



ARTÍCULO ESPECIAL

Capítulo 4. Planificación de las clínicas de falla cardiaca, objetivos, infraestructura y personal



Gina González

Medicina Interna y Cardiología, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

Recibido el 16 de noviembre de 2015; aceptado el 12 de enero de 2016
Disponible en Internet el 1 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia cardiaca;
Pronóstico;
Estudios de seguimiento

KEYWORDS

Heart failure;
Prognosis;
Follow-up studies

Resumen

Introducción: Los modelos de atención especializados en insuficiencia cardiaca, emergen como una estrategia para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Objetivo: Describir los elementos necesarios para el funcionamiento de las clínicas de falla cardiaca.

Metodología: Revisión de la literatura disponible.

Conclusión: El programa de insuficiencia cardiaca debe adaptarse a las características geográficas y logísticas de las que dispone cada área sanitaria, con componentes básicos como un cardiólogo y una enfermera, especializados en insuficiencia cardiaca, así como un coordinador asistencial que permita el enlace con los diferentes niveles de atención del sistema de salud.

© 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 4. Heart failure clinic planning, objectives, infrastructure and personnel

Abstract

Introduction: Specialist heart failure care models are emerging as a strategy to improve the prognosis of these patients.

Objective: To describe the elements required to operate heart failure clinics.

Methodology: A review of the available literature.

Conclusion: A heart failure programme should adapt to the geographical and logistical features of each health area, with basic components such as a cardiologist and a nurse, who are

Correo electrónico: ginagroble@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.006>

0120-5633/© 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/>).

specialists in heart failure, and a healthcare coordinator to provide a link with the different care levels of the healthcare system.

© 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

Los modelos de atención especializados en insuficiencia cardiaca surgieron como una estrategia para mejorar el pronóstico de los pacientes¹. Existen dos componentes que pueden ser responsables de estos resultados: la optimización terapéutica tras una mejor aplicación de la evidencia científica y la interrelación entre factores médicos, psicosociales y ambientales que rodean a los pacientes con insuficiencia cardiaca y sus cuidadores. En el tratamiento de otras enfermedades crónicas ya están consolidados muchos equipos multidisciplinarios, tales como los grupos de diabetes mellitus, geriatría y oncología, que ofrecen cuidados en hospitales de día y unidades de tratamiento y asistencia rápida. No existe un modelo único de atención en insuficiencia cardiaca. De ahí que el programa de insuficiencia cardiaca deba adaptarse a las características geográficas y logísticas de las que dispone cada área sanitaria, intentando incluir componentes básicos como un cardiólogo y una enfermera, especializados en insuficiencia cardiaca, así como un coordinador asistencial que permita la conexión con los diferentes niveles de atención.

En 2006 Lupón et al. propusieron la siguiente clasificación en los modelos de atención:

1. Según los miembros que la componen: enfermeros, equipo médico, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, etc.
2. Según su localización física y tipo de pacientes bien sea atención hospitalaria u hospital de día, atención extrahospitalaria (centros de atención primaria) o asistencia domiciliaria.
3. Según el tipo de intervención, ya sea educativa y soporte a cuidadores o una intervención médica y educativa integral farmacológica y no farmacológica.

Estudios publicados han demostrado que los pacientes atendidos en programas liderados por cardiólogos^{2,3}, tienen mejor pronóstico y mayor supervivencia en comparación con los que son vistos sólo por médicos de familia⁴.

La planificación de la unidad de insuficiencia cardiaca comienza con el diagnóstico de las necesidades del entorno sanitario y el empoderamiento de un líder clínico motivado y capaz de dirigir actuaciones; posteriormente es preciso realizar la evaluación y la adaptación de los recursos para empezar el proyecto.

Las características esenciales son las siguientes:

1. Enfoque multidisciplinar (conformado por cardiólogos, médicos de atención primaria, enfermeras, farmacéuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.).

2. Selección de pacientes: el programa debe estar dirigido a pacientes sintomáticos con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida o preservada, clasificados como pacientes de alto riesgo.
3. Grupo de trabajo competente con formación específica en la atención de pacientes con insuficiencia cardiaca.

Dentro de los componentes se destacan:

1. Proveer y monitorizar el tratamiento médico óptimo y el manejo de dispositivos.
2. Educar al paciente con énfasis en el autocuidado y el cumplimiento terapéutico, el entrenamiento sobre los síntomas y signos de alarma y el régimen flexible de diuréticos.
3. Planear y ejecutar el seguimiento estructurado desde el alta hospitalaria (capítulo 6).
4. Hacer seguimiento presencial, telefónico, a domicilio o incluso el seguimiento remoto por telemedicina (capítulo 13).
5. Estar en capacidad de proveer un acceso fácil al equipo multidisciplinar sanitario de modo que haya ingreso oportuno a las visitas, respuesta proactiva a signos de alarma, atención precoz a la descompensación y tratamiento integral, para lo cual es imprescindible contar con el concepto de un hospital de día (capítulo 3) o un centro de tratamiento ambulatorio especializado en insuficiencia cardiaca.
6. Ofrecer soporte psicosocial al paciente, los familiares y los cuidadores de acuerdo con los diferentes estadios de la enfermedad, facilitando diferentes vías clínicas en función de las necesidades del paciente con opciones específicas y avanzadas de tratamiento basadas en la evidencia⁵.

¿Cómo estructurar los procesos?

El modelo de gestión en insuficiencia cardiaca contempla la implementación de vías clínicas, las cuales son un conjunto de intervenciones planteadas para una población específica, desarrolladas en un tiempo determinado, en búsqueda de la eficiencia y la coordinación del proceso asistencial. Básicamente, permiten estandarizar la atención clínica, a través de la reducción de la variabilidad en las intervenciones y el aseguramiento del cumplimiento de metas definidas para un grupo de pacientes cuya enfermedad tiene un curso clínico predecible. Para que las intervenciones realizadas tengan valor dentro del ámbito de la gestión clínica deben guiarse en la práctica basada en la evidencia.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012035>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012035>

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