

Plan integral de cardiopatía isquémica (PICI)

Recientemente, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicado el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica (PICI)¹, que ha sido también aprobado por el pleno del Consejo Interterritorial, con un período de vigencia que va desde 2004 a 2007. Se trata de una iniciativa novedosa en España, en cuya redacción han participado profesionales que trabajan tanto en atención primaria como en el medio hospitalario, así como en el ámbito de la epidemiología y de la salud pública.

Conceptualmente, los planes integrales de salud consisten en la elaboración e implantación de estándares, objetivos y modelos de atención en los ámbitos de la promoción, la prevención, el manejo clínico, la rehabilitación y la reinserción social, los sistemas de información y la investigación, para el tratamiento integral de las enfermedades o condiciones más relevantes, con el objetivo de lograr un enfoque homogéneo en todo el Sistema Nacional de Salud (SNS). Los planes integrales se basan en tres pilares: estándares de servicios claros, prestación adecuada y evaluación de resultados. Constituyen una herramienta que pretende reducir las inequidades y elevar la calidad de la atención y la información.

El PICI se enmarca dentro de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece «acciones de cooperación y coordinación de las administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el SNS». En este contexto, los planes integrales constituyen un instrumento de coordinación y calidad en los que se establecen los criterios sobre la forma de organizar los servicios para atender las enfermedades de manera integral en el SNS, se determinan los estándares mínimos y los modelos básicos de actuación y se especifican las acciones de efectividad reconocida, las herramientas de evaluación y los indicadores de actividad.

La elaboración y redacción del PICI pivotó desde el comienzo en 2 sociedades científicas: la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Se formaron 8 grupos de trabajo, responsables cada uno de ellos de redactar los diferentes capítulos del plan. Cada grupo estaba compuesto por un coordinador y una serie de miembros (entre 7 y 8). La coordinación de 7 de los 8 grupos ha recaído en representantes de estas 2 sociedades (SEC y semFYC), y el resto de los componentes ha sido propuesto por la mayor parte de las sociedades (médicas o de en-

fermería) relacionadas con la cardiopatía isquémica, así como por las diferentes comunidades autónomas. Concretamente, la semFYC se ha responsabilizado, a través de los autores de este editorial, de coordinar los grupos que han redactado los capítulos 2 (Prevención y promoción de hábitos saludables) y 3 (Detección, diagnóstico y tratamiento de factores de riesgo) del plan. El hecho de que el Ministerio de Sanidad y Consumo haya contado con nuestra sociedad para que asumiera un papel protagonista pone claramente de manifiesto el reconocimiento del papel que la semFYC ha tenido, tiene y seguirá teniendo en el desarrollo de la atención primaria en España, en particular en el campo de la prevención cardiovascular. Representantes de la SEC se han ocupado de coordinar los grupos que han redactado los capítulos 4 (Síndrome coronario agudo), 5 (Enfermedad coronaria crónica. Angina estable. Disfunción ventricular izquierda. Muerte súbita), 6 (Revascularización miocárdica y trasplante) y 7 (Prevención secundaria y rehabilitación cardíaca). Además, el PICI tiene 2 capítulos transversales: uno referente a sistemas de información y otro sobre investigación. El primero tiene como objetivo controlar mediante una serie de indicadores (de implantación, desarrollo y evaluación) los progresos en el control de la cardiopatía isquémica y sus factores de riesgo, así como la calidad de las actividades asistenciales (tanto preventivas como curativas). El segundo establece las líneas estratégicas más importantes de la investigación cardiovascular en España para los próximos 5 años.

Desde el punto de vista estructural, en el PICI se establecen, para cada una de las áreas de intervención, estándares, objetivos, puntos críticos, acciones, indicadores y ejemplos de buenas prácticas. En la tabla 1 se resumen los estándares recogidos en el plan. Desde el punto de vista de la atención primaria, merece la pena destacar algunos planteamientos del documento:

– Se definen acciones concretas, de carácter comunitario y poblacional, para prevenir el tabaquismo y la obesidad, así como para fomentar el patrón dietético mediterráneo cardiosaludable, evitar el sedentarismo y reducir el consumo de alcohol.

– Se recoge expresamente que: a) teniendo en cuenta la alta prevalencia (aislada o en combinación) de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y que en España la puerta de entrada del usuario al sistema sanitario público es la atención primaria, la manera más eficiente para llevar a cabo la detección de los factores de riesgo en la población es

TABLA 1
Estándares del Plan Integral de Cardiopatía Isquémica

Número	Estándar
1	Reducir la prevalencia de los factores de riesgo y la incidencia de la enfermedad coronaria Promover estilos de vida saludables en la población
2	Se debe prevenir la enfermedad cardiovascular en todas las personas con riesgo cardiovascular alto o moderado
3	Los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo deben tener: Acceso rápido y seguro a la asistencia médica del nivel necesario Empleo de los medios diagnósticos y terapéuticos basados en la evidencia científica y que sean más eficientes
4	Angina estable. Los pacientes con sospecha o síntomas de angina deben recibir las medidas diagnósticas y terapéuticas apropiadas para controlar el dolor y mejorar la calidad de vida, así como para reducir el riesgo de episodios coronarios agudos y su morbimortalidad Disfunción ventricular isquémica. En los pacientes con cardiopatía isquémica crónica se deben realizar pruebas oportunas tendentes a detectar la existencia de disfunción ventricular, con los objetivos de identificar su existencia, establecer las medidas terapéuticas y diagnósticas adecuadas y mejorar los síntomas y su pronóstico Arritmias ventriculares y muerte súbita. Los pacientes coronarios o con riesgo coronario elevado deben recibir el tratamiento y las medidas de control adecuadas para prevenir, detectar y corregir la muerte súbita, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario
5	Todos los pacientes con el diagnóstico o sospecha de cardiopatía isquémica grave que requieran una arteriografía coronaria deben tener igual posibilidad de acceder a dicha intervención en un centro con demostrada solvencia, independientemente de su lugar de residencia Los pacientes en los que se establezca la revascularización miocárdica como mejor opción terapéutica deberán ser sometidos a dicha intervención en un tiempo razonable, adecuado a su riesgo, indistintamente de si se va a realizar por técnica percutánea o por cirugía Los pacientes con cardiopatía isquémica en shock cardiogénico o insuficiencia cardíaca refractaria, en los que se considere el trasplante cardíaco como mejor opción terapéutica, deberán tener la posibilidad de acceder, de forma protocolizada, a un programa de trasplante cardíaco
6	Todos los pacientes hospitalizados tendrán la posibilidad de ser integrados en un programa de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca Todos los pacientes atendidos de forma ambulatoria, tanto si han sido previamente ingresados en el hospital como si no, deben recibir, en los centros de atención primaria y en las consultas de cardiología, la ayuda necesaria que les facilite el cumplimiento óptimo de las medidas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca

el empleo de una estrategia de carácter oportunista, basada en aprovechar los múltiples contactos y motivos de consulta de los individuos con los servicios de atención primaria, y b) la garantía que ofrecen estos servicios en cuanto a accesibilidad y longitudinalidad hace de ellos el lugar idóneo para realizar la mayor parte de las actividades relacionadas con la detección, diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de los FRCV.

– Se considera que el cálculo del riesgo cardiovascular es, a pesar de sus limitaciones, la herramienta más útil de la que actualmente se dispone en la clínica para establecer las prioridades en prevención primaria y decidir sobre la intensidad de las intervenciones.

– Se recoge que la falta de tiempo suficiente en la consulta dificulta en muchos casos la realización de una adecuada atención al paciente con riesgo cardiovascular.

– Se reconoce que la insuficiente coordinación entre los distintos niveles asistenciales es una barrera importante para realizar una asistencia integral y de calidad.

Un total de 65 profesionales, en representación de 21 sociedades científicas o comunidades autónomas, han sido los responsables de la elaboración del PICI, lo que ha dado lugar a un documento que debe servir como guía de actuación ante la enfermedad coronaria, desde la prevención primordial hasta la rehabilitación cardíaca. Está claro, por tanto, que es el resultado de un importante esfuerzo de consenso entre los diferentes profesionales y administraciones sanitarias implicados en el manejo de la enfermedad coronaria. Resulta evidente que el PICI tiene aspectos mejorables, algunos elementos dudosos y otros pendientes de resolver, pero existe, por parte del Ministerio de Sanidad, la intención de que sea objeto de actualización y perfeccionamiento continuo; no obstante, serán su implantación y la evaluación de los resultados de ésta los elementos clave que irán aportando luz a algunas de las sombras que en la actualidad podría haber en el plan. Esperemos que el esfuerzo realizado en la siembra nos proporcione una buena cosecha.

C. Brotons^a y J. Lapetra^b

^aGrupo de Trabajo de Prevención Cardiovascular del PAPPS. ^bGrupo de Trabajo de Dislipemias. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. España.

Bibliografía

1. Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.