



ARTÍCULO ESPECIAL

Capítulo 3. Unidades de falla cardiaca: una propuesta para el sistema de salud colombiano



Adriana Torres^a y Efraín Gómez^{b,*}

^a *Cardiología e insuficiencia cardiaca, Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia*

^b *Cardiología, Clínica Shaio, Bogotá, Colombia*

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

Disponible en Internet el 6 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia cardiaca;
Estudios de seguimiento;
Pronóstico

KEYWORDS

Cardiac failure;
Follow-up studies;
Prognosis

Resumen

Introducción: La insuficiencia cardiaca es una enfermedad de alta prevalencia que genera grandes costos al sistema de salud y de la cual se espera un incremento en el número de pacientes durante los próximos años.

Objetivo: Proponer un sistema de atención en tres niveles de complejidad que permita realizar el diagnóstico, el tratamiento y la estratificación pronóstica de los pacientes con falla cardiaca con base en las necesidades del sistema de salud colombiano.

Metodología: Revisión narrativa de la literatura disponible.

Conclusión: La atención de los pacientes con insuficiencia cardiaca debe llevarse a cabo en tres niveles de atención, se debe contar con un servicio de atención de tercer nivel especializado con un programa multidisciplinario de pacientes con falla cardiaca, el cual tiene un área poblacional de influencia predeterminado por el sistema de salud e interrelación en doble vía con un servicio de segundo nivel de atención e incluso servicios de primer nivel de atención. De esta forma, se daría manejo sectorizado por área de influencia a los pacientes con falla cardiaca a manera de red de atención integrada con manejo único y estandarizado.

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

Chapter 3. Heart failure units: a proposal for the Colombian health system

Abstract

Introduction: Heart failure is a highly prevalent disease which generates large costs for the health system and is expected to affect a growing number of patients over the years to come.

Objective: To propose a care system of three levels of complexity to enable the diagnosis, treatment and prognostic stratification of patients with heart failure based on the needs of the Colombian health system.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: efrain.gomez@shaio.org (E. Gómez).

Methodology: Narrative review of the available literature.

Conclusion: The care of patients with heart failure should be delivered from three levels of care. There should be a third level specialist care service with a multidisciplinary programme for patients with heart failure, which has a population catchment area set by the healthcare system and with two-way interrelation with a second level care service and even primary level care services. Thus, heart failure patients will be managed in a sectorised way by catchment area in the form of an integrated care network, with unique and standardised care.

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

Introducción

En 1996, la Sociedad Colombiana de Cardiología decidió crear un grupo de trabajo en insuficiencia cardiaca con un plan de trabajo conjunto cuyos objetivos son ganar espacios académicos y tener reconocimiento nacional para realizar un trabajo conjunto entre médicos, instituciones de salud y gobierno en cuanto a políticas sobre trasplante de corazón y manejo de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica.

Durante estos años se han identificado algunos problemas en la atención de pacientes con falla cardiaca (tabla 1), los cuales se han convertido en temas de trabajo. Este documento es una primera aproximación a un asunto común en todo el país: la identificación deficiente de pacientes, la carencia de conciencia sobre una enfermedad de alto costo y, en consecuencia, una atención desorganizada que conlleva rehospitalizaciones, mortalidad y aumento del gasto sanitario^{1,2}.

A través de un modelo de educación basado en el programa ITERA diseñado por el Dr. Josep Comin Colet, cardiólogo y director de la Unidad de falla cardiaca del Hospital del Mar en Barcelona, en 2013 se inició en Colombia un proceso de unificación de conceptos para el manejo de la falla cardiaca en unidades multidisciplinarias³ con el desarrollo de programas de gestión con un cardiólogo y una enfermera, a cargo de un programa educativo y de vigilancia bien estructurado con objetivos claros como la optimización del manejo médico y el reconocimiento temprano de descompensaciones y de pacientes de alto riesgo con el fin de referirlos a unidades con facilidades de trasplante, cuidado paliativo y asistencia ventricular.

Tabla 1 Temas de trabajo Capítulo de falla cardiaca

Formación (médicos y enfermeras)
Evaluación y calidad de la atención de pacientes con falla cardiaca
Implementación de procedimientos de alto costo en falla cardiaca
Aplicación de guías y nuevos tratamientos
Desarrollo de modelos de atención integral ambulatoria
Trabajo conjunto con aseguradores e instituciones prestadoras de salud (IPS)

Tabla 2 Barreras en el manejo de la falla cardiaca

Sistema de salud no adaptado al problema epidemiológico de la falla cardiaca.
Falta de coordinación y fragmentación en el flujo de pacientes en los diferentes niveles asistenciales.
Falta de acceso del paciente al manejo temprano de descompensaciones.
Prescripciones inadecuadas y falta de acceso a medicación y tratamientos avanzados incluidos en las guías.
Ausencia de planificación de controles después de un alta hospitalaria.
Seguimiento ambulatorio inadecuado.
Limitaciones geográficas para el acceso a servicios de salud.

En Colombia existen barreras que entorpecen el éxito terapéutico de una enfermedad compleja como la falla cardiaca en la cual no es suficiente un enfoque tradicional de consulta especializada (tabla 2).

De esta forma, un sistema integrado parece esencial para el éxito del tratamiento. El modelo Kaiser permanente⁴ y el concepto de Redes integradas de servicios de salud (RISS), retomado y modificado por Shortell⁵, plantea una "red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve". En el artículo 60 de la ley 1438 de 2011⁶ se definen las redes integradas de servicios de salud, como "el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos, a una población definida, dispuesta conforme a la demanda". En este capítulo se propone un modelo integrado para la atención de pacientes con falla cardiaca según su estadio por niveles y la interacción entre los mismos⁷.

Definición del modelo

El modelo propuesto integra, a través de la gestión y prestación de servicios de salud, un continuo de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012034>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012034>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)