



MAIC

Jornada entre expertos



Boehringer
Ingelheim

Modelos UMIPIC

Manuel Méndez

Servicio de Medicina Interna
Hospital Clínico San Carlos

#JornadaMAIC

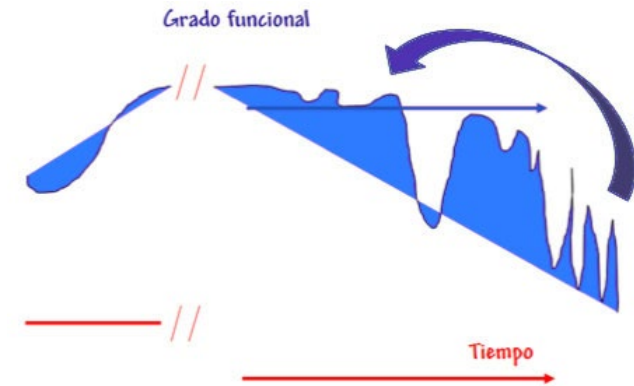
Pilares básicos del programa UMIPIC



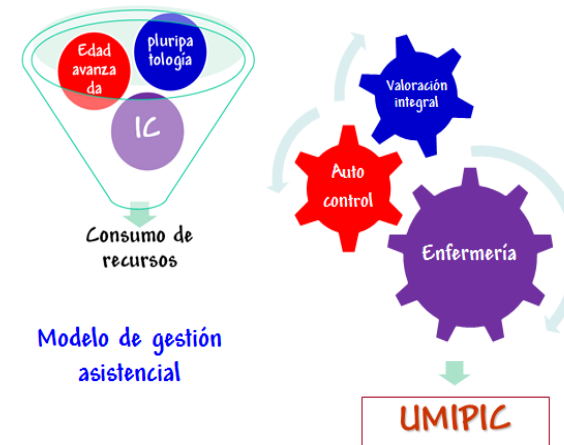
<http://www.fesemi.org/grupos/cardiaca/umipic/programa/view>

Objetivos específicos:

- Disminuir la tasa de **reingresos** y **visitas** a urgencias.
- Mejorar la **calidad de vida** del enfermo con IC.



ACCESIBILIDAD del paciente y del MAP



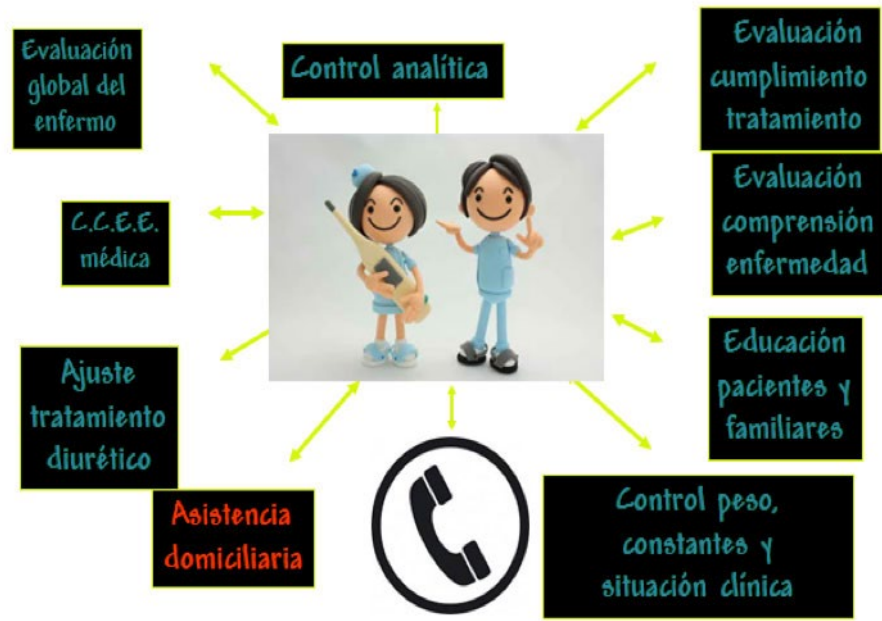
CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

1. Consulta protocolizada

2. Rol de enfermería

3. Implicación del paciente

	Tareas de Enfermería	Tareas médicas
Primerá visita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar motivo de la consulta: si paciente padece insuficiencia cardíaca 2. Evaluar qué es la IC 3. Evaluar síntomas y signos de alarma 4. Evaluar en la necesidad de control evaluativo pronto en el tiempo para conseguir adherencia clínica y optimizar tratamiento 5. Explicar fármacos a introducir y necesidad de acompañamiento terapéutico y control de medicación periódica en el tiempo 6. Dar consejos para guardar informes y documentos, con los 2 hojas informativas y la hoja de control ambulatorio (para dar a conocer TA, FC, peso) 7. Tomar constantes TA, FC en reposo y tras deambulación, subdominio basal, peso, estado 8. Pasar cuestionarios: Barthel, Pfeiffer y Cuestionario sobre calidad de vida 9. Dejar prescrito volante de bioquímica y hoja de pedón de revisión 10. Introducir datos de tareas 4 y 7 en la historia informática del paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Historia clínica complementaria, con especial énfasis a historia de riesgo cardiovascular 2. Valorar grado cognitivo actual (atención y orientación) 3. Tener en consideración niveles de educación 4. OFCC (valoración de sesiones en la primera visita) 5. Escalar inicio de tratamiento 6. Introducir datos de tareas 1, 2 y 7 en la historia informática del paciente 7. Entrega de informe para paciente y IAD 8. Entrega de recetas y fecha de revisión
Visitas de optimización terapéutica (fase inicial de ICA y SI)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insistencia en síntomas y signos de alarma 2. Mantener alerta sobre datos respecto a manejo dietético y detector síntomas de alarma 3. Revisar ficha de control ambulatorio 4. Confirmar cumplimiento terapéutico 5. Tomar constantes TA, FC en reposo y tras deambulación, subdominio basal, peso, estado 6. en caso de signos de alarma: valoración localizada o total, en función de peso corporal, estado de hidratación para valorar realizar analítica urgente 7. Dejar prescrito volante de bioquímica y hoja de pedón de revisión 8. Dejar prescrito volante de analítica pedón para la revisión y las constantes en la historia informática del paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar grado cognitivo actual 2. Optimización terapéutica para paciente 3. Control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), con especial atención a TA, FC, perfil lipídico, función renal, anemia 4. Retículo a revisar 5. Introducir datos de tareas 1-4 en la historia informática del paciente 6. Entrega de informe para paciente y IAD 7. Entrega de recetas y fecha de revisión
Revisión a 6 meses (valoración funcional y signos de riesgo cardiovascular)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tomar constantes TA, FC en reposo y tras deambulación, subdominio basal, peso, estado 2. Pasar cuestionarios: Barthel, Pfeiffer, Cuestionario sobre calidad de vida, cuestionario sobre autoeficacia y test de 6 minutos 3. Dejar prescrito volante de bioquímica y hoja de pedón de revisión 4. Introducir datos de tareas 5 y 6 en la historia informática del paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar grado cognitivo actual 2. Ajuste terapéutico al pedón 3. Revisión valoración de control clínico de FRCV (TA, FC, perfil lipídico, hemoglobina) 4. OFCC (valoración de sesiones a 6 meses) 5. Introducir datos de tareas 1-4 en la historia informática del paciente 6. Entrega de informe para paciente y IAD 7. Entrega de recetas y fecha de revisión
Visitas de control (situación estable, optimización terapéutica consecutiva)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insistencia en síntomas y signos de alarma 2. Mantener alerta sobre datos respecto a manejo dietético y detector síntomas de alarma 3. Revisar ficha de control ambulatorio 4. Confirmar cumplimiento terapéutico 5. Tomar constantes TA, FC en reposo y tras deambulación, subdominio basal, peso, estado 6. en caso de signos de alarma: valoración localizada o total, en función de peso corporal y deshidratación, a valorar si requiere urgente de analítica urgente 7. Dejar prescrito volante de bioquímica y hoja de pedón de revisión 8. Dejar prescrito volante de analítica pedón para la revisión y las constantes en la historia informática del paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar grado cognitivo actual 2. Ajuste terapéutico al pedón 3. Control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), con especial atención a TA, FC, perfil lipídico, función renal, anemia 4. Retículo a revisar 5. Introducir datos de tareas 1-4 en la historia informática del paciente 6. Entrega de informe para paciente y IAD 7. Entrega de recetas y fecha de revisión
Revisión a 12 meses (valoración funcional y signos de riesgo cardiovascular)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tomar constantes TA, FC en reposo y tras deambulación, subdominio basal, peso, estado 2. Pasar cuestionarios: Barthel, Pfeiffer, Cuestionario sobre calidad de vida, cuestionario sobre autoeficacia y test de 6 minutos 3. Dejar prescrito volante de bioquímica y hoja de pedón de revisión 4. Introducir datos de tareas 5 y 6 en la historia informática del paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar grado cognitivo actual 2. Ajuste terapéutico al pedón 3. Revisión valoración de control clínico de FRCV (TA, FC, perfil lipídico, hemoglobina) 4. OFCC (valoración de sesiones a las 12 meses) 5. Introducir datos de tareas 1-4 en la historia informática del paciente 6. Entrega de informe para paciente y IAD 7. Entrega de recetas y fecha de revisión
Visitas no programadas (agudización)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar ficha de control ambulatorio 2. Confirmar cumplimiento terapéutico 3. Tomar constantes TA, FC en reposo y tras deambulación, subdominio basal, peso, estado 4. Identificar factor precipitante 5. Orientación de analítica urgente (función renal, iones, coagulante y hemograma). Casos de alarma basal o subdominio basal 6. Dejar prescrito volante de bioquímica y hoja de pedón de revisión 7. Introducir datos de analítica pedón para la revisión y las constantes en la historia informática del paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar grado cognitivo actual 2. Identificar factor precipitante 3. Ajuste terapéutico 4. Retículo a revisar 5. Entrega de informe para paciente y IAD 6. Entrega de recetas y fecha de revisión



4. Registro



PLAN DE TRABAJO

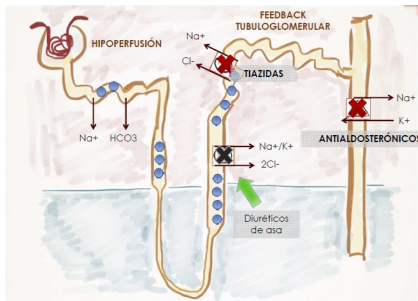
1er paso: estabilización ambulatoria

«DESCONGESTIÓN Y EDUCACIÓN»

Objetivo: estabilización clínica del paciente.

Def: situación congestiva controlada e introducción de IECAS y BB.

Revisiones cada **1-3 semanas**



Protocolo diuréticos IV

Ajuste diuréticos ambulatorios
Educación signos de alarma

Revisión en 1-2 semanas
Control analítico

2º paso: optimización terapéutica

«OPTIMIZACIÓN»

Def: optimización del bloqueo neuro-hormonal hasta dosis objetivo o máximas toleradas por el paciente.

Revisiones cada **2-4 semanas**

TA <140/80

FC <70

Management of HFrEF

To reduce mortality - for all patients



Recommendations for the treatment of patients with heart failure with preserved ejection fraction

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Screening for, and treatment of, aetiologies, and cardiovascular and non-cardiovascular comorbidities is recommended in patients with HFpEF (see relevant sections of this document).	I	C
Diuretics are recommended in congested patients with HFpEF in order to alleviate symptoms and signs. ¹³⁷	I	C

3er paso: valoración integral

«CONTROL EVOLUTIVO»

Def: situación clínica estable sin precisar ingresos y con tratamiento neuro-hormonal a dosis óptimas o máximas toleradas.

Revisiones **trimestrales**

Comorbilidades clásicas

- Diabetes Mellitus
- Anemia – Déficit de hierro
- EPOC
- Enfermedad renal crónica

Comorbilidades «no clásicas»

- Fragilidad
- Situación funcional
- Situación cognitiva



SEMI
Sociedad Española de Medicina Interna
La mejor gestión de la primera consulta

GRUPOS DE TRABAJO

Programa UMIPIC

GRUPO DE TRABAJO INSUFICIENCIA CARDÍACA Y FIBRILACIÓN AURICULAR

Programa UMIPIC

DESCRIPCIÓN

Es una iniciativa basada en la creación y promoción de Unidades de Manejo Integral de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca (UMIPIC) en Medicina Interna, presentado formalmente en el Congreso Anual de la SEMI del año 2011.

Se trata de un modelo de gestión de pacientes crónicos con insuficiencia cardíaca centrado en 3 aspectos: la educación de conceptos básicos implicando al paciente y sus familiares en su enfermedad, la valoración integral de este tipo de pacientes pluripatológicos y la continuidad asistencial en coordinación con atención primaria.

Sus objetivos generales son reducir la tasa de reingresos y visitas a Urgencias, reducir el número de consultas a otras especialidades, disminuir la morbi-mortalidad y mejorar la calidad de vida del enfermo con insuficiencia cardíaca.

En este espacio dispondrá de información completa sobre el Programa, así como el listado de Unidades participantes y un foro virtual para contacto y resolución de dudas.

Documentos

- Misión, Visión y Valores del Programa UMIPIC
- Requisitos para incorporarse al Programa UMIPIC
- Modelo de Consentimiento
- Memoria estándar UMIPIC
- Manual de manejo integral IC (3ª ed.)
- Decálogo UMIPIC
- Objetivos UMIPIC
- Taller de gestión de IC

A) Indicadores de estructura

1. Guía de Práctica Clínica
2. Monitorización de cuidados y resultados obtenidos en la Consulta Monográfica de IC, mediante indicadores de proceso y resultado que se describen a continuación.
3. Descripción de criterios, objetivos y resultados de Consulta Monográfica
4. Descripción de objetivos y resultados de Consulta de Enfermería en IC



B) Indicadores de proceso

1. Medición de autocuidado (escala EHFScBS)
2. Medición función ventricular (ecocardiograma)
3. Prescripción de IECA-ARA-II
4. Prescripción de Beta-bloqueantes

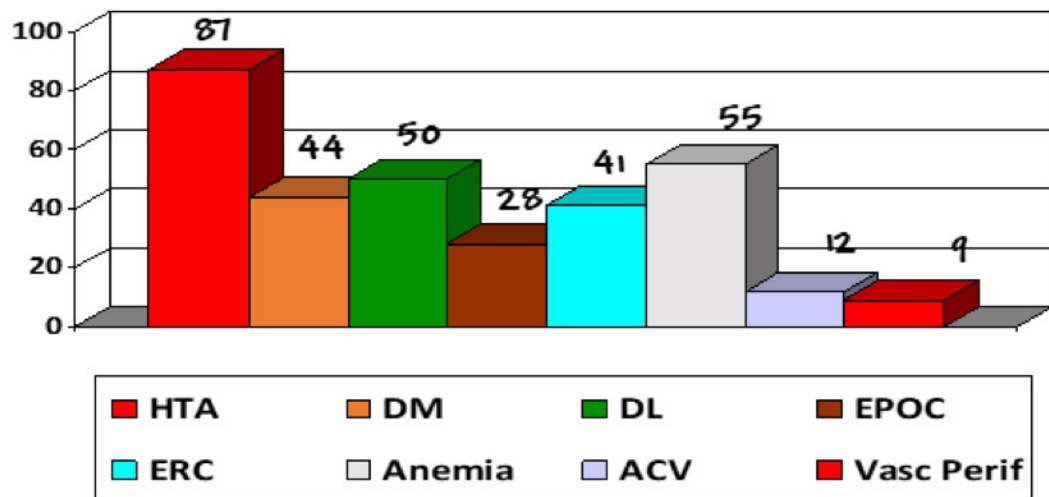


C) Indicadores de resultado

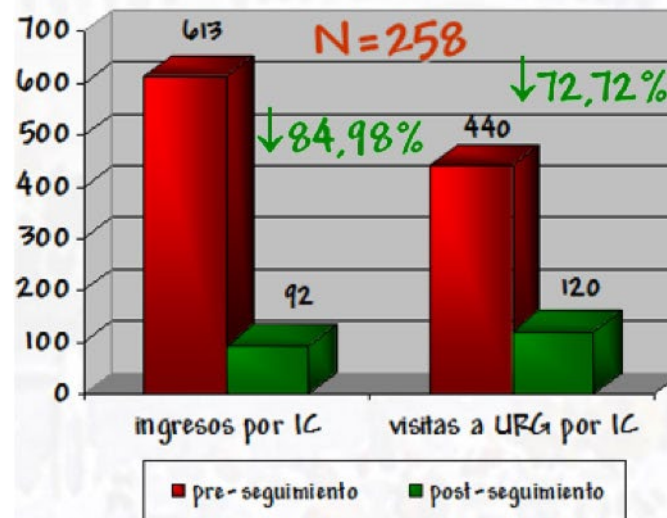
1. Visitas a Urgencias por IC tras 6 y 12 meses de seguimiento
2. Visitas a Urgencias por cualquier causa tras 6 y 12 meses de seguimiento
3. Ingresos por IC tras 6 y 12 meses de seguimiento
4. Ingresos por cualquier causa tras 6 y 12 meses de seguimiento
5. Adecuación de seguimiento tras 6 y 12 meses de seguimiento
6. Adecuación del aprendizaje tras 12 meses de seguimiento



Comorbilidad



- ✓ Cardiopatía HTA: 40,3%
- ✓ FEVI preservada >60%
- ✓ Fibrilación Auricular 60,5%



Estudio comparación
Ingresos pre y post-seguimiento
12 meses

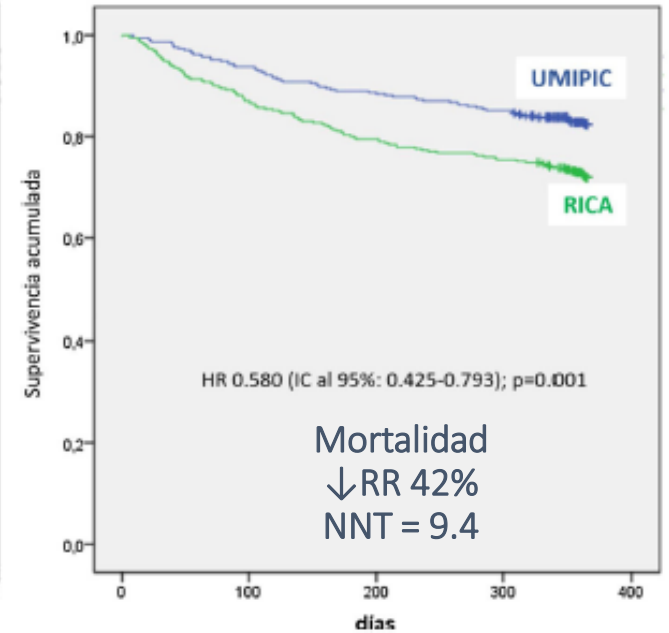
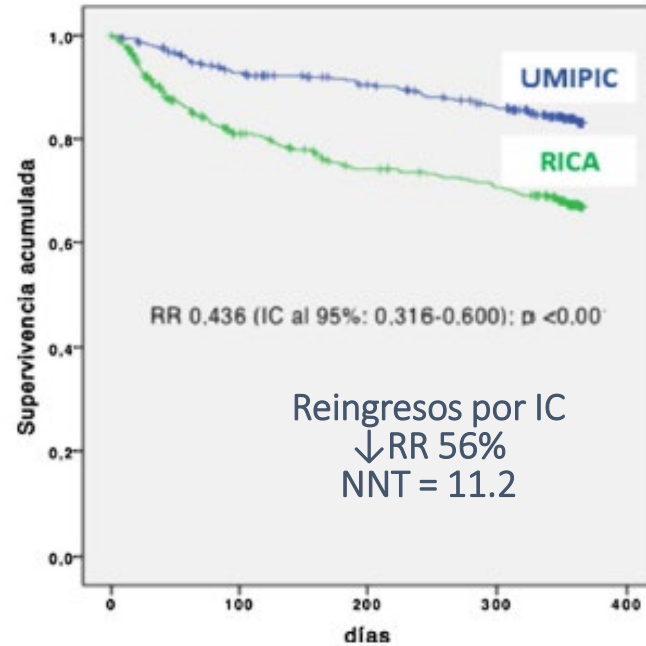
- N = 258
- Edad media: 81.7 años (77-86)
- Mujeres: 52%%



ORIGINAL

Beneficios de un modelo asistencial integral en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca y elevada comorbilidad: programa UMIPIC

González-Franco Á, Cerqueiro González JM, Arévalo-Lorido JC, Álvarez-Rocha P, Carrascosa-García S, Armengou A, Guzmán-García M, Trullàs JC, Montero-Pérez-Barquero M, Manzano L; RICA registry investigators. Morbidity and mortality in elderly patients with heart failure managed with a comprehensive care model vs. usual care: The UMIPIC program. Rev Clin Esp (Barc). 2021 Oct 3:S2254-8874(21).



- N = 2862 (UMIPIC 809, RICA 2053)
- Propensity score: 370 pac en cada brazo
- Edad media: 81 años (73-86)
- Mujeres: 47%

Gracias