

# Potenciar la atención primaria para mejorar el seguimiento de la insuficiencia cardíaca en los países desarrollados\*

J. Gervas<sup>a</sup> y Seminario de Innovación 2005<sup>b</sup>

## Introducción

La atención primaria, opción global y horizontal, da respuesta simultánea a múltiples problemas, favorece al paciente con varias enfermedades simultáneas y al médico de primaria. Se centra en la población, tiene mucho que ver con la salud pública y con la equidad y prefiere el principio ético básico de la justicia (prestación de servicios ajustados según necesidad).

La opción selectiva, vertical, da respuesta a un solo problema, favorece al paciente con una enfermedad y al especialista correspondiente, se centra en problemas biológicos, tiene mucho que ver con técnicas y con las leyes del mercado, y prefiere el principio ético básico de la beneficencia (la búsqueda de lo mejor para el paciente individual)<sup>1,2</sup>.

¿Por qué se están orientando con fuerza los servicios sanitarios de muchos países desarrollados hacia la opción vertical ante problemas crónicos, como la insuficiencia cardíaca, que en teoría se resuelven mejor en atención primaria, la opción global?

## Aspectos clínicos relevantes de la insuficiencia cardíaca

La insuficiencia cardíaca es un síndrome caracterizado por la alteración hemodinámica cardíaca, cuya progresión se atribuye a cambios neurohormonales (sistema renina-angiotensina, y otros)<sup>3</sup>.

Conocemos las causas subyacentes a la insuficiencia cardíaca (entre las que destaca la isquemia coronaria) y las causas desencadenantes, pero no hay una teoría suficiente sobre la base genética, bioquímica y patogénica del síndrome. Se consideran crípticas las razones de su progresión<sup>4</sup>. Tampoco son firmes las bases diagnósticas pues, a pesar de que el ecocardiograma y el flujo cardíaco proporcionan criterios básicos, tienen limitaciones<sup>5</sup>.

Sabemos que es un cuadro ominoso<sup>6</sup>. Los ingresos y reingresos frecuentes son indicadores tanto de la gravedad como del fracaso del tratamiento. El problema no es la falta de un tratamiento eficaz, sino la falta de seguimiento y del cumplimiento de las pautas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas de probada eficacia. Con todo ello se mezclan factores biológicos como las «complicaciones» propias del envejecimiento, y factores de prestación de servicios, como la presencia de cuidadores varios y de los consiguientes problemas para el seguimiento y el acceso a un equipo sanitario que pueda ofrecer longitudinalidad.

## Seguimiento y tratamiento de la insuficiencia cardíaca

Presentan insuficiencia cardíaca los típicos pacientes en los que la respuesta global, de la atención primaria, sería la adecuada,

### LECTURA RÁPIDA

#### Introducción

¿Por qué se están orientando con fuerza los servicios sanitarios de muchos países desarrollados hacia la opción vertical ante problemas crónicos, como la insuficiencia cardíaca, que en teoría se resuelven mejor en atención primaria, la opción global?

#### Aspectos clínicos relevantes de la insuficiencia cardíaca

La insuficiencia cardíaca es un síndrome caracterizado por la alteración hemodinámica cardíaca.

Los ingresos y reingresos frecuentes son indicadores tanto de la gravedad como del fracaso del tratamiento.

<sup>a</sup>Medicina General. Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial. Equipo CESCA. Madrid.

<sup>b</sup>Atención Primaria y Salubridad: Fernando A. Alonso López, Jesús Domínguez Velázquez, José Manuel Esteban Sobrevela, Francisco García Cebrián, Luis Miguel García Olmos, Nieves Gómez Serrano, Fernando Malmierca Sánchez, Sergio Minué, Rafael de Pablo González, Jonay Ojeda Feo, Ángel Otero Puime, Luis Palomo Cobos, Raimundo Pastor Sánchez, Mercedes Pérez Fernández, Miguel Ángel Ripoll Lozano, Juan José Rodríguez Sendín, Francisco Toquero de la Torre, Juan Simó Miñana, José Manuel Solla Camino, Mateu Seguí Díaz y José Ramón Vázquez Díaz.

Correspondencia:  
J. Gervas, Equipo CESCA.  
Travesía de la Playa, 3. 28730 Buitrago del Lozoya.  
Madrid. España.  
Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

Manuscrito recibido el 17 de octubre de 2005.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 9 de noviembre de 2005.

**Palabras clave:** Gestión de enfermedades. Insuficiencia cardíaca. Coordinación.

\*Este texto es el resultado final de un seminario sobre innovación acerca de la coordinación entre atención primaria y especializada. Se llevó a cabo en un aula virtual ([www.ffomc.org](http://www.ffomc.org)) y un taller presencial, en septiembre de 2005. Fue ponente y coordinador Juan Gervas. Los aspectos clínicos de este seminario se han publicado en *SEMERGEN* (SEMERGEN. 2006;32:125-31).

Financiación: Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial y Fundación de Ciencias de la Salud, con el patrocinio del Ministerio de Sanidad y Consumo y GSK.

## ▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ Se mezclan factores biológicos como las «complicaciones» propias del envejecimiento, y factores de prestación de servicios, como la presencia de cuidadores varios y de los consiguientes problemas para el seguimiento y el acceso a un equipo sanitario que pueda ofrecer longitudinalidad.

▼ **Seguimiento y tratamiento de la insuficiencia cardíaca**

El correcto seguimiento y tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca depende de la coordinación entre servicios especializados y de primaria, y de ambos con los servicios sociales y, además, de la implicación del paciente y de sus familiares.

▼ **Los programas especializados en la insuficiencia cardíaca**

Los sistemas organizados especializados para el seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca son muy atractivos, pues más de 30 ensayos clínicos han demostrado que logran disminuir los ingresos, las muertes y los costes de la atención.

pues precisan médicos y enfermeras polivalentes y generalistas, ya que habitualmente son: *a)* ancianos; *b)* con varios problemas de salud; *c)* con tratamientos múltiples, y *d)* con problemas sociales (reclusión en el domicilio, carencia de cuidador, y otros).

Entre las probables razones del deficiente seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca, cabe destacar:

- La gravedad y la letalidad del síndrome, muy «sensible» a los cuidados y tratamientos adecuados.
- La necesidad de intervenir rápidamente ante los primeros síntomas de deterioro, lo que implica la presencia de pacientes y familiares colaboradores y competentes, muy capacitados, capaces de introducir cambios en el tratamiento y, en su caso, un acceso permanente, rápido y sencillo a la enfermera y al médico del paciente.
- El curso imprevisible del cuadro clínico, muy fluctuante y dinámico, cuya resolución exige la coordinación de pacientes y familiares, servicios médicos de primaria y especializada, y servicios sociales.

Es decir, el correcto seguimiento y tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca depende de la coordinación entre servicios especializados y de primaria, y de ambos con los servicios sociales y, además, de la implicación del paciente y de sus familiares.

### Los programas especializados en la insuficiencia cardíaca

Ante el deficiente seguimiento y tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca (con el consecuente aumento de la morbilidad, la mortalidad y los costes), la respuesta no es, en general, la esperable y lógica de cambio y mejora de la prestación de servicios a los pacientes crónicos en atención primaria (la opción global), sino la introducción de nuevos servicios superespecializados, los llamados programas de gestión de enfermedades<sup>7,8</sup>. Intervienen múltiples profesionales (cardiólogos, enfermeras, farmacéuticos, trabajadores sociales y otros) y se implantan actividades varias (visitas a domicilio, seguimiento telefónico, charlas en grupo, consultas programadas, revisión de la medicación, telemonitorización, y otras), con acceso rápido a los profesionales según la evolución del cuadro clínico.

Los sistemas organizados especializados para el seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca son muy atractivos, pues más de 30 ensayos clínicos han demostrado que logran disminuir los ingresos, las muertes y los costes de la atención<sup>7-9</sup>.

Sus componentes, relacionados con su eficacia, son:

- La capacitación del paciente y de su familia.
- El acceso permanente, rápido y sencillo a los profesionales, normalmente mediante visitas a domicilio de enfermería, y por teléfono cuando la situación se deteriora y no responde a los cambios previamente recomendados en el tratamiento<sup>7-9</sup>.

Estos programas son eficaces en condiciones experimentales, en ensayos clínicos no enmascarados, pero es dudosa su capacidad real de mejorar la calidad y los costes en condiciones habituales (hay quien los ve como una «solución mágica», de moda, sin mucho futuro). El brillo de la solución vertical, presuntamente eficaz a corto plazo, dificulta incluso considerar la solución a largo plazo, la mejora del modelo de atención a los pacientes crónicos en atención primaria, la solución global.

### Conclusión

Si creemos en la opción global y horizontal, polivalente, capaz de cuidar de pacientes crónicos con múltiples enfermedades, de capacitarlos para el autocuidado y de romper las barreras de la accesibilidad, hay mucho que aprender de las intervenciones eficaces en la atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca, todas de «baja tecnología» y propias de la atención primaria. Son propias porque en atención primaria tenemos: *a)* profesionales diversos (médicos, farmacéuticos, enfermeras, trabajadores sociales) que podrían coordinarse para abordar el conjunto complejo de los problemas de los pacientes crónicos; *b)* acceso permanente, rápido y sencillo (a domicilio y telefónico), si se organizan los servicios adecuadamente; *c)* habilidades para capacitar y educar al paciente y a la familia, para introducir un componente proactivo imprescindible, y *d)* capacidad de derivar a la atención especializada cuando es conveniente, y de trabajar para asegurar la

continuidad de cuidados, si superamos desidias, inercias y rígidos esquemas de organización, y si damos poder y autonomía a los médicos de familia.

En los países desarrollados, los problemas que plantean las deficiencias en el seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca se están respondiendo desde los hospitales con enfermeras superespecializadas, con visitas a domicilio y con gestión de casos. Parece que ésa es, también, la respuesta española<sup>10,11</sup>.

La atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca renueva una cuestión recurrente, la mejor forma de organización para un problema de salud concreto: ¿mejor la atención primaria, global, centrada en la persona, o mejor la atención especializada, vertical, centrada en el problema? Es un debate con más de 2.500 años, con los griegos a favor de una atención general y los egipcios a favor de la respuesta especializada. La comparación directa de ambas alternativas (muy diferentes en cuanto a uso de recursos, gasto y riesgo para los pacientes) demuestra que la atención primaria tiene una efectividad similar a la atención especializada<sup>12-14</sup>. Como es natural, lo mejor podría ser la cooperación (la combinación razonable de ambas alternativas), aunque sabemos poco sobre el papel exacto de los especialistas y su impacto en la salud de los pacientes<sup>15</sup>. Pero, por ejemplo, se ha demostrado que lo más eficaz es la colaboración entre el médico de familia y el cardiólogo (mejor que éste en solitario), en el anciano con infarto de miocardio<sup>16</sup> y en pacientes con insuficiencia cardíaca<sup>17</sup>.

Necesitaríamos más estudios sobre la efectividad de la innovación en la organización si queremos sustentar las propuestas de potenciación de la atención primaria con lógica y ciencia<sup>16,17</sup>.

## Bibliografía

1. Cuento M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004;94:1864-74.
2. Gérvás J. La gestión de casos (y de enfermedades), una organización vertical de los servicios sanitarios. *SEMERGEN*. 2005;31:370-4.
3. Grupo de Trabajo de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica de la Sociedad Europea de Cardiología. Guías de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica. Versión resumida (actualización 2005). *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:1062-92.
4. Benjamin IJ, Schneider MD. Learning from failure: congestive heart failure in the postgenomic age. *J Clin Invest*. 2005;115:495-9.
5. Petrie M, McMurray J. Changes in notions about heart failure. *Lancet*. 2001;358:432-3.
6. Levenson JW, McCarthy EP, Lynn J, Davis R, Phillips RS. The last six months of life for patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:101-9.
7. Faxon DP, Schwamm LH, Pasternak RC, Peterson ED, Joyce B, Bufalino V, et al. Improvement quality of care through disease management. Principles and recommendations from the American Heart Association's expert panel on disease management. *Circulation*. 2004;109:2651-4.
8. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart*. 2005;91:899-906.
9. Gustafsson F, Arnold JMO. Heart failure clinics and outpatient management: review of the evidence and call for quality assurance. *Eur Heart J*. 2004;25:1596-604.
10. Morcillo C, Valderas JM, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujades R, et al. Evaluación de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardíaca. Resultados de un estudio aleatorizado. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:618-25.
11. Brotons C, Martínez M, Rayí E, Morralla C, Ballarín E, Pérez E. Ensayo clínico aleatorizado para reducir hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca. *Aten Primaria*. 2005;36:280-3.
12. Donohoe MT. Comparing generalist and specialty care. Discrepancies, deficiencies and excesses. *Arch Intern Med*. 1998;158:1596-608.
13. Harrold L, Field TS, Gurwitz JH. Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *J Gen Intern Med*. 1999;14:499-513.
14. Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care*. 2001;19:131-44.
15. Starfield B. Research in general practice: comorbidity, referrals and the role of general practitioners and specialists. *SEMERGEN*. 2003;23 Suppl 1:7-15.
16. Ayanian JZ, Landrum MB, Guadagnoli E, Gacione P. Specialty of ambulatory care physicians and mortality among elderly patients after myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2002;347:1678-86.
17. Ezekowitz JA, Walraven C, McAlister FA, Armstrong PW, Kaul P. Impact of specialist follow-up in outpatients with congestive heart failure. *CMAJ*. 2005;172:189-94.

### ▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼  
Estos programas son eficaces en condiciones experimentales, en ensayos clínicos no enmascarados, pero es dudosa su capacidad real de mejorar la calidad y los costes en condiciones habituales.

### ▼ Conclusión

La atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca renueva una cuestión recurrente, la mejor forma de organización para un problema de salud concreto: ¿mejor la atención primaria, global, centrada en la persona, o mejor la atención especializada, vertical, centrada en el problema?

▼  
Necesitaríamos más estudios sobre la efectividad de la innovación en la organización si queremos sustentar las propuestas de potenciación de la atención primaria con lógica y ciencia.