

**PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL
DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA**

Fecha: 21/febrero/2.007

Lugar: Casa del Corazón (Madrid)

ORDEN DEL DÍA

- 10:00 h. **Bienvenida**
Dr. Castro Beiras
- 10:10 -10:40 h.: **Justificación a la creación de un proyecto de atención integral de la IC**
Dr. Castro Beiras
- 10:40 - 11:10 h.: **Debate.**
Todos
- 11:10 - 11:40 h.: **Presentación del proceso iniciado en el Hosp. Juan Canalejo (La Coruña)**
Dr. Muñiz / Rodríguez / Castro Beiras (por definir)
- 11:40 - 12:00 h.: **Coffe-Break**
- 12:00 - 14:00 h.: **Debate abierto alrededor de los siguientes puntos:**
- Constitución del grupo de trabajo para la creación del Proyecto de Atención Integral de la IC .
 - Justificación e interés.
 - Definición de la misión y objetivos.
 - Aplicabilidad y viabilidad de replicar la experiencia del Hospital Juan Canalejo en otros centros.
 - Calendario, si procede, para la realización de las reuniones locales en otros centros.
 - ¿Desarrollo de documento de partida?
- 14:00 h.: **Fin de la reunión**

Convocados y asistentes:

- Dr. Manuel Anguita Sánchez (Hospital Reina Sofía. Córdoba) → (No asiste)
- Dr. Alfonso Castro Beiras (CH Universitario Juan Canalejo, La Coruña)
- Dr. José Angel Rodríguez Fernández (CH Universitario Juan Canalejo, La Coruña)
- Dr. Javier Muñiz García
- Dr. José M^a Cruz Fernández (Hospital Universitario de Sevilla)
- Dr. Juan Delgado (Hospital 12 de Octubre, Madrid)
- Dr. Eduardo de Teresa Galván (Hospital Universitario de Málaga)
- Dr. Cándido Martín Luengo (Hospital Universitario de Salamanca)
- Dr. José Manuel Sobrino (Hospital del Rocio, Sevilla) → José M^a Cruz lo representa
- Dr. Leon Martinez de la Concha (Hospital Infanta Cristina, Badajoz)
- Dr. Roberto Muñoz Aguilera (Hospital Gregorio Marañón, Madrid)
- Dra. Nekane Murga (Ambulatorio Areilza, Bilbao)
- Dr. Vicente Nieto Lago (Hospital Insular. Las Palmas)
- Dr. Juan Ortega (Hospital Virgen del Rosell, Cartagena)
- Dr. Luis Pulpón (Hospital Puerta de Hierro, Madrid) → (No asiste)
- Dr. José Luis Rodríguez Lambert (Hospital Central de Asturias)
- Dr. Luis Almenar (Hospital La Fe, Valencia) → (No asiste)
- Dra. M^a Jesús Salvador Tabeada (Clínica Dexeus, Barcelona)
- Dra. Marisa Sanz Julbe (Hospital Miguel Servet, Zaragoza)
- Dr. Andreu Grau (Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca)
- Dr. Ricardo Pavón (Hospital Universitario de Valme, Sevilla) → José M^a Cruz lo representa

Se realiza la presentación de la “Justificación de un proyecto integral de atención a la insuficiencia cardíaca”

Mortalidad x Insuficiencia Cardíaca → ¿Parecida al cáncer?

Seguramente :no en magnitud

Si en supervivencia desde

diagnóstico

RESUMEN DE COMENTARIOS DE LOS ASISTENTES A LA PRESENTACIÓN

- La mortalidad por Insuficiencia Cardíaca es parecida a la del cáncer, seguramente no en magnitud del problema, pero si en supervivencia desde el diagnóstico. Sin embargo la percepción de la población es muy diferente. Seguramente, el propio nombre de “insuficiencia” sea poco afortunado para reflejar la seriedad de la condición en lo que se refiere a pronóstico. Es necesario mejorar en la difusión a la población de la importancia real de la insuficiencia cardíaca.

- Coincidencia en la falta de coordinación entre profesionales. Para mejorarla, se sugiere el desarrollo de “vías” en lugar de unidades.
- Se identifica como clave la coordinación con atención primaria y se indica la coincidencia con el ejemplo de la diabetes
- La puerta de entrada es con frecuencia “urgencias”. También se percibe ahí como poco grave o con un manejo de rutina (diuréticos) lo que hace que el paciente entre un círculo de reingresos continuos. Necesario poder actuar en urgencias.
- Es clave reforzar el papel del cardiólogo no sólo liderando el proceso sino con responsabilidad en el tratamiento de los pacientes.
- El problema no es de herramientas (diagnóstico / terapéutico) sino de organización y para abordarlo es necesario que aparezca como “prioridad política”.
- En ciertas comunidades (Andalucía, por ejemplo) es uno de los procesos identificados como claves en cardiología. Pese a que el desarrollo es demasiado detallado, lo que le hace perder utilidad, es necesaria la adaptación local para bajarlo a ras de suelo.
- Es necesario que cale a diferentes niveles el mensaje de que los procesos deben girar alrededor del paciente: Administración, médicos y en los propios pacientes. Esta iniciativa puede ser clave en este sentido.
- Es necesario optimizar la utilización de la cardiología extrahospitalaria.
- Se identifican como obstáculos y/o dificultades:
 - o La administración.
 - o El resto de profesionales no cardiólogos (importancia del tratamiento óptimo).
 - o La aparente “decadencia” de la figura de cardiólogo clínico, parte importante del problema de que el paciente vaya de un lado a otro.
 - o Gran variedad de problemas locales (aportados por muchos asistentes).
- Aunque se comenta que no es un número muy elevado el de pacientes ingresados, se aclara que no lo es en muchos servicios de cardiología, pero si en el hospital (ejemplo: alrededor de 1000 pacientes/año en un hospital como Juan Canalejo).



ACUERDOS

- 1) Se acuerda la constitución como grupo para avanzar en este problema.
- 2) Necesidades
 - a. Trabajar en transmitir a todos (no sólo a convencidos) la importancia del problema y la de que el cardiólogo juegue un papel clave.
 - b. Aprovechar ejemplo de diabetes
 - c. Necesidad de que la SEC se implique en “amplificar” este problema.