

Unidades de insuficiencia cardiaca en España: situación actual

Elisabet Zamora y Josep Lupón

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

La insuficiencia cardiaca es un problema asistencial de gran magnitud. Las unidades de insuficiencia cardiaca ofrecen una mejor atención a los pacientes con este síndrome. La implementación de estas unidades en los hospitales es muy variable en los distintos países. No se conocen datos concretos sobre la realidad de éstas en España. Mediante un breve cuestionario se han evaluado la implementación actual y las características de estas unidades en el ámbito hospitalario en España. De 110 hospitales consultados, 45 (41%) tienen unidad de insuficiencia cardiaca. Este porcentaje varía significativamente en función del nivel tecnológico (nivel 1: 8%, nivel 2: 38%, nivel 3: 76%). El 91% de las unidades depende del servicio de cardiología. El 78% de las unidades encuestadas dispone de enfermería, la mayoría (63%) con dedicación sólo a tiempo parcial; su labor es principalmente educativa, aunque un 34% sólo realiza labor de soporte (electrocardiograma y medición de constantes).

Palabras clave: *Insuficiencia cardiaca. Unidades de insuficiencia cardiaca. Enfermería.*

Heart Failure Units in Spain: State of the Art

Heart failure is a huge public health problem. Heart failure units provide better care for patients with this condition. The establishment of such units in hospitals varies greatly between countries. To date, no specific data are available on the current situation with these units in Spain. A short questionnaire was used to evaluate the present-day implementation and characteristics of heart failure units in Spanish hospitals. Of the 110 hospitals surveyed, 45 (41%) had a heart failure unit. The percentage varied significantly with the technological sophistication of the hospital: level 1 (lowest) 8%, level 2 38%, and level 3 (highest) 76%. Some 91% of units were run by cardiology departments. In 78% of the units surveyed, nurses were involved in patient care, though only on a part-time basis in the majority (63%). Their task was primarily patient education, although, in 34%, they only performed basic support tasks (i.e., ECG and monitoring vital signs).

Key words: *Heart failure. Heart failure units. Nursing.*

Full English text available from: www.revespcardiol.org

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) es un problema asistencial de gran magnitud, fundamentalmente por 2 motivos: su elevada prevalencia^{1,2} y el hecho de ser una importante causa de ingreso hospitalario^{1,3}.

La creación de sistemas de atención especializada ha permitido mejorar la atención a los pacientes con IC, como se ha plasmado en diversos metaanálisis⁴⁻⁶. Por ello, han sido incluidos como recomendación en las Guías del tratamiento de la IC crónica de la Sociedad Europea de Cardiología⁷: clase I, nivel de evidencia A para disminuir los ingresos hospitalarios, y clase IIa, nivel de evidencia B para reducir la mortalidad.

Los sistemas de atención especializada en el ámbito hospitalario suelen estar organizados en unidades de IC. A pesar de las pruebas científicas disponibles, la implementación de estas unidades en los hospitales es muy variable en los distintos países europeos⁸. No se conocen detalles concretos sobre el número de hospitales en España que disponen de unidad de IC, sus características y el papel que en ellas desempeña la enfermería. El objetivo de este estudio ha sido conocer estos datos.

MÉTODOS

Se ha realizado un breve cuestionario con 12 ítems:

1. Nombre del hospital.
2. Nivel tecnológico.
3. Presencia de unidad de IC.
4. Tipo de pacientes atendidos en la unidad.
5. Servicio del que depende.
6. Servicios que participan en la unidad.
7. Recursos disponibles en ella.

Correspondencia: Dr. J. Lupón.
Servei de Cardiologia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.
Ctra. del Canyet, s/n. 08916 Badalona. Barcelona. España.
Correo electrónico: jlupon.germanstrias@gencat.net

Recibido el 28 de noviembre de 2006.
Aceptado para su publicación el 11 de abril de 2007.

8. Disponibilidad de enfermería.
9. Tiempo de dedicación de la enfermería.
10. Labor ejercida por enfermería.
11. Existencia de programa de rehabilitación cardiaca para IC.
12. Si se trata de una unidad de trasplante.

Las respuestas se han obtenido de 2 maneras: 28 hospitales completaron el cuestionario en la reunión de la Sección de Insuficiencia Cardiaca, Trasplante y Otras Alternativas Terapéuticas de la Sociedad Española de Cardiología celebrada en Córdoba (2006), y 82 hospitales lo cumplimentaron a través de la red nacional de delegados de una empresa farmacéutica. No hubo una selección previa de hospitales. La lista de hospitales encuestados se recoge en el anexo 1.

RESULTADOS

Se consultaron 110 hospitales (96 públicos y 14 privados) de distinto nivel tecnológico: el 32,7% de nivel 1 (menor), el 33,6% de nivel 2 y el 33,6% de nivel 3 (mayor). El 41% (n = 45) tiene unidad de IC. Este porcentaje varía significativamente en función del nivel tecnológico (nivel 1: 8%, nivel 2: 38%, nivel 3: 76%). De estas 45 unidades, 12 (27%) son unidades de trasplante. El 91% de las unidades depende del servicio de cardiología y el 9%, del de medicina interna. El 96% tiene participación del servicio de cardiología, el 11% del de medicina interna, el 22% de geriatría, el 9% de rehabilitación y el 16% de otros servicios. Las unidades atienden fundamentalmente a pacientes ambulatorios (98%), en el 67% de los casos pacientes ingresados en planta y en el 31%, pacientes del hospital de día. El 84% de las unidades dispone de despachos propios, un 24% tiene camas de hospitalización propias y el 18% dispone de camas en el hospital de día. El 78% de las unidades dispone de enfermería, con dedicación a tiempo parcial en el 63% y a tiempo completo sólo en un 37%. Un 26% contaba con una enfermera, otro 26% con dos, un 20% con más de dos y un 28% no contestó este ítem, probablemente porque consideró el número inferior a uno, al no disponer de enfermería a tiempo completo. La labor de enfermería es principalmente educativa (66%), aunque en un 34% de los casos el personal de enfermería sólo realiza labor de soporte (electrocardiograma [ECG], constantes); cabe destacar que sólo en un 37% de las unidades, el personal de enfermería realiza visitas propias. Por último, un 31% de las unidades dispone de programa de rehabilitación para IC.

DISCUSIÓN

En los últimos años se ha generalizado la utilización de distintos «modelos de atención» a la IC, en los que se organiza el cuidado de los pacientes con este sín-

drome y que han demostrado⁴⁻⁶ disminuir el número de hospitalizaciones, mejorar la calidad de vida de los pacientes, aumentar el cumplimiento del tratamiento, mejorar su propio cuidado personal e incluso pueden mejorar su supervivencia. La reducción en los ingresos hospitalarios⁹⁻¹² y la mejora en la supervivencia^{9,10} han sido también demostradas en nuestro país.

Se han descrito diversos modelos de atención, que incluyen desde una única sesión educativa o un seguimiento telefónico periódico hasta una intervención multidisciplinaria. En el ámbito hospitalario, dichos sistemas de atención especializada se centran en la creación de unidades de IC. La implementación de estas unidades en los diferentes países europeos es muy heterogénea. Por ejemplo, en Suecia, las dos terceras partes de los hospitales disponen de este tipo de unidades¹³, mientras que en muchos países este porcentaje no supera el 10%⁸. De los 43 países europeos analizados en el estudio de Jaarsma et al⁸, sólo 7 (Irlanda, Dinamarca, Países Bajos, Noruega, Escocia, Suecia y Eslovenia) parecen tener una atención especializada en más del 30% de los hospitales. El porcentaje atribuido a España en dicho artículo es inferior al 30% y responde a la apreciación de 3 expertos en la materia. En nuestro trabajo hemos observado que el 41% de los hospitales encuestados dispone de unidad de IC, si bien el porcentaje varía mucho en función del nivel tecnológico, alcanzando el 76% en los hospitales de mayor nivel.

En la mayoría de modelos asistenciales, el personal de enfermería es una pieza fundamental^{4-6,8}. Llama la atención en nuestro estudio que, a pesar de que el 78% de las unidades dispone de personal de enfermería, sólo en el 37% éste trabaja a tiempo completo. La labor del personal de enfermería también difiere mucho en función de los países⁸ e incluye desde la educación de los pacientes hasta la titulación de fármacos, pasando por la exploración física de los enfermos y la capacidad para solicitar pruebas complementarias. En nuestros hospitales, el personal de enfermería tiene visitas propias sólo en el 37% de las unidades y su labor es principalmente educativa, pero en el 34% sólo realiza labor de soporte básico (constantes vitales, ECG), como en una consulta externa convencional.

Limitaciones

Aunque en el estudio se ha recogido un número importante de hospitales diseminados por el territorio nacional, evidentemente no cubre la totalidad de hospitales españoles. De todas formas, los hospitales públicos están bien representados, pues en España hay 782 hospitales, de los cuales sólo 291 son públicos (Catálogo Nacional de Hospitales, 2006). Para facilitar la cumplimentación del cuestionario, éste se diseñó de forma sencilla, por lo que determinados aspectos de las características de las unidades, de su relación con la

atención primaria, o del trabajo realizado por enfermería, no han sido abordados.

En conclusión, sólo el 41% de los 110 hospitales españoles consultados dispone de unidad de IC, cifra inferior a la de otros países europeos. La disponibilidad de personal de enfermería específico y completamente dedicado a dichas unidades en España también es baja.

AGRADECIMIENTOS

A la empresa farmacéutica Pfizer® y sus delegados en las diferentes comunidades autónomas que han participado en la distribución del cuestionario de ámbito nacional, sin los cuales no hubiera sido posible la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mc Murray JJ, Stewart S. Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. *Heart*. 2000;83:596-602.
2. Anguita Sánchez M, Muñiz García J, Crespo Leiro MG, Jiménez Navarro M, De Teresa Galván E, Alonso-Pulpón L, et al. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en España: un estudio poblacional. Resultados del estudio de prevalencia en la insuficiencia cardiaca en España (PRICE). *Rev Esp Cardiol*. 2006;59 Suppl 2:57.
3. Rodríguez Artalejo F, Guallar-Castillón P, Banegas Banegas JR, Rey Calero J. Trends in hospitalization and mortality for congestive heart failure in Spain, 1980-1993. *Eur Heart J*. 1997;18:1771-9.
4. Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA*. 2004;291:1358-67.
5. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for readmission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:810-9.
6. Gonseth J, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J*. 2004;25:1570-95.
7. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, et al. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005). *Eur Heart J*. 2005;26:1115-40.
8. Jaarsma T, Strömberg A, De Geest S, Fridlund B, Heikkilä J, Martensson J, et al. Heart failure management programmes in Europe. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2006;5:197-205.
9. Comín-Colet J, Viles D, Martí J, Vila J, Marrugat J, Bruguera J, et al. Heart failure units reduce 1-year mortality and morbidity of patients with heart failure: a randomized study. *Circulation*. 2002;106:II568.
10. Aienza F, Anguita M, Martínez-Alzamora N, Osca J, Ojeda S, Almenar L, et al. Multicenter randomized trial of a comprehensive hospital discharge and outpatient heart failure management program. *Eur J Heart Fail*. 2004;6:643-52.
11. Lupón J, Parajón T, Urrutia A, González B, Herreros J, Altimir S, et al. Reducción de los ingresos por insuficiencia cardiaca en el primer año de seguimiento en una unidad multidisciplinar. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:374-80.
12. Morcillo C, Valderas JM, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujadas R, et al. Evaluación de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca. Resultados de un estudio aleatorizado. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:618-25.
13. Strömberg A, Martenson J, Frilund B, Dahlström U. Nurse-led heart failure clinics in Sweden. *Eur J Heart Fail*. 2001;3:139-44.

ANEXO 1. Hospitales incluidos en el estudio

Alcañiz
Alto Deba de Mondragón
Arquitecto Marcide de El Ferrol
Bellvitge
Blanes
Cabueñes de Gijón
Calella
Campdevàrol
Caranza de El Ferrol
Carlos Haya de Málaga
Central de Asturias
Clínic de Barcelona
Clínico de Málaga
Clínico de Valladolid
Clínico San Carlos de Madrid
Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza
Clínico Universitario de Salamanca
Clínico Universitario de Santiago
Clínico Universitario de Valencia
Clínico Virgen de la Victoria
Comarcal da Barbanza de Ribeira
Comarcal de O Barco de Valdeorras
Comarcal Ernest Lluch de Calatayud
Comarcal de Monforte de Lemos
Comarcal Vélez de Málaga
Complejo Asistencial de León
Complejo Asistencial Río Carrión de Palencia
Complejo Hospitalario de Ourense
Consorti de Terrassa
Costa del Sol de Marbella
Da Costa de Burela
Del Mar de Barcelona
Doctor Josep Trueta
Doctor Peset de Valencia
Dos de Maig Creu Roja de Barcelona
Don Benito
El Bierzo de Ponferrada
Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet
Figueres
Francisco de Borja de Gandía
Fundació Sanitària d'Igualada
Fundación Hospital de Verín
Fundació Son Llàtzer de Palma de Mallorca
General de Albacete
General de Catalunya
General de Ciudad Real
General de Elda de Alicante
General Universitario de Alicante

General Universitario de Valencia
General Yagüe de Burgos
Germans Trias i Pujol
Granollers
Infanta Elena de Huelva
Infanta Cristina de Badajoz
Juan Canalejo de La Coruña
La Fe de Valencia
La Inmaculada de Huércal-Overa
La Paz de Madrid
La Princesa de Madrid
Los Arcos San Javier
Manresa (Althaia)
Marques de Valdecilla de Santander
Mataró
Miguel Servet de Zaragoza
Modelo de La Coruña
Mollet
Montecelo de Pontevedra
Morales Meseguer
Municipal de Badalona
Mútua de Terrassa
Nicolás Peña de Vigo
Orihuela
Palamós
Parc Taulí de Sabadell
Poniente de El Ejido
Povisa de Vigo
Provincial de Santiago
Puerta de Hierro de Madrid
Puigcerdà

Ramón y Cajal de Madrid
Reina Sofía de Córdoba
Reina Sofía de Murcia
Requena
Royo Villanova de Zaragoza
San Cecilio de Granada
San Jaime de Torrevieja
San Jorge de Huesca
San Juan de Alicante
San Rafael de La Coruña
San Vicente del Raspeig de Alicante
Sant Celoni
Sant Jaume de Olot
Sant Pau de de Barcelona
Sant Rafael de Barcelona
Santa Caterina de Girona
Santa María de Rosell de Cartagena
Santa Teresa de La Coruña
Severo Ochoa de Leganés
Torrecárdenas
Universitario de Canarias
Universitario de Elche
Universitario Nuestra Señora de la Candelaria de La Laguna
Vall d'Hebrón de Barcelona
Virgen da Xunqueira de Cée
Virgen de l'Arrixaca de Murcia
Virgen de las Nieves de Granada
Virgen Macarena de Sevilla
Virgen del Rocío de Sevilla
Xeral de Lugo
Xeral de Vigo
