

ALTERNATIVAS PARA LA MEJORA DE LA ASISTENCIA A LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN ANDALUCÍA.

Propuesta de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna aprobada en la Junta Directiva del 10 de septiembre de 2014.

A través de la Sociedad Andaluza de Cardiología hemos recibido la propuesta de la creación de una "RED ANDALUZA DE ASISTENCIA A LA INSUFICIENCIA CARDIACA" elaborada por el Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Andaluza de Cardiología (SAC). Tras el análisis de dicha propuesta hemos creído necesario hacer las siguientes consideraciones:

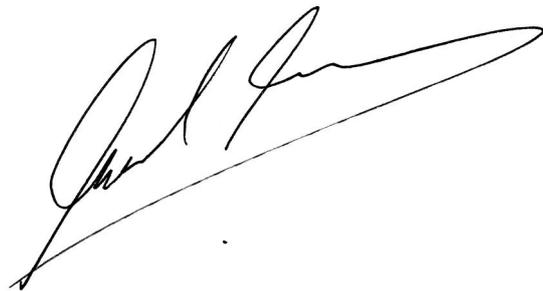
1. Consideramos de gran interés propiciar un dialogo abierto entre las sociedades científicas que contribuya a mejorar la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca, trascendiendo los intereses corporativos. Creemos que un dialogo de estas características, que afecta a planteamientos estratégicos de las sociedades científicas, debe realizarse por contacto directo entre las sociedades y al margen de cualquier injerencia de la industria farmacéutica, tanto en lo que respecta a los contenidos de lo tratado como a los aspectos formales.
2. Coincidimos plenamente con el análisis realizado por la SAC respecto a la importancia del problema de la insuficiencia cardíaca y la necesidad de un abordaje integral del paciente. La mayoría de las estrategias de cronicidad incluida la andaluza definen el problema de la insuficiencia cardíaca como uno de los grandes retos al que tenemos que hacer frente en estos momentos.
3. Creemos que el análisis realizado por la SAC no dimensiona adecuadamente un aspecto esencial a la hora de caracterizar el problema. Este análisis no tiene en cuenta que el envejecimiento y el aumento de la supervivencia de las enfermedades crónicas está cambiando la manera de enfermar de la población. Una de las características fundamentales que estamos observando es que en numerosas enfermedades crónicas invalidantes, y muy especialmente en la insuficiencia cardíaca, los pacientes se presentan con múltiples enfermedades crónicas. No se trata solo de la presencia de comorbilidades que condicionan el pronóstico y el tratamiento de una enfermedad fundamental, sino que se trata de personas con numerosas enfermedades interrelacionadas que presentan múltiples necesidades sanitarias y sociales complejas. Existen muchas publicaciones que evidencian este hecho y el propio El Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónica tras un análisis del CMBD de toda Andalucía afirma que el 87% de las altas hospitalarias por insuficiencia cardíaca en el SSPA corresponden a pacientes pluripatológicos con dos o más enfermedades crónicas invalidantes. Es decir solo el 13% de los pacientes dados de alta por insuficiencia cardíaca no son pacientes pluripatológicos. Insistir en que estos pacientes pluripatológicos tienen dos o más enfermedades crónicas invalidantes, pero de promedio acumulan más de siete enfermedades crónicas cada uno. En el documento de la SAC se hace referencia al divorcio existente entre los ensayos clínicos y los resultados de salud obtenidos en la práctica clínica. Creemos que uno de

los elementos claves en esta discordancia es el hecho, denunciado en numerosas publicaciones, de que la mayoría de los ensayos clínicos excluyen a los pacientes pluripatológicos. La población incluida en los ensayos no es la población real a la que tenemos que dar una respuesta de salud. Una estrategia de éxito que quiera hacer frente a la insuficiencia cardiaca tiene que tener en cuenta esta realidad.

4. Creemos que el informe de la SAC no dimensiona de forma adecuada la realidad de la organización de la asistencial a la insuficiencia cardiaca en nuestro país. Una consulta rápida al CMBD nos informa de que el 57,88% de las altas hospitalarias por insuficiencia cardiaca son dadas por los servicios de medicina interna frente a un 21,20 % por los servicios de cardiología y un 20,92 % por otros servicios. Estas cifras son aún más evidentes en Andalucía, en donde el PQI insuficiencia cardiaca evidencia que entre el año 2007 y 2012 el porcentaje las alta dadas por los Servicios de medicina Interna ha oscilado entre el 69 y el 74%. El hecho de que la mayoría de las Unidades de Insuficiencia Cardiaca existentes en Andalucía se concentren en los Servicios de Cardiología de los grandes hospitales de referencia nos parece que es un modelo razonable. Es en estos centros donde las Unidades del Corazón han de poder dar respuesta a aquellos pacientes que requieren Centros de Hemodinámica, utilización de resincronizadores y DAIs, cirugía cardiovascular, protocolos de derivación a trasplantes etcétera, tal y como se caracteriza en el documento de la SAC para las Unidades Avanzadas y de Trasplante cardiaco.
5. El Proceso Asistencial Integrado Insuficiencia cardiaca ha sido recientemente revisado con la participación de un amplio y prestigioso equipo multidisciplinario coordinado por el Dr Rafael Vázquez Garcia y con un amplio panel de revisión externa que incluyó la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), el Servicio Andaluz de Salud (SAS) y Sociedades Científicas como la propia SAC y otras como SADEMI, SAMFYC, ASANEC, ASENHOA,SAECC, RETICS de Insuficiencia Cardiaca REDINSCOR. Creemos que este tiene que ser nuestro documento de referencia y en el mismo se optó por no hacer referencia explícita a este tipo de Unidades, señalando claramente como lo verdaderamente relevante son las intervenciones, los criterios de calidad y los resultados de salud evaluados con indicadores objetivos.
6. Creemos que para el 87% de los pacientes dados de alta por insuficiencia cardiaca en los hospitales andaluces el modelo de “una unidad multidisciplinaria, coordinada por un cardiólogo” no es válido. Pensamos que el modelo de “Unidades de IC generalistas” propuesto para la red andaluza de asistencia a la insuficiencia cardiaca basada en “una consulta monográfica específica de insuficiencia cardiaca, que pueda recibir, evaluar, tratar y realizar el seguimiento de cualquier persona con IC de su área de salud” no es útil. Estamos convencidos de que una estrategia de éxito debe centrarse en tratar enfermos y no enfermedades. Las características de la mayoría de los pacientes con insuficiencia cardiaca obligan a un abordaje del problema con una perspectiva más holística. Creemos que el modelo de atención compartida entre atención primaria y hospital propuesto por el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas y desarrollado en el PAI Atención a Pacientes Pluripatológicos se ajusta mejor a las necesidades de estos pacientes, al permitir una perspectiva

integral basado en la continuidad asistencial, el protagonismo de la atención primaria y el desarrollo de equipos multidisciplinares.

7. En la actualidad un modelo de atención compartida entre atención primaria y hospital no es una quimera. Durante los últimos años en Andalucía se está liderando este modelo. Experiencias como la del Plan Comparte en el Hospital del Aljarafe que desarrolla la continuidad asistencial tras el alta hospitalaria de pacientes con insuficiencia cardiaca, EPOC y pacientes pluripatológicos han recibido numerosos reconocimientos por las Sociedades Científicas y Fundaciones como la Fundación Avedis Donabedian. Otro claro ejemplo de modelo de atención integrada entre Atención Primaria y Hospital ha sido el del programa INTEGRATE con más del 70% de los enfermos con insuficiencia cardiaca, que ha sido liderado desde Andalucía y patrocinado por la Sociedad Española de Medicina Interna con financiación del Instituto de Salud Carlos II y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Este proyecto ha permitido demostrar reducción de más del 50% de los reingresos y mejoras significativas en la calidad de vida de los pacientes en una intervención multinivel y multidisciplinaria con participación activa de atención primaria.
8. En conclusión creemos que la atención de los pacientes con insuficiencia cardiaca tiene que ser una de las prioridades del SSPA. Para ello es necesario impulsar las propuestas del PAAIPEC priorizando en toda Andalucía la implantación de los Procesos Asistenciales Integrados Insuficiencia Cardiaca y Atención a Pacientes Pluripatológicos, reforzando las intervenciones preventivas, el apoyo a los autocuidados y la educación terapéutica, la colaboración de la atención primaria y el hospital, los sistemas de ayuda a la toma de decisiones, la comunicación directa entre profesionales con acceso inmediato a la opinión de experto, el acceso directo a las camas de hospitalización, la gestión de casos y la incorporación de nuevas tecnología terapéuticas. Creemos que en este camino coincidiremos la mayoría de los profesionales y encontraremos nuevas vías para la mejora de la asistencia de nuestros pacientes.



Fdo: Manuel Ollero Baturone.

Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna

Sevilla 10 de septiembre de 2014.