



PREMIOS
ENFERMERÍA
EN DESARROLLO
2025

Enfermera gestora de casos
en insuficiencia cardiaca:
mejora resultados en salud
y reduce gasto sanitario

TÍTULO: ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA: MEJORA RESULTADOS EN SALUD Y REDUCE GASTO SANITARIO

RESUMEN

JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC), principal causa de hospitalización en mayores de 65 años, representa un 3,8% del gasto sanitario en España.

DESARROLLO

El objetivo principal fue evaluar el impacto de un nuevo programa asistencial liderado por enfermería en pacientes con IC, con especial énfasis en resultados en salud, continuidad asistencial y eficiencia económica del sistema.

En 2024 se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal tipo pre-post, centrado en la evaluación de resultados en salud de los pacientes. Se incluyeron 49 pacientes dados de alta por descompensación o nuevo episodio de IC, siempre que estuvieran a cargo del servicio de cardiología.

Se aplicaron diversas escalas y se analizó la cumplimentación de ítems clínicos clave en ingreso, alta y consulta.

Paralelamente, se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y comparativo para analizar el impacto sanitario. Se compararon datos del año previo a la implementación (2023) con los del año posterior (2024), incluyendo 222 pacientes en 2023 y 218 en 2024.

CONCLUSIÓN

Un programa educativo liderado por enfermería en pacientes hospitalizados por IC mejora significativamente el nivel de autocuidado, adherencia y calidad de vida, además de contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario mediante la reducción de costes y la optimización de recursos.

JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) constituye un problema de salud pública de gran magnitud en España, especialmente en la población de edad avanzada. Su prevalencia alcanza el 16% en personas mayores de 75 años, lo que la convierte en una de las patologías crónicas más frecuentes en este grupo etario. Además, es la principal causa de hospitalización y reingresos en mayores de 65 años, lo que no solo incrementa el riesgo de mortalidad, sino que también genera una importante carga asistencial para el sistema sanitario.

Desde una perspectiva económica, el impacto de la IC es igualmente significativo. Se estima que representa aproximadamente el 3,8% del gasto sanitario total, debido principalmente a los ingresos hospitalarios recurrentes, la necesidad de tratamientos prolongados y el seguimiento clínico continuo. Esta situación pone de manifiesto la necesidad urgente de revisar y optimizar los modelos actuales de atención a pacientes con IC, especialmente en lo que respecta a la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles de atención.

A pesar de la gravedad del problema, la mayoría de los hospitales en España no cuentan con programas estructurados y específicos para el manejo integral de la IC. La atención suele ser fragmentada, con escasa comunicación entre los distintos niveles asistenciales y sin un seguimiento sistemático tras el alta hospitalaria. Esta falta de coordinación repercute negativamente en la evolución clínica del paciente, en su calidad de vida y en la eficiencia del sistema sanitario.

En este contexto, surge la necesidad de implementar un modelo asistencial innovador, centrado en el paciente y liderado por profesionales con capacidad de coordinación y visión integral del proceso asistencial. La figura de la Enfermera Gestora de Casos (EGC) se presenta como una solución eficaz para abordar esta problemática, al actuar como nexo entre los distintos niveles asistenciales y garantizar un seguimiento continuo y personalizado del paciente.

En el diseño del estudio se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo General

- Evaluar el impacto de un nuevo programa asistencial liderado por la EGC en pacientes con IC, con especial énfasis en los resultados en salud, la continuidad asistencial y la eficiencia económica del sistema.

Objetivos Específicos

- Analizar la continuidad asistencial entre la atención especializada (AE) y la atención primaria (AP), así como la cumplimentación efectiva del seguimiento post-alta.
- Evaluar la calidad de vida, el autocuidado y la adherencia al tratamiento de los pacientes tras la implementación del programa, utilizando escalas clínicas validadas.
- Medir el impacto sanitario en términos de ahorro de costes, especialmente en lo relativo a la reducción de reingresos hospitalarios a corto plazo.

DESARROLLO

El programa de EGC en IC se diseñó como una estrategia innovadora, centrada en la mejora de la calidad de vida del paciente y en la optimización de los recursos sanitarios. Para evaluar su efectividad, se estructuró un estudio dividido en dos líneas de investigación complementarias, que permitieron analizar tanto los resultados clínicos como el impacto organizativo y económico del programa.

Primera Línea de Investigación: Estudio Observacional Pre-Post

En 2024 se llevó a cabo un estudio observacional, prospectivo, transversal y de tipo pre-post, centrado en la evaluación de los resultados en salud de los pacientes. Se incluyeron 49 pacientes dados de alta por descompensación o por un nuevo episodio de IC, siempre que estuvieran a cargo del servicio de cardiología. Se excluyeron aquellos que fallecieron antes del alta, fueron derivados a otros hospitales o no acudieron a la consulta de IC tras el alta.

Para analizar las variables, se aplicaron diversas escalas clínicas e ítems clínicos para valorar el estado del paciente al ingreso y en la consulta de seguimiento:

- Escala EHFSBsBS: evalúa el nivel de autocuidado.
- Cuestionario de Kansas City (KCCQ): mide la calidad de vida y las limitaciones físicas y sociales.
- Escala de Morisky-Green: valora la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Cumplimentación efectiva de ítems clínicos clave en los distintos momentos del proceso asistencial (ingreso, alta y consulta), tales como etiología, fracción de eyección (FEVI), clase funcional NYHA, peso, BNP, situación social, tratamiento habitual, educación sanitaria y plan de seguimiento.

Segunda Línea de Investigación: Estudio Retrospectivo Comparativo

Paralelamente, se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y comparativo para analizar el impacto sanitario del programa. Los criterios de inclusión y exclusión fueron similares a la primera línea de investigación exceptuando que se incluyeron los pacientes no atendidos en la consulta de IC.

Se compararon los datos del año previo a la implementación (2023) con los del año posterior (2024), incluyendo un total de 440 pacientes (222 en 2023 y 218 en 2024).

Las variables analizadas incluyeron:

- Tasa de reingresos hospitalarios a 30 días.
- Seguimiento en AP.
- Tiempo hasta la primera consulta en AE tras el alta.
- Porcentaje de pacientes atendidos en AE.
- Impacto presupuestario derivado de los reingresos.

El programa se implementó en dos etapas:

1. Diseño del Circuito Asistencial

La EGC elaboró un informe de alta estandarizado y estableció canales de comunicación efectivos con AP, con el objetivo de garantizar una transición fluida del paciente entre niveles asistenciales.

2. Implementación del Circuito

El circuito se dividió en tres bloques de actuación:

- Ingreso hospitalario: La EGC valoró al paciente utilizando las escalas clínicas, recopiló información relevante en colaboración con AP y notificó posibles situaciones de exclusión social al equipo médico.
- Alta hospitalaria: Se revisaron las citas en la consulta de IC (programadas en menos de 14 días), se comunicó a AP la necesidad de contactar con el paciente en menos de 72 horas y se realizó educación sanitaria personalizada.
- Consulta de IC: Se realizó una nueva valoración del paciente mediante escalas clínicas. La EGC supervisó la evolución de los resultados y la cumplimentación de los registros por parte del equipo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos tras la implementación del programa liderado por la EGC en IC son altamente positivos y refuerzan la evidencia existente sobre el impacto beneficioso de este tipo de intervenciones en la atención a pacientes crónicos complejos.

Resultados en Salud

Se observó una mejora significativa en la adherencia al tratamiento, pasando de un 18,51% de pacientes no adherentes antes del programa a solo un 1,8% después de su implementación ($p < 0,001$). El nivel de autocuidado mejoró en el 80% de los pacientes, y la proporción de pacientes con puntuaciones bajas en la escala EHFSBsBS se redujo del 76% al 38% ($p < 0,001$).

En cuanto a la calidad de vida, el 97% de los pacientes mostró una mejora en la escala de Kansas, y se eliminó por completo el grupo con puntuaciones inferiores a 24, que reflejan una limitación severa.

Proceso Asistencial y Continuidad

La cumplimentación de ítems clínicos mejoró notablemente al alta (del 42,2% al 62%), lo que indica una mayor sistematización y calidad en la documentación clínica. En consulta, se mantuvo un alto nivel de cumplimentación (83%).

La continuidad asistencial también se vio fortalecida: el seguimiento en AP aumentó del 27% al 42%, el tiempo hasta la primera consulta en AE se redujo de 10,3 a 8,9 días, y el porcentaje de pacientes atendidos en AE pasó del 50% al 58%.

Impacto Económico

Uno de los hallazgos más relevantes fue la reducción de los reingresos hospitalarios a 30 días, que pasaron del 9,5% al 5,5%. Esta disminución se tradujo en un ahorro económico significativo, reduciendo el coste asociado a reingresos de 139.335 € a 82.332 €, lo que representa un ahorro de más de 57.000 € en un solo año.

Los resultados del presente estudio coinciden con la evidencia científica más reciente que respalda el papel de la EGC como figura clave en la atención a pacientes con enfermedades crónicas complejas.

Diversos estudios han demostrado que la gestión de casos liderada por enfermería mejora la continuidad asistencial, reduce los reingresos hospitalarios y optimiza el uso de recursos sanitarios. Por ello, ha sido relevante la creación e implantación de la figura de Enfermera Gestora de Casos especializada en el seguimiento del paciente con IC para permitir una atención asistencial integral y continuada entre el ámbito hospitalario y la Atención Primaria.

En nuestro programa, la reducción de la tasa de reingresos a 30 días (del 9,5% al 5,5%) y el ahorro económico asociado (más de 50.000 euros) reflejan una mejora coste-efectiva similar a la observada en otras investigaciones. Por ejemplo, un estudio realizado en la Unidad de Pacientes Crónicos Complejos (PCC) del Hospital Virgen de la Arrixaca mostró una reducción significativa en el número de ingresos y días de hospitalización tras la intervención de la EGC.

Además, la mejora en la adherencia al tratamiento y en la calidad de vida observada en nuestros pacientes se alinea con los hallazgos de revisiones sistemáticas recientes, que destacan cómo la intervención enfermera centrada en el seguimiento, la educación sanitaria y la coordinación interprofesional promueve el autocuidado y reduce la fragmentación de la atención.

Sin embargo, la literatura también señala que la implementación de este modelo en España es aún desigual y carece de una normativa clara que institucionalice el rol de la EGC como práctica avanzada. Esto limita su expansión y sostenibilidad a largo plazo, a pesar de los beneficios demostrados.

En definitiva, se concluye que el programa liderado por la EGC no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que también contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario, al reducir costes y optimizar recursos. Afirmando así que es posible liderar un equipo multidisciplinar para dar respuesta a las necesidades del paciente cardiológico.

Los resultados de nuestro estudio refuerzan la evidencia existente sobre la efectividad del modelo de gestión de casos liderado por enfermería en IC. Este enfoque no solo mejora los resultados clínicos del paciente como la calidad de vida, nivel de autocuidado, mejora de adherencia al tratamiento, mejora en experiencia del paciente y mejora en la continuidad asistencial reduciendo tiempos para valoración por AP y consulta de IC tras el alta, sino que también representa una estrategia viable para la sostenibilidad del sistema sanitario.