

Los programas/unidades de insuficiencia cardíaca. Una visión multidisciplinaria. Respuesta



Heart Failure Programs / Units. A Multidisciplinary Approach. Response

Sr. Editor:

Agradecemos el interés mostrado por Manzano et al. por nuestro artículo sobre nomenclatura y estándares de calidad de las unidades de insuficiencia cardíaca (IC)¹, publicado en la Revista. Agradecemos además sus positivos y favorables comentarios sobre la necesidad de definir con claridad las características de los distintos tipos de unidades de IC y los requisitos exigibles para ellas, expresados en el citado documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología dentro del proyecto SEC-Excelente. Coincidimos en la trascendencia de la IC como uno de los más importantes problemas de salud de los países occidentales, incluido el nuestro, y en la necesidad de mejorar el tratamiento de los pacientes que la sufren.

Una parte fundamental en la estrategia de mejora de la atención a los enfermos con IC es precisamente el cambio hacia un modelo de gestión crónica, basado en unidades y programas específicos de IC, con participación coordinada e integrada de los distintos profesionales y servicios implicados en su tratamiento, entre los que hacen un papel fundamental cardiología y medicina interna (sin olvidar, por supuesto, a atención primaria y urgencias). Como señalan Manzano et al., se ha demostrado que estos modelos basados en unidades de IC mejoran el pronóstico y la calidad de la vida de los pacientes con IC y reducen la tasa de reingresos e incluso su mortalidad, y ello tanto para las unidades cardiológicas² como para las organizadas en servicios de medicina interna, como las que integran el programa de Unidades de Manejo Integral de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca³. El siguiente y lógico paso es avanzar hacia una organización coordinada y compartida entre cardiología y medicina interna, como se propone en el reciente documento de consenso firmado por la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Medicina Interna, en el que se recomienda la creación de programas/unidades de IC compartidos entre cardiología y medicina interna en todos los centros españoles⁴. Por último, la idea de nuestras 2 sociedades es completar el proceso o vía clínica de la IC con la participación en estos modelos de gestión de los médicos de atención primaria y de las sociedades científicas que los representan.

Para terminar, queríamos aprovechar la oportunidad que nos brinda la carta de Manzano et al. para zanjar una antigua polémica, ya felizmente superada, sobre quién debe tratar la IC: ¿cardiólogos

o internistas^{5,6}? La respuesta es: cardiólogos e internistas, trabajando de manera conjunta en estos programas y unidades de IC. No importa tanto el «quién», sino el «cómo»; lo importante es llevar a cabo la atención a los pacientes con los mejores estándares de calidad y de forma integrada y coordinada, tal como se recomienda en los posicionamientos de nuestras 2 sociedades^{1,4}.

Manuel Anguita^{a,*}, José L. Lambert^b y Javier Segovia^c
en representación del Comité SEC-Excelente en Insuficiencia Cardíaca

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: m.anguita.sanchez@hotmail.com (M. Anguita).

On-line el 18 de enero de 2017

BIBLIOGRAFÍA

1. Anguita Sánchez M, Lambert Rodríguez JL, Bover R, et al. Tipología y estándares de calidad de las unidades de insuficiencia cardíaca: consenso científico de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:940–950.
2. Jonkman NH, Westland H, Groenwold RH, et al. What are effective program characteristics of self-management interventions in patients with heart failure? An individual patient data meta-analysis. *J Card Fail*. 2016;22:861–871.
3. Cerqueiro JM, González-Franco A, Montero Pérez-Barquero M, et al. Reducción de ingresos y visitas a urgencias en pacientes frágiles con insuficiencia cardíaca: resultados del programa asistencial UMIPIC. *Rev Clin Esp*. 2016;216:8–14.
4. Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Española de Medicina Interna. Propuesta conjunta SEC-SEMI para la organización compartida de nuevos modelos de atención al paciente con insuficiencia cardíaca en base a programas y unidades de insuficiencia cardíaca. Madrid: SEC-SEMI; 2016 [citado 20 Nov 2016]. <http://secardiologia.es/publicaciones/catalogo/documentos-de-consenso/8131-documento-de-consenso-sec-semi>.
5. Anguita Sánchez M, Vallés Belsúe F. ¿Quién debe tratar la insuficiencia cardíaca? *Rev Esp Cardiol*. 2001;54:815–818.
6. Anguita Sánchez M. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Papel del cardiólogo. *Rev Clin Esp*. 2001;201:429–430.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.11.037>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.12.009>
0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.