inicio del seguimiento y al año.

El SF-36 consta de 36 temas que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitación por problemas físicos; limitación por problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas 8 categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año:

1. Función física: grado en que la falta de salud limita las actividades de la vida diaria, como el cuidado personal, el caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos.

2. Limitación por problemas físicos: grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

3. Dolor corporal: medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual.

4. Percepción de la salud general: valoración del estado de salud, que incluye la situación habitual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

5. Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

6. Función social: grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

7. Limitación por problemas emocionales: grado en el que los problemas emocionales afecta al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

8. Salud mental: valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general

Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

La descripción de las variables se expresa como la media, desviación típica e intervalo para las variables cuantitativas (**Tabla 3**). Para la comparación de medias antes y después se ha utilizado el test de Wilcoxon.

Al comparar las medias de las diferentes dimensiones del test de calidad de vida antes y después del seguimiento, se observa que existe una mejoría en todas las dimensiones con valores estadísticamente significativos (**Tabla 4**).

Tabla 3. Valores de las dimensiones del SF-36 al inicio del seguimiento

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Función Física	25	0	65	16	15,343
Limitación por P. Físicos	25	0	100	47	48,584
Dolor	25	0	75	41,75	16,704
Función social	25	19	75	44,75	12,458
Salud Mental	25	36	76	54,56	9,01
Limitación por P. Emocional	25	0	100	68	47,61
Vitalidad	25	20	70	38,4	14,121
Salud general	25	20	50	39,8	6,69

Tabla 4. Valores de las dimensiones del SF-36 antes y después de 1 año

	N	Antes Media	Después Media	p
F. Física	25	16	30	0.0001
Lim Físicos	25	47	82	0.003
Dolor	25	41.75	49.25	0.035
F. social	25	44.75	55.5	0.002
S. Mental	25	54.56	61.28	0.002
Lim. Emocional	25	68	99.33	0.013
Vitalidad	25	38.4	50.2	0.003
Salud general	25	39.8	50.6	0.002

Los resultados en general si los comparamos con la Memoria del año 2022 han sido mejores, porque ha habido más ítems con significación estadística. La calidad de vida percibida por los pacientes tras el seguimiento de un año es mejor en todas las dimensiones con significación estadística.

Discusión

La UMIPIC-RV ha demostrado ser un programa útil (basado en un seguimiento integral y personalizado de los pacientes, con educación sobre su enfermedad tanto a pacientes como a familiares) y es un programa reproducible, reduciendo ingresos y visitas a urgencias.

La calidad de vida percibida por lo pacientes tras el seguimiento de un año es mejor con significación estadística en todas sus dimensiones.

D. RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA EN LA UMIPIC-RV.

Los resultados de esta actividad vienen expresados en la **Tabla 5** en cuanto a consulta de enfermería, administración de tratamiento, llamadas telefónicas, ecocardiografía/ecografía pulmonar, ECG, MAPA, ITB, continuidad asistencial y cursos impartidos.

Tabla 5. Resultados de la actividad de enfermería especialista en IC de la UMIPIC-RV

ACTIVIDAD	2º SEMESTRE 2022	1º SEMESTRE 2023	TOTAL
CONSULTA ENFERMERÍA	43	64	107
ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO	12	6	18
LLAMADAS TELEFÓNICAS	469	661	1130
ECOCARDIOSCOPIA/ECO PULMONAR	33	82	115

ECG (electrocardiograma)	8	10	18
MAPA (Monitorización Amb. PA)	7	23	30
ITB (índice tobillo-brazo)	1	2	3
CONTINUIDAD ASISTENCIAL	127	129	256
CURSOS IMPARTIDOS	2		

E. ACTIVIDADES DE GESTIÓN MÉDICO-ENFERMERA, ASÍ COMO PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y TERAPÉUTICAS REALIZADAS POR LA UMIPIC-RV EN PACIENTES CON IC DURANTE EL 2º SEMESTRE DEL 2022 Y EL 1º SEMESTRE DEL 2023.

De forma global y si comparamos con la Memoria del año 2022 hemos realizado solo 1 actividad más contando que hemos estado 2 internistas menos durante todo el año (Dra. Cortés y Dra. León) y que la Dra. Adarraga estuvo en otra actividad fuera de la UMIPIC-RV (Cuidados Paliativos) durante 3 meses por lo que su consulta se vio mermada en cuanto a pacientes nuevos y revisiones. Este hecho ha repercutido en el descenso del número de pruebas complementarias específicas de UMIPIC-RV por falta de tiempo material para poder realizar tal actividad.

Indudablemente el esfuerzo por parte del equipo UMIPIC-RV ha sido importante si contamos que hemos realizado la misma actividad con la mitad de personal. He de recordar que todos los integrantes del equipo UMIPIC-RV realizamos el mismo pase de planta de MI con el mismo número de enfermos que el resto de mis compañeros de MI que no forman parte de la UMIPIC-RV, además de realizar pruebas complementarias como son ecocardiografía, MAPA, ITB, atender a Hospital de Día en cuanto a tratamientos iv (hierro, diuréticos) etc. y por supuesto agradecemos a la enfermera especialista en IC (Puri) el magnífico trabajo que lleva realizando desde hace años en esta Unidad ya que sobre ella se pivota mucha de la actividad que llevamos a cabo y sin la cual sería imposible seguir adelante.

Solo me queda decir BRAVO por mis compañeros. Pero tengo que decir en contra que estamos al límite de trabajo y que, de esta forma, por más que queramos es imposible que sigamos creciendo en buenos resultados, como comprobaréis en las páginas siguientes, y en el desarrollo de nuevas técnicas, proyectos, ensayos, registros, ampliación de programa a Atención Primaria, etc. si no se lleva a cabo una reestructuración de la actividad general de MI que realizamos porque “el que mucho abarca poco aprieta”.

Tabla 6. Actividad de gestión médico-enfermera, pruebas complementarias y terapéuticas realizadas por la UMIPIC-RV en pacientes con IC durante el 2º semestre del 2022, el 1º semestre del 2023 y la totalidad para la Memoria del año 2023

ACTIVIDADES	2º SEMESTRE DEL 2022	1º SEMESTRE DEL 2023	TOTAL
GESTIÓN			
1ª CONSULTA (NUEVOS)	13	47	60
REVISIÓN MÉDICA	112	158	270
CONSULTA TLF. MÉDICA	42	67	109
IC/TELECONSULTA	7	33	40
CONSULTA ENFERMERÍA	56	71	127
GESTIÓN TLF. ENFERMERA	469	661	1130
ENCUESTA ENFERMERA	45	130	175
EDUCACIÓN PARA SALUD	69	96	220

SUBTOTAL			2131
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			
ECOCARDIOSCOPIA	33	82	115
ECG	8	10	18
MAPA-24 HORAS	7	23	30
ITB	1	2	3
PRUEBAS ESPECIALES	2	0	2
TEST DEL CAPTOPRIL	1	0	1
SUBTOTAL			169
TERAPÉUTICAS			
HIERRO CARBOXIMALT.	10	6	16
TERAPIA DIURÉTICA	2	0	2
EXTRACCIÓN DE SANGRE	4	19	23
SANGRÍA	1	0	1
SUBTOTAL			42
TOTAL			2342

F. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD Y REINGRESOS < 30 DÍAS, < 90 DÍAS, < 180 DÍAS Y < 365 DÍAS.

Solicité a primeros de enero de 2024 al Documentalista del Hospital (Juanjo) que me proporcionara los datos de ingresos y mortalidad por IC (tanto si el diagnóstico estaba en posición principal como en cualquier posición) así como de los reingresos por IC que ocurrieron en < 30 días, < 90 días, < 180 días y < 365 días durante el periodo de estudio de esta Memoria (1 de julio de 2022 al 30 de junio de 2023).

Los resultados se expresan en las **Tablas 7 y 8** y **Figura 9**.

Tabla 7. Episodios de alta, éxitos y estancia media por IC (diagnóstico en cualquier posición y principal) tras hospitalización del Servicio de MI durante la Memoria del año 2023

DIAGNÓSTICO	ALTAS	ÉXITOS	ESTANCIA MEDIA	%
CUALQUIER POSICIÓN	1730	364	8.15 días	21.04
PRINCIPAL	797	162	7.77 días	20.33

La mortalidad anual de estos episodios en este servicio de MI fue del **21.04%** en el caso de que el diagnóstico de IC estuviese en cualquier posición y del **20.33%** en caso de que el diagnóstico de IC fuese principal (muy similar). Estos datos coinciden con los publicados en la literatura internacional donde la mortalidad por IC en el primer año oscila entre el 15% y el 30% (Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. Cardiovascular Research 2022; 118:3272-3287).

En cuanto a los reingresos por IC que ocurrieron en < 30 días, < 90 días, < 180 días y < 365 días (ya sea diagnóstico de IC en cualquier posición o principal) obtuvimos los siguientes resultados (**Tabla 8** y **Figura 9**).

Como podemos observar en la **Tabla 8**, un 15-16% de los pacientes van a reingresar en nuestro servicio de MI al mes del alta post-hospitalización, bien sea con el diagnóstico de IC en

cualquier posición o como principal. A los 3-6 meses se van a duplicar los reingresos de nuestros pacientes llegando al 30-39% aproximadamente y al año observamos como se triplica dichos reingresos, con respecto al primer mes, llegando al 45-47%. Nuestros resultados si los comparamos con otros a nivel internacional podemos decir que son mejores ya que al mes los reingresos rondan el 20% y al año el 67% en otros grupos de investigación.

Tabla 8. Reingresos < 30 días, < 90 días, < 180 días y < 365 días por IC (diagnóstico en cualquier posición y principal) en planta de Hospitalización del Servicio de M. Interna durante la Memoria del año 2023

DIAGNÓSTICO	REINGRESO < 30 DÍAS (N)	%	REINGRESO < 90 DÍAS (N)	%	REINGRESO < 180 DÍAS (N)	%	REINGRESO < 180 DÍAS (N)	%
CUALQUIER POSICIÓN	269	16	485	28	623	36	779	45
PRINCIPAL	117	15	239	30	311	39	376	47

Como he dicho en la introducción a esta Memoria, nuestro objetivo principal para los próximos años es intentar reducir tanto la mortalidad como los reingresos de estos pacientes ya que es muy elevada. Una reducción de reingresos al mes en torno al 10% sería posible con el programa UMIPIC-RV y si dispusiésemos de la presencia de un equipo multidisciplinar y con una maquinaria bien engranada, sobre todo entre MI y Atención Primaria, con el apoyo de la enfermería tanto de primaria como de especializada sería más fácil. Todo ello repercutirá en una mejora de la calidad de vida del paciente, menor morbi-mortalidad y en un descenso del gasto sanitario, que a modo de recuerdo la IC supone entre el 2% y el 3% del gasto sanitario global.

G. RESULTADOS EN CUANTO A REINGRESOS Y URGENCIAS DE LOS PACIENTES POST-HOSPITALIZACIÓN Y EN SEGUIMIENTO.

A pesar de los resultados sobre morbi-mortalidad en IC dentro de nuestro servicio de MI anteriormente referidos, voy a exponer los resultados obtenidos de los pacientes tras el alta post-hospitalización (nuevos) así como de los que están en seguimiento durante el periodo de la Memoria del año 2023.

Si nos fijamos en la **Tabla 9** y analizamos los **datos totales** de los pacientes post-hospitalización incluidos en el programa UMIPIC-RV sobre IC (nuevos) observamos que de los 37 pacientes, 46 ingresos hospitalarios y 80 consultas en urgencias fueron en los 6 meses anteriores a su inclusión en el programa, mientras que el número de ingresos hospitalarios y consultas en urgencias por cualquier causa (no sólo IC) tras 6 meses de seguimiento fue de 7 (**reducción del 84.7%**) y 21 (**descenso del 73.8%**), respectivamente. Estos resultados son mejores a los obtenidos en la Memoria del año 2022 (a pesar de la reducción importante de paciente incluidos en programa) y probablemente refleje que la selección de pacientes con IC incluidos en programa UMIPIC-RV así como el seguimiento dentro del programa ha sido correcta.

Llama la atención que los resultados en cuanto a la reducción de ingresos hospitalarios y de consulta a urgencias [a pesar del número mucho más reducido de pacientes incluidos en programa durante el 2º semestre del 2022 (9 pacientes) versus 1º semestre del 2023 (28 pacientes)] son muy similares. Esto nos debe hacer recapacitar que cuantos más pacientes se introduzcan en programa (siempre bien seleccionados) vamos a mejorar de forma importante la calidad de vida, reducir la mortalidad y morbilidad y disminuir el gasto sanitario de muchos más pacientes con IC y pluripatología. Por ello hace falta una mayor inversión de recursos en este programa de IC.

Tabla 9. Análisis de los diferentes periodos (ingresos hospitalarios y consultas en urgencias) en el periodo de Memoria del año 2023 de los pacientes post-hospitalización (nuevos)

PERIODO	N	INGRESOS - 6 MESES	INGRESOS + 6 MESES	% ↓	URGENCIAS - 6 MESES	URGENCIAS + 6 MESES	% ↓
2º SEM 2022	9	13	2 (D: - 11)	84.6	21	6 (D: - 15)	71.4
1º SEM 2023	28	33	5 (D: - 28)	84.8	59	15 (D: - 44)	74.6
TOTAL	37	46	7 (D: - 39)	84.7	80	21 (D: - 59)	73.8

D: diferencia entre ingresos (+ 6 meses – 6 meses) y consultas urgencias (+ 6 meses – 6 meses)

En resumen, el análisis global de los resultados es impresionante ya que hemos logrado una reducción de ingresos hospitalarios del 85% y de consultas a urgencias del 74% en el paciente post-hospitalizado por IC tras 6 meses de seguimiento.

El número total de pacientes que están en seguimiento e incluidos en el programa UMIPIC-RV a 30 de junio de 2023 fue de **160 pacientes**. En la **Tabla 10** analizamos los **datos totales** de los pacientes que han acudido a sucesivas consultas de revisión y que estaban en seguimiento e incluidos en el programa UMIPIC-RV sobre IC. Observamos que de los 287 revisados contabilizamos 60 ingresos hospitalarios y 220 consultas a urgencias en los 6 meses anteriores a su inclusión en programa, mientras que el número de ingresos hospitalarios y consultas en urgencias por cualquier causa (no sólo IC) tras 6 meses de seguimiento fue de 30 (**reducción del 50%**) y 163 (**descenso del 25.9%**), respectivamente.

Tabla 10. Análisis de los diferentes periodos (ingresos hospitalarios y consultas en urgencias) en el periodo de Memoria del año 2023 de los pacientes en seguimiento incluidos en el programa UMIPIC-RV.

PERIODO	N	INGRESOS - 6 MESES	INGRESOS + 6 MESES	% ↓	URGENCIAS - 6 MESES	URGENCIAS + 6 MESES	% ↓
2º SEM 2022	122	29	22 (D: - 7)	24.1	100	90 (D: - 10)	10
1º SEM 2023	165	31	8 (D: - 23)	74.2	120	73 (D: - 47)	39.2
TOTAL	287	60	30 (D: - 30)	50	220	163 (D: - 57)	25.9

D: diferencia entre ingresos (+ 6 meses – 6 meses) y consultas urgencias (+ 6 meses – 6 meses)

Llama la atención que hubo una reducción considerable de ingresos y consultas a urgencias durante el 1º semestre del 2023 versus 2º semestre del 2022 y ello puede ser debido al aumento de ingresos por IC que generalmente ocurren durante los meses de invierno. Por ello, cuantos más pacientes con IC y pluripatología estén en seguimiento del programa UMIPIC-RV (siempre bien seleccionados) vamos a mejorar los resultados en cuanto a calidad de vida, reducción de la mortalidad y morbilidad y disminución del gasto sanitario. Pero debemos tener en cuenta que la estancia del paciente en el programa está limitada a un máximo de 18-24 meses, aunque el paciente puede ser reintroducido como nuevo en caso de descompensación (puertas abiertas y giratorias) ya que los beneficios del programa son mayores en los que ingresan/reingresan post-hospitalización como nuevos (**Tabla 9**). Con ello lo que queremos es dar una oportunidad a aquellos pacientes que no hayan estado nunca en seguimiento por el programa UMIPIC-RV o que son reingresadores al estar más inestables desde el punto de vista cardiológico. Para ello hace

falta una mayor inversión de recursos (personal y económico) en este programa UMIPIC-RV de IC, reinvertiendo lo ahorrado en mejoras.

En resumen, el análisis global demuestra que hemos logrado una reducción de ingresos hospitalarios del 50% y de consultas a urgencias del 26% del paciente con IC que está en seguimiento desde la consulta UMIPIC-RV tras 6 meses de seguimiento. Estos resultados son mejores que los publicados en España.

El año pasado no analicé los datos de mortalidad de los pacientes que están en seguimiento por la UMIPIC-RV, en parte por desconocimiento. Sin embargo, este año y tras hablar con los documentalistas hospitalarios (Juanjo y José) me han podido suministrar los datos que le solicité en relación con los reingresos y la mortalidad de los **160 pacientes** que estaban en seguimiento del programa UMIPIC-RV al 30 de junio de 2023.

Está demostrado que el riesgo de mortalidad por cada hospitalización por IC se asocia a un aumento exponencial en el porcentaje de mortalidad del paciente (20%, 32%, 49% y 64% tras el 2º, 3º, 4º y 5º o más ingresos, respectivamente). Por ello, cada vez que ingresa el paciente le estamos quitando meses de vida (**Figura 3**) y según la **Tabla 9**, los pacientes 6 meses antes de entrar en el programa UMIPIC-RV ingresaban mucho más que 6 meses después de la post-hospitalización (46 versus 7).

Hemos realizado un análisis de los reingresos < 30 días con el diagnóstico de IC en cualquier posición tras el alta hospitalaria del grupo de seguimiento (N = 160 pacientes), así como de la mortalidad hospitalaria durante el año de la Memoria del año 2023 (análisis similar al realizado sobre la mortalidad y reingresos por IC en el servicio de MI, **Tablas 7 y 8 y Figura 9**) (**Tabla 11**).

Tabla 11. Análisis de los Reingresos < 30 días y Éxitus de los pacientes en seguimiento en programa UMIPIC-RV durante la Memoria del año 2023

N = 160 pacientes	REINGRESOS < 30 DÍAS	%	ÉXITUS AÑO	%
DIAGN. IC EN CUALQUIER POSICION	11	6.9	7	4.4

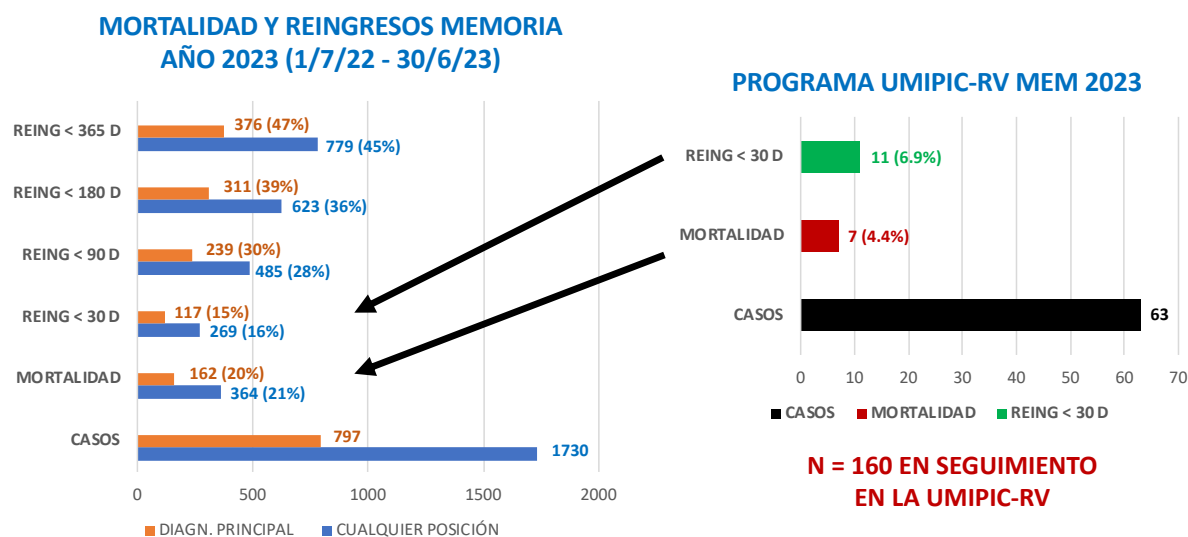
Si observamos la **Figura 9** y comparamos los resultados de los pacientes en seguimiento en el programa UMIPIC-RV con los resultados del análisis global del Servicio de MI (quiero aclarar que no son los mismos pacientes ya que el paciente que entra en programa tiene menos deterioro cognitivo y mejor capacidad funcional, así como la ayuda de cuidadores) no me queda más que decir que son **IMPRESIONANTES**.

De los 11 reingresos de los 160 pacientes que estaban en seguimiento: tres tuvieron 1 reingreso y dos tuvieron 4 reingresos.

Las causas de muerte de los pacientes que estaban en seguimiento fueron: 1 por COVID-19, 1 por shock séptico, 3 por IC avanzada (cardiorrenal) y 2 por edema agudo de pulmón.

Si aplicamos los porcentajes de mortalidad y reingresos del Servicio de M. Interna global (Figura 9) al grupo de seguimiento (n = 160) de la UMIPIC-RV, hemos evitado 24 reingresos (TOTAL: 24 + 11 = 33) en un mes y lo más importante hemos evitado 27 muertes (TOTAL: 27 + 7 = 34) en un año. En resumen, hay una reducción del 67% de reingresos y del 79% de mortalidad de los pacientes en seguimiento en programa UMIPIC-RV.

Figura 9. Altas por IC (diagnóstico principal o cualquier posición), mortalidad y reingresos (< 30, < 90, < 180 y < 365 días) del servicio de MI y mortalidad y reingresos < 30 días por IC (cualquier posición) de los pacientes en seguimiento programa UMIPIC-RV (Memoria año 2023)



A pesar de no estar todavía en marcha el equipo multidisciplinar de IC hemos conseguido que los reingresos al mes de los pacientes en seguimiento en programa UMIPIC-RV fuesen < 7% con lo cual hemos cumplido el objetivo que nos habíamos planteado que era de una reducción en torno al 10%. Otro dato impactante es que la mortalidad fue < 5% cuando la mortalidad al año en estudios internacionales oscila entre el 15% y el 30% (en nuestro caso fue del 21%). Todos estos resultados nos hacen sentirnos contentos y creemos que vamos por el buen camino. Además, todo ello ha repercutido en una mejora de la calidad de vida del paciente y en un descenso del gasto sanitario como posteriormente se comenta.

H. AHORRO DE ESTANCIAS.

De los 37 pacientes nuevos (post-hospitalización) con IC que fueron incluidos en el programa UMIPIC-RV para IC hubo 324 estancias hospitalarias en los 6 meses anteriores a su inclusión mientras que tras 6 meses de seguimiento posthospitalización hubo 34 lo que supuso una **reducción de un 89.5% de las estancias hospitalarias totales**. Por tanto, el **ahorro de estancias hospitalarias fue de 290 (Tabla 12)** y por tanto los **resultados** que obtuvimos han sido **muy buenos** al compararlos con las Memorias del año 2021 que fue de 176 (pandemia) o frente a la Memoria del año 2020 que fue una reducción de 223, pero peor que la Memoria del año 2022 que fue de 455 aunque en este caso el porcentaje de reducción total fue inferior (71.8%).

Tabla 12. Estancias e impacto económico de los pacientes post-hospitalización (nuevos) incluidos en el programa UMIPIC-RV de la Memoria del año 2023

PERIODO	N	ESTANCIAS - 6 MESES	ESTANCIAS + 6 MESES	% ↓	ESTANCIAS AHORRADAS	AHORRO GASTO SANITARIO (euros)
2º SEMESTRE 2022	9	96	14	85.4	82	56.491
1º SEMESTRE 2023	28	228	20	91.2	208	143.275
TOTAL	37	324	34	89.5	290	199.758

Como podemos comprobar en el **1º semestre del 2023 se produjo una reducción de estancias hospitalarias del 91.2% con 208 estancias ahorradas. Sin embargo, en el 2º semestre del 2022 hubo una reducción similar de estancias hospitalarias (85.4%) pero al haber incluido un menor número de pacientes las estancias ahorradas fueron inferiores (82).**

Impacto cuantitativo: en la **Tabla 12** se puede ver el ahorro total (tanto en días de hospitalización como en euros). Si tenemos en cuenta que el coste de hospitalización por día en el HURS en el año 2015 era de 688,82 euros con respecto a la estancia media estándar para nuestro grupo de complejidad hospitalaria y que probablemente actualmente sea superior (Fuente: COANH, datos facilitados por la Dirección Económica pertenecientes al año 2015) podemos decir que según nuestros resultados extraídos de la Memoria del año 2023 de la UMIPIC-RV para IC, el **ahorro ha sido de 199.758 euros en los 12 meses** y que dicho ahorro fue mayor en el 1º semestre del 2023.

Con respecto al grupo de los 160 pacientes en seguimiento del programa UMIPIC-RV por IC, hubo 369 estancias hospitalarias 6 meses anteriores al seguimiento mientras que tras 6 meses hubo 169 lo que supuso una **reducción de un 54.2% de estancias hospitalarias totales**. Por tanto, el **ahorro de estancias hospitalarias fue de 200 (Tabla 13)**.

Como podemos comprobar en el **1º semestre del 2023 se produjo una reducción de estancias hospitalarias del 79.7% con 141 estancias ahorradas y sin embargo la reducción en el porcentaje de estancias hospitalarias en el 2º semestre del 2022 fue del 30.7% lo que supuso sólo 59 estancias ahorradas**. Ello probablemente se explique porque durante los meses de invierno los pacientes ingresan más por descompensación de su IC u otras patologías y con estancias más prolongadas.

Tabla 13. Estancias e impacto económico de los pacientes en seguimiento del programa UMIPIC-RV analizados para la Memoria del año 2023

PERIODO	N	ESTANCIAS - 6 MESES	ESTANCIAS + 6 MESES	% ↓	ESTANCIAS AHORRADAS	AHORRO GASTO SANITARIO (euros)
2º SEMESTRE 2022	122	192	133	30.7	59	40.640
1º SEMESTRE 2023	165	177	36	79.7	141	97.124
TOTAL	287	369	169	54.2	200	137.764

Impacto cuantitativo: en la **Tabla 13** se puede ver el ahorro total (tanto en días de hospitalización como en euros). Si tenemos en cuenta que el coste de hospitalización por día en el HURS en el año 2015 era de 688,82 euros con respecto a la estancia media estándar para nuestro grupo de complejidad hospitalaria y que probablemente actualmente sea superior (Fuente: COANH, datos facilitados por la Dirección Económica pertenecientes al año 2015) podemos decir que según nuestros resultados extraídos de la Memoria del año 2023 de la UMIPIC-RV para IC dentro del capítulo de seguimiento, el **ahorro ha sido de 137.764 euros en los 12 meses** y que dicho ahorro fue mayor en el 1º semestre del 2023.

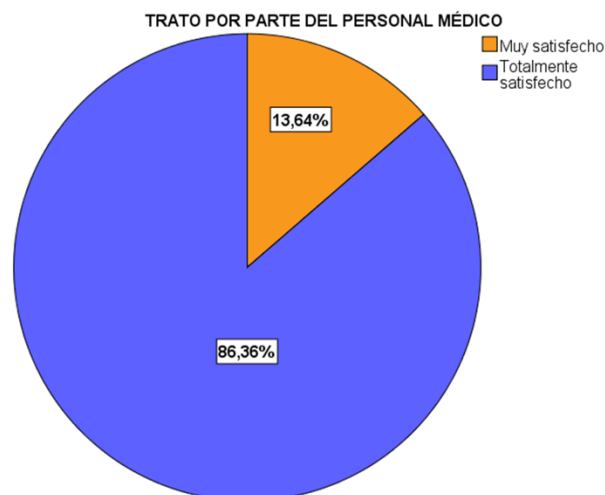
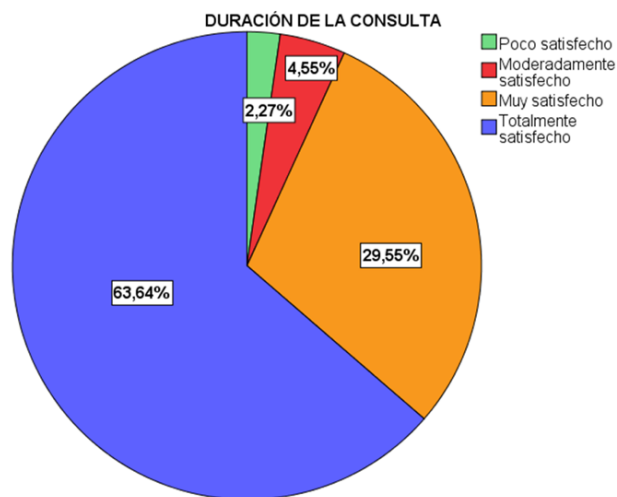
Si sumamos el ahorro en gasto sanitario de los pacientes post-hospitalización (199.758 euros) y de los pacientes en seguimiento (137.764) supone un descenso del gasto sanitario durante el año 2023 de **337.522 euros**.

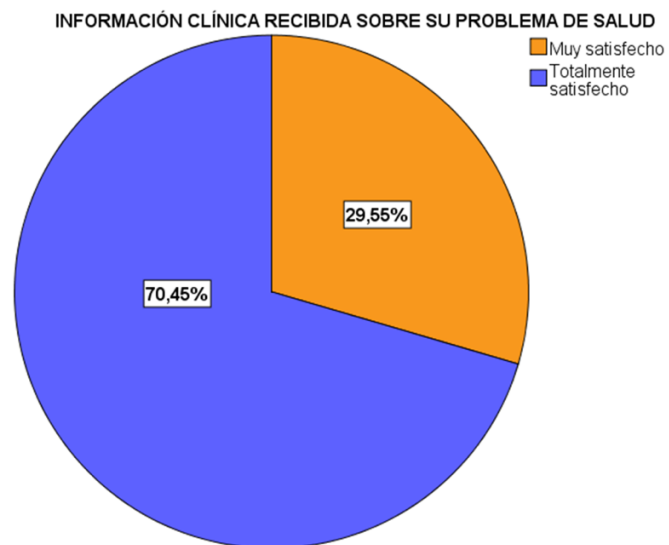
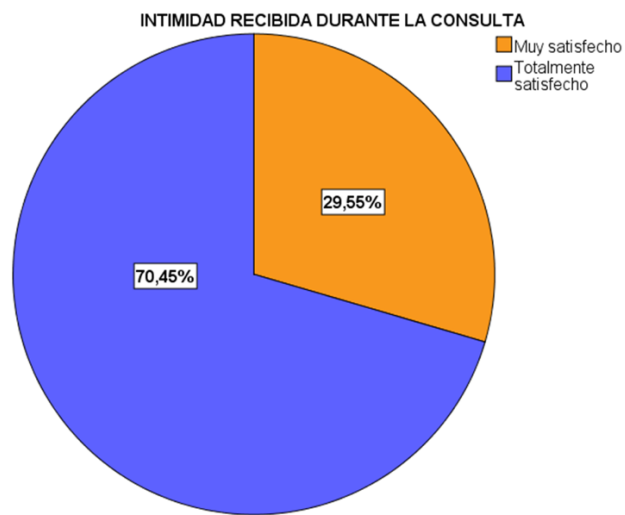
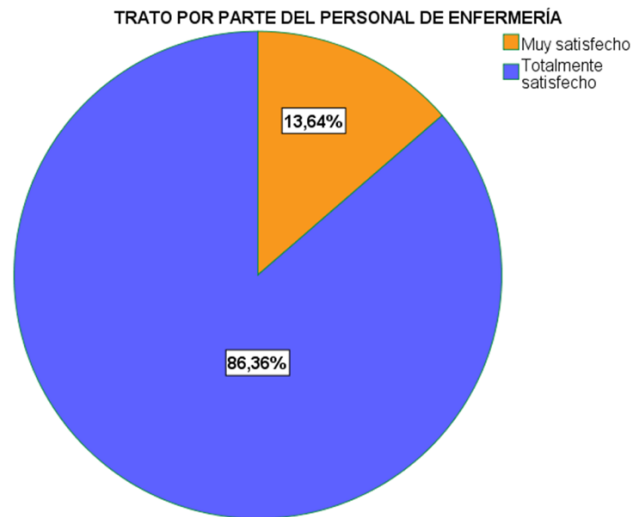
I. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

Se ha realizado una encuesta de satisfacción a 44 pacientes con IC de la consulta UMIPIC-RV que fueron introducidos en el programa UMIPIC-RV, la mayoría (37) procedentes de post-hospitalización (nuevos) y algunos de teleconsulta (7) de Atención Primaria (nuevos).

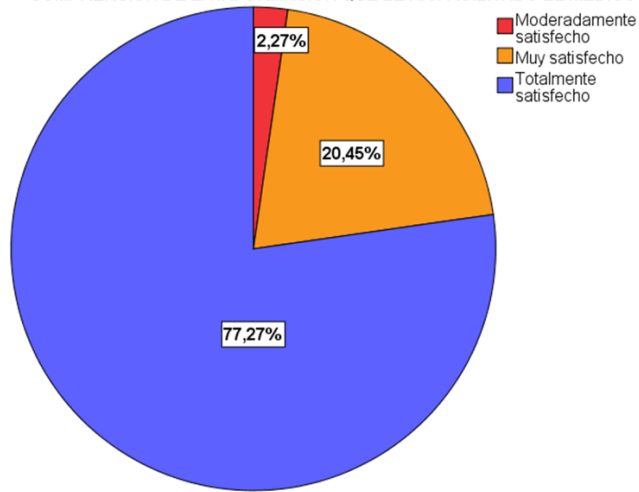
Se plantearon 10 preguntas (duración de la consulta, trato por parte del personal médico o de enfermería, intimidad recibida durante la consulta, información clínica recibida sobre su problema de salud, comprensión de la información que le ha facilitado el médico o la enfermera, disposición del médico o la enfermera que le ha atendido y facilidad para la obtención de citas) con las siguientes opciones:

- Nada satisfecho.
- Poco satisfecho
- Moderadamente satisfecho
- Muy satisfecho
- Totalmente satisfecho

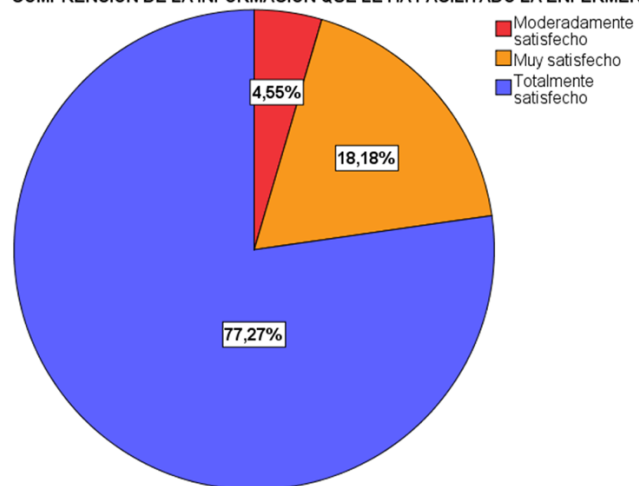




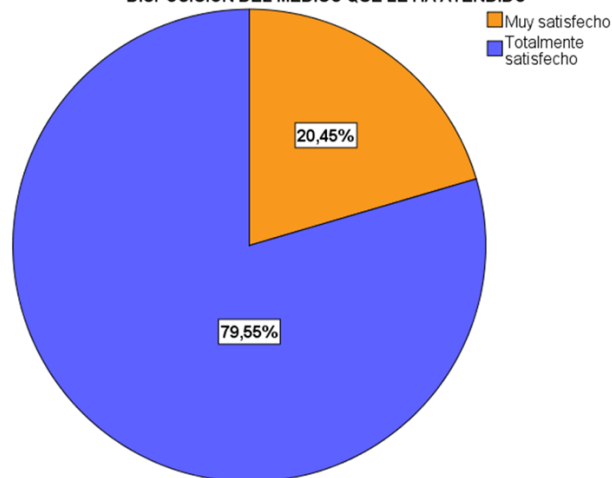
COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE LE HA FACILITADO EL MÉDICO

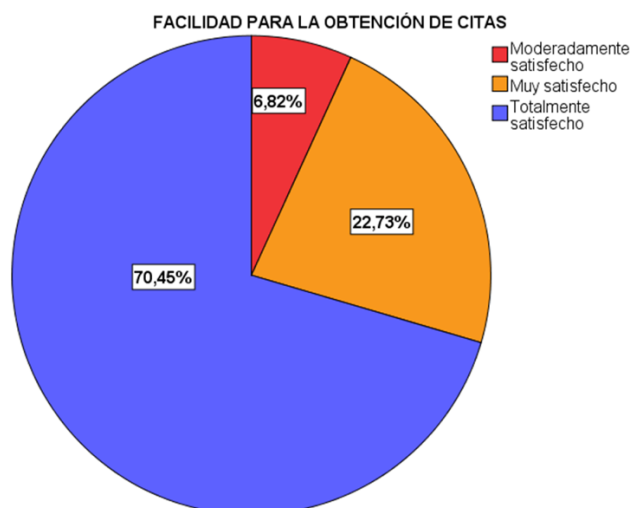
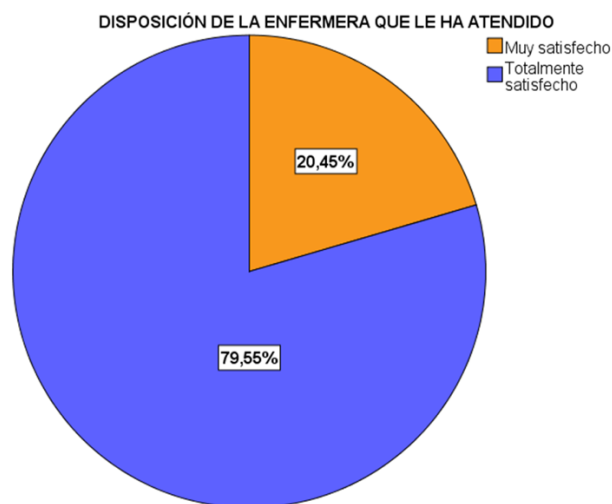


COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE LE HA FACILITADO LA ENFERMERA



DISPOSICIÓN DEL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO





Los resultados de la encuesta de satisfacción muestran que **entre el 90% y el 95%** de los pacientes están totalmente satisfechos o muy satisfechos con los ítems que se le preguntaron. Estos resultados favorables de la encuesta van parejos a los datos de seguimiento en cuanto a la reducción de reingresos, descenso en las consultas a urgencias, disminución de las estancias medias y el ahorro sanitario.

J. ACTIVIDAD INVESTIGADORA.

Uno de los objetivos del programa UMIPIC-RV es el desarrollo de investigación fundamentalmente clínica pero también básica y en este sentido se ha continuado desarrollando varios proyectos de investigación que se detallan a continuación (aunque no está costando mucho trabajo rellenar los formularios y solicitamos ayuda para llevarlos a cabo):

1. Registro nacional de pacientes con IC y Fibrilación Auricular. El Registro RICA se inició en 2008 y finalizó en 2017 con 5603 pacientes y 53 centros. Ello ha dado origen a más de 40 publicaciones nacionales e internacionales. En el momento actual se pone en marcha el registro RICA-2 (2023) y nuestro HURS forma parte de los grupos que integran el registro.

2. Nueva app denominada ApplCFA creada para el manejo de la IC y fibrilación auricular

que ya está disponible para dispositivos Android e IOS.

3. Registro REGAMIC: registro de pacientes con sospecha de amiloidosis en IC que se inicia en enero 2022 y del que formamos parte como investigadores.

4. Ensayo Clorotic: estudio aleatorizado, doble ciego, multicéntrico, para evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento diurético combinado (diurético de asa e hidroclorotiacida) comparado con diurético de asa y placebo en pacientes con IC descompensada. Se trata de un ensayo clínico independiente cuyo promotor es el grupo de trabajo de IC de la Sociedad Española de Medicina Interna.

5. Estudio Prefer e Ivofer: estudio de hierro en IC. Estudio abierto realizado tanto en IC-FER como IC-FEP con anemia y déficit de hierro (absoluto o funcional) en tto con Fe ferroglicina, Fe sucrosomial, hierro carboximaltosa endovenoso y placebo.

6. Estudio PROFUND-IC. Pronóstico del paciente pluripatológico con IC. Estudio abierto en ancianos pluripatológicos con IC. Escala Profund + escala fragilidad + escala SPPB y probable escala Maggic y Meesi.

7. Estudio Glucoflas: estudio que pretende demostrar si la monitorización flash de la glucosa juega un papel fundamental en la prevención de las complicaciones hospitalarias y en la detección de hipoglucemias en los pacientes con IC.

8. Estudio Sumamos-FA: intenta describir el perfil de los pacientes con FA que se atienden en los servicios de M. Interna, tanto en consulta como en hospitalización e identificar los diferentes fenotipos de pacientes con FA, scores que evalúan el riesgo trombótico y hemorrágico y modelos pronósticos que mejoren la precisión de los scores de riesgo habituales en pacientes de alta complejidad.

9. Estudio Preficter: es una encuesta sobre las preferencias de los pacientes con IC para la fase avanzada-terminal.

10. Estudio POCUSFASEMI 2023: quiere evaluar el papel de la ecografía clínica en la fibrilación auricular.

11. Estudio VOLUM-2: quiere estudiar en pacientes con IC si un dispositivo (bioimpedanciometro) en comunicación con telefonía móvil nos puede estimar el volumen de agua corporal unas semanas antes de un probable ingreso hospitalario por IC descompensada congestiva y de esta forma potenciar el tratamiento diurético.

12. Estudio con el grupo de Zaragoza (Dr. Jorge Rubio): proporcionar una evidencia científica sólida acerca de la medición de la presión intraabdominal y la ecografía a pie de cama, para mejorar la eficiencia del tratamiento con diuréticos de asa en los pacientes que ingresa por IC aguda, y cuyos resultados puedan ser trasladables a la práctica clínica.

13. Estudio de Fe oral. Propuesto por el Dr. López Miranda y pendiente de realizar para el próximo año.

14. Proyecto ceramidas como biomarcador precoz de la insuficiencia cardiaca y análisis de datos del CordioPrev. Pendiente de analizar resultados a lo largo del año 2024 y escribir artículos.

15. Estudio sobre el comportamiento de la presión arterial en pacientes con IC por medio de MAPA-24 horas y cronoterapia según tratamiento modificador del pronóstico en estos pacientes.

K. ACTIVIDAD DOCENTE.

A inicios del año 2023, los miembros integrantes de la UMIPIC-RV con el apoyo de la Unidad de IC y otros médicos de diferentes especialidades del HURS propusimos 2 cursos de formación a la Consejería de Salud y Consumo del SAS para médicos y enfermeras para llevar a cabo una actualización de los conocimientos sobre IC y el abordaje nutricional y funcional de la IC que fueron aprobados el 28/6/2023 para su realización en el año 2023. Los cursos fueron:

1. Título del Curso 23/3465/3920/APC/P/AI: **“ACTUALIZACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL PACIENTE ANCIANO”**. Este curso se llevo a cabo desde el 3/10/23 al 17/10/23. **Acreditado con 3.3 créditos y 15 horas lectivas.**

El equipo docente del Curso estuvo integrado por: Antonio Espino Montoro, María Dolores Adarraga Cansino, José Nicolás Alcalá Pedrajas, José López Aguilera, Antonio Llergo Muñoz, Soralla León Idougourram, Purificación Durán García, Ana Belén Muñoz Villareal y Antonia Cepas Sosa.

El objetivo del Curso era: proporcionar al alumnado una formación específica y amena para la detección, diagnóstico y control de la IC; actualizar los conocimientos teóricos y prácticos para afrontar con seguridad los problemas que se presentan en estos pacientes desde su ingreso en planta de hospitalización hasta su seguimientos en consultas; fomentar una atención segura, eficaz y basada en la evidencia a los pacientes con IC que incluyan un diagnóstico correcto y precoz; y finalmente optimizar el tratamiento, seguimiento tras una hospitalización, plan de cuidados individualizados y educación sanitaria para pacientes y cuidadores.

El Curso tuvo varios módulos que fueron:

- Módulo 1: Definiciones, etiología, clínica y diagnóstico de la IC. Educación sanitaria y signos de alarma de deterioro clínico.
- Módulo 2: Tratamiento de la IC.
- Módulo 3: Transición al alta hospitalaria tras una hospitalización por IC aguda o descompensada por parte del médico y la enfermera. Manejo del paciente con IC frágil y pluripatológico. Cuidados Paliativos.
- Módulo 4: aspectos nutricionales y ejercicio en la IC.
- Módulo 5: UMIPIC-RV o Unidad de Manejo Integral al Paciente con Insuficiencia Cardíaca-Riesgo Vascular.

Al final del curso se me entregó por parte de Docencia un Cuestionario de satisfacción del Curso que incluían distintos puntos con sus respectivas valoraciones que fueron:

- Objetivos. Valoración media del bloque: 8.91
- Contenidos temáticos. Valoración media del bloque: 8.86
- Metodología de enseñanza-aprendizaje. Valoración media del bloque: 8.8
- Equipo docente. Valoración media del bloque: 9.22
- Nivel de aprendizaje. Valoración media del bloque: 8.78
- Utilidad de la actividad formativa. Valoración media del bloque: 9.11
- Satisfacción global. Valoración media del bloque: 9.44
- Coordinación de la actividad docente. Valoración media del bloque: 9.56
- Organización y recursos. Valoración media del bloque: 9.67
- Participantes. Valoración media del bloque: 9.67

2. Título del Curso 23/3464/3920/APC/P/AI:” **ABORDAJE NUTRICIONAL Y FUNCIONAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE ANCIANO”**. Este curso se llevo a cabo desde el 26/10/23 al 02/11/23. **Acreditado con 2.2 créditos y 10 horas lectivas.**

El equipo docente del Curso estuvo integrado por: Antonio Espino Montoro, Alfonso Calañas Continente, Fiorella Liz Piaggio Munte, Purificación Durán García, Ana Belén Muñoz Villareal.

El objetivo del Curso era: proporcionar al alumnado una formación específica y amena para la detección, diagnóstico y control de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) y la sarcopenia en pacientes con IC; actualizar los conocimientos teóricos y prácticos para afrontar con seguridad estos problemas que se presentan en estos pacientes desde su ingreso en planta de hospitalización hasta su seguimientos en consultas y siempre desde una visión integral y global

(holística); ofrecer y fomentar una atención segura, eficaz y basada en la evidencia con recomendaciones dietéticas y ejercicios físicos, para pacientes ancianos con IC, las/os cuáles tienen que mantenerse durante largo tiempo.

El Curso tuvo varios módulos que fueron:

* Módulo 1: Cribado y diagnóstico de la DRE y la sarcopenia.

- ¿Por qué es importante la nutrición en la IC? Definiciones de desnutrición, obesidad, sarcopenia y caquexia (A. Espino)

- ¿Cómo podemos evaluar el estado nutricional en nuestros pacientes con IC? ¿Son todos iguales? Cribado y diagnóstico de desnutrición. ¿Qué mediciones analíticas debo realizar para valorar la nutrición de mi paciente con IC? ¿Es igual que en otras patologías? (A. Calañas)

- ¿Cómo evaluar la sarcopenia en mis pacientes con IC si el peso o el índice de masa corporal no es fiable? Cribado y diagnóstico de la sarcopenia (A. Espino)

- Envejecimiento y deterioro de la capacidad funcional. Beneficios de un plan de ejercicio eficaz en un paciente con IC anciano durante la hospitalización y de forma ambulatoria (F. Piaggio)

* Módulo 2: Tratamiento de la DRE y la sarcopenia.

- ¿Qué dieta recomendar a mis pacientes con IC? Test cuantitativos y cualitativos del estado nutricional. ¿Qué debo hacer con el sodio? Algunos tratamientos para la IC producen pérdida de peso, ¿es beneficioso o no? (A. Espino)

- ¿A qué paciente con IC desnutrido debo poner suplementos nutricionales? ¿Cuándo se recomienda consultar con la Unidad de Nutrición ante un paciente con IC anciano y desnutrido? ¿Qué hacer ante un paciente con disfagia para nutrirlo? Papel de la nutrición periférica en IC. ¿Puedo recomendar complejos vitamínicos, micronutrientes o electrolitos a mis pacientes con IC desnutridos? ¿Qué hacer en caso de obesidad sarcopénica y caquexia cardiaca en cuanto a la nutrición? (A. Calañas)

- Papel de la enfermería tras el ingreso del paciente por IC descompensada y desde la consulta UMIPIC-RV e IC (ambulatorio) en cuanto a la DRE y la sarcopenia y su seguimiento a largo plazo (P. Durán y A. Muñoz).

- Resolución de cuestiones relacionadas con la DRE y la sarcopenia en IC (A. Calañas/A. Espino).

Al final del curso se me entregó por parte de Docencia un Cuestionario de satisfacción del Curso que incluían distintos puntos con sus respectivas valoraciones que fueron:

- Objetivos. Valoración media del bloque: 9.75

- Contenidos temáticos. Valoración media del bloque: 9.63

- Metodología de enseñanza-aprendizaje. Valoración media del bloque: 9.63

- Equipo docente. Valoración media del bloque: 9.63

- Nivel de aprendizaje. Valoración media del bloque: 9.5

- Utilidad de la actividad formativa. Valoración media del bloque: 9.75

- Satisfacción global. Valoración media del bloque: 9.75

- Coordinación de la actividad docente. Valoración media del bloque: 8.78

- Organización y recursos. Valoración media del bloque: 9.67

- Participantes. Valoración media del bloque: 9.22

L. PROPUESTAS DE MEJORA PARA EL PRÓXIMO AÑO.

Esta Memoria del año 2023 ha analizado el funcionamiento del nuevo programa UMIPIC-RV que se inició en septiembre de 2021 y en donde se ha producido un cambio radical e importante en la estructura de la UMIPIC-RV con franca mejoría de instalaciones, pruebas complementarias, equipo de profesionales, etc. y claramente se ha visto reflejado en nuestros buenos resultados.

Debo destacar de este año que se han producido 2 hechos importantes:

- en primer lugar, creación de un programa en mayo del 2022, **programa de actuación conjunta entre cardiólogos e internistas para pacientes con IC**, denominado IMCA-HF (Internal Medicine and Cardiology- Heart Failure) bidireccional, coordinado y sinérgico de los Servicios de Cardiología y Medicina Interna donde compartimos experiencias y colaboración estrecha sobre pacientes, creando una organización compartida de la atención integral al paciente con IC. Ya se han realizado varias charlas conjuntas entre cardiólogos e internistas y sigue en progreso. Estamos pendiente de empezar a publicar cosas conjuntas.

- en segundo lugar: realizar 2 Cursos de formación y actualización para el personal médico y de enfermería interesados en la IC.

Entre las propuestas de mejora destacar:

1. **Acreditación de nuestra UMIPIC-RV con un nivel de excelencia por la SEMI** que junto con la acreditación de excelencia que ya tiene la Unidad de IC de Cardiología por la SEC con un programa de actuación conjunta entre Internistas y Cardiólogos para pacientes con IC intrahospitalario.

2. **Creación de un programa de actuación multidisciplinar entre internistas y médicos de atención primaria (IMCAP-HF)** que se fusione con el de cardiología para integrar el continuum asistencial de todo paciente con IC con el objetivo de mejorar la atención de estos pacientes, la calidad de vida, reducir los ingresos hospitalarios y los costes sanitarios y finalmente disminuir la morbi-mortalidad cardiovascular. Conseguir este objetivo nos llevaría a ser el primer Hospital a nivel nacional que haya conseguido ello.

3. Crear la figura del **Internista experto en IC consultor con atención primaria** para lo cual cada uno de los internistas de la UMIPIC visitará de forma mensual a los diferentes centros de salud de Córdoba para optimizar la atención y el tratamiento del paciente pluripatológico con IC, intentando crear también la figura del médico de primaria experto en IC por cada centro de salud que visitemos haciéndolo responsable de este tipo de pacientes con respecto a sus compañeros con el objetivo de mejorar la calidad de la atención del paciente con IC pluripatológico y con comorbilidad. Lo mismo ocurriría con la enfermera experta en IC hospitalaria y ambulatoria.

4. Realizar un **protocolo de actuación con urgencias del paciente con IC descompensada** con el objetivo de que se puedan derivar a los pacientes de forma preferente a nuestra consulta UMIPIC-RV (48-72 horas) y se eviten ingresos hospitalarios innecesarios.

5. **Elaborar con Cuidados Paliativos y Hospitalización Domiciliaria un programa de atención a pacientes con IC avanzada o terminal** para evitar los ingresos hospitalarios innecesarios dentro de nuestro Servicio de MI.

6. Crear el **código IC** que es un programa de actuación urgente/preferente (tiempo demora de 10-15 días) al paciente con IC descompensada congestivo que ingresa por Urgencias/UCI con el apoyo de diferentes servicios como son: MI, Cardiología, Cuidados Paliativos y Atención Primaria. Objetivo: disminuir ingresos hospitalarios y mortalidad, mejorar la calidad de vida del paciente, reducir consultas a urgencias y optimizar el tratamiento de forma ambulatoria lo más precoz posible.

7. La docencia es fundamental y hoy día están rotando por la UMIPIC-RV residentes de diferentes especialidades (M. Interna, M. Familiar y Comunitaria, Cardiología, Oncología, etc.) a los cuales se le enseñan no sólo conocimientos teóricos y prácticos sobre el manejo del paciente con IC, sino que además todos los procedimientos técnicos de los que actualmente disponemos en la UMIPIC-RV. El objetivo sería la Elaboración de un Plan de Formación en IC a médicos residentes de nuestro Hospital, de atención primaria y a médicos de otros hospitales del territorio nacional.

8. Proyecto de consulta telemática (teleconsulta) con atención primaria, residencias

asistidas y centros de salud de zonas alejadas que en el mes de enero 2023 ha iniciado su ruta y que tenemos que mejorar. La posibilidad de una consulta virtual con pacientes institucionalizados en residencias asistidas y centros de salud alejados nos evitará el desplazamiento de los pacientes en ambulancia a la consulta.

9. Las consultas monográficas de UMIPIC-RV que eran de 2 días a la semana la hemos mejorado y actualmente son de 3-4 días a la semana con la posibilidad de teleconsulta desde atención primaria del paciente pluripatológico con IC en este año.

10. Elaborar Talleres de trabajo, acreditados por el SAS en relación con la IC, en donde participen enfermeras y médicos de diferentes especialidades. Los temas a tratar serán fundamentalmente: gestión, técnicas (ECG, ecocardiografía, MAPA, ITB, ventilación, etc.), rehabilitación cardíaca, casos clínicos, etc.

11. En un futuro muy próximo también queremos formar por medio de Talleres de Trabajo sobre IC a médicos de Atención Primaria, enfermeras gestoras de casos y enfermeras interesadas en la IC y el Riesgo Vascular de diferentes Centros de Salud porque es fundamental que a los pacientes que le demos de alta en el programa UMIPIC-RV continúen con un tratamiento óptimo de la enfermedad y con los cuidados de forma ambulatoria.

12. Desde varios hospitales de Andalucía hemos recibido notificación de que quieren rotar por nuestra Unidad tanto enfermeras como médicos para conocer mejor el funcionamiento del programa UMIPIC-RV. Deberemos hacer una documentación al respecto para autorización de dicha rotación y evaluación.

13. Finalmente, se intentarán desarrollar proyectos de investigación, tesis doctorales, sesiones clínicas tanto para médicos como para enfermeras, escritura de artículos y otras publicaciones, talleres de trabajo, etc. serán otros de los múltiples objetivos que nos hemos planteado para el próximo año.

En cuanto a la enfermería experta en IC, actualmente está participando en:

A. Registros y estudios activos como son:

- REGAMIC: registro de pacientes con sospecha de amiloidosis cardíaca.
- RICA-2: registro nacional de IC.
- GLUCOFLASH: monitorización flash de la glucosa en pacientes mayores de 65 años con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados por IC.

B. Aplicación de un programa de ejercicio estructurado e individualizado siguiendo el programa VIVIFRAIL

C. Talleres a los cuidadores de los pacientes con IC hospitalizados

D. Elaboración de un tríptico para pacientes y cuidadores que incluyan los síntomas y signos de alarma ante una posible descompensación de su la enfermedad del paciente para evitar reingresos y acudir menos a las urgencias hospitalarias intentando reajustar la medicación con las normas de empoderamiento que se le ha explicado a los pacientes, cuidadores y familiares.

9. CONCLUSIÓN FINAL (MEMORIA DEL AÑO 2023)

Si aumentamos el número de pacientes que entran cada año en el programa UMIPIC-RV, bajo unos criterios de inclusión estrictos y más acordes a los objetivos del programa, con mejoras de la Unidad de Día y el disponer de una planta de hospitalización del HP (como es la 8ª derecha) en pleno funcionamiento donde se puedan aglutinar los ingresos por IC del Servicio de MI para una mejor selección de pacientes que van a entrar en el programa UMIPIC-RV no tengo duda de que va a repercutir en unos mejores resultados.

Este análisis detallado y pormenorizado por medio de la Memoria del año 2023 nos pone

claramente de manifiesto la **importancia y eficacia de nuestra Unidad de Día UMIPIC-RV** con la reducción considerable de ingresos hospitalarios y de consultas en urgencias, así como el ahorro de estancias hospitalarias y costes sanitarios. Este programa UMIPIC-RV ha demostrado ser un programa útil, estructurado, basado en un seguimiento integral y personalizado de los pacientes y en una valoración y tratamiento global que junto a la accesibilidad telefónica como herramienta esencial y de fácil aplicabilidad ha producido esa reducción del número de hospitalizaciones y visitas a urgencias por descompensación cardiaca u otras causas. Es un programa reproducible y la calidad de vida percibida por los pacientes tras el seguimiento de un año es mejor. Indudablemente el programa UMIPIC-RV es una forma de atención sanitaria totalmente diferente a la de una consulta convencional (encuesta de satisfacción) y quizás unas de las piezas claves del programa son la educación sanitaria tanto de pacientes como familiares como los autocuidados y que el número de visitas programadas son más frecuentes.

Estos resultados favorables expresados en la Memoria del año 2023 hace que todo el esfuerzo que hemos invertido en mejorar la calidad de vida de estos pacientes con IC pluripatológicos haya merecido la pena y no tenemos dudas de que el programa UMIPIC-RV es un nuevo modelo de gestión hospitalaria exitoso y creemos que es otro de los grandes pilares del tratamiento de la IC lo que viene a corroborar el grado de recomendación y nivel de evidencia I A que le han otorgado las guías de práctica clínica (GPC) a nivel europeo.

Para finalizar no me queda más que decir que hemos obtenido unos resultados **MUY BUENOS** y que ello ha sido debido a la estructura de nuestro nuevo programa y al equipo humano que lo integra (médicos y enfermera) y por ello indicar que dicha actividad asistencial, de formación e investigación la debemos seguir potenciando y mejorando. La IC está incluida dentro de los objetivos estratégicos del SAS por lo que pedimos a nuestros gestores que potencien a esta Unidad por el bien de nuestros pacientes con IC.

Quiero agradecer a todo el equipo que compone la UMIPIC-RV del Servicio de MI del HURS dirigida por el Dr. José López Miranda y coordinada por el que suscribe estas palabras por su magnífico trabajo, tesón y motivación que año tras año se va superando en conseguir una mejora de la atención sanitaria al paciente mayor con IC y que con dicha actitud no sólo se logra mejorar la calidad de vida, sino que se logran salvar vidas.

Nuestros objetivos finales con nuestros pacientes son cambiar la hospitalización por el seguimiento desde la consulta y disminuir la morbi-mortalidad ya que cada hospitalización del paciente con IC supone un recorte de los años de vida con un aumento del coste sanitario. Cualquier paciente con IC, aunque tenga un mal pronóstico, es tratable y prevenible y la aplicación de la atención recomendada por las diferentes GPC se asocia a un mejor pronóstico, prolongando su supervivencia y mejorando su calidad de vida.

**Firmado: Dr. Antonio Espino Montoro.
Coordinador de la UMIPIC-RV
Servicio de M. Interna
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba**