

SERVICIO A FONDO

SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ-CAPIO

Jerónimo Farré: “Sentimos respeto por la cardiología clínica clásica en sana convivencia con haber sido ‘adoptadores precoces’ de innovaciones tecnológicas”

El Servicio tiene introducidas todas las pruebas y sus imágenes en la historia clínica electrónica

Félix Espoz. Madrid

Jerónimo Farré, jefe del Servicio de Cardiología de la Fundación Jiménez Díaz-Capio y Profesor Titular de Cardiología de la Universidad Autónoma de Madrid, explica que lo que define al Servicio es el respeto por la cardiología clínica clásica en sana convivencia con haber sido ‘adoptadores precoces’ de las innovaciones tecnológicas. En esta constante puesta al día, destaca que tengan introducidas todas las pruebas y sus imágenes en la historia clínica electrónica.

¿Cómo está estructurado su servicio?



El Servicio de Cardiología de la Fundación Jiménez Díaz, actualmente gestionado por Capio Sanidad, una multinacional sanitaria originaria de Suecia pero que opera en muchos países europeos, está estructurado en secciones o unidades.

Contamos con una Unidad Coronaria Independiente con 8 camas (eventualmente 9), que se compone de un jefe Sección, un adjunto, de uno a tres residentes y médicos de guardia: un adjunto y un residente.

La Unidad de hospitalización tiene de 28-31 camas y cuanta con un jefe de Sección, tres adjuntos y de 2 a 4 residentes de cardiología y especialidades médicas. El Servicio también posee una Unidad de monitorización telemétrica vigilada desde la unidad coronaria (24 camas en todo el hospital).

El Servicio está compuesto, además, por una Unidad de Hemodinámica con una sala con última tecnología (panel plano) y la infraestructura necesaria para hacer tanto estudios de hemodinámica y de intervencionismo coronario y valvular, como de intervencionismo arritmológico (ablaciones e implantes de dispositivos [MMPP. CDI,

TRC]). Dispone de alertas para ACTP primaria todo el año. Cuenta con un Jefe de Sección, tres adjuntos y de uno a tres residentes.

En la Unidad de Arritmias hay una sala de intervencionismo, dotada de última tecnología de examen fluorográfico (panel plano), y de mapeo electroanatómico no fluoroscópico (navegadores CARTO y NAVx), polígrafos para mapeo con electrocatéteres. Se realizan: estudios electrofisiológicos, ablaciones, implante de marcapasos, desfibriladores y resincronizadores, la sala está además dotada para hacer intervencionismo hemodinámico. También cuenta con Holter (2 equipos y 24 grabadoras), mesa basculante, revisión y programación de marcapasos, desfibriladores implantables y resincronizadores, y pruebas farmacológicas. El personal del que dispone la unidad es de un jefe de Unidad, tres adjuntos y de uno a tres residentes.

Por último, la unidad de cardiología no invasiva desarrolla las técnicas de ecocardiografía (6 aparatos de última generación con la posibilidad de ECO TE, doppler tisular y eco 3D), de esfuerzo (dos cintas y sus consolas correspondientes de última generación con la posibilidad de eco de esfuerzo y de estudios isotópicos), pruebas de estrés farmacológico, estudios de TAC multicorte (64 cortes) en colaboración con Radiología y estudios de RM cardiaca de 1,5 tesla en colaboración con Radiología. Esta Unidad está dirigida por un jefe de Sección y cuenta con siete adjuntos y de uno a tres residentes.

Además, el Servicio gestiona una consulta externa con unas 40 consultas semanales.

¿Cuáles son los puntos fuertes de su servicio?

Esto es siempre mejor que lo digan otras personas. A mí me gustaría destacar como seña de identidad de nuestro servicio, el respeto por la cardiología clínica clásica en sana convivencia con haber sido 'adoptadores precoces' de las innovaciones tecnológicas.

Mi predecesor en la jefatura de servicio, Pedro Rábago, introdujo el cateterismo cardíaco diagnóstico en los años cincuenta tras una estancia con el Dr. Cournand en el Michael Reese Hospital de Chicago. Gregorio Rábago realizó la primera extracorpórea hace 52 años tras trabajar con el Dr. Harken en Boston. Mi grupo y yo mismo, a principio de los años 80, llevamos a cabo el primer implante con éxito de un cardioversor-desfibrilador automático y tras mi estancia con el Dr. Wellens en Holanda fuimos de los pioneros en nuestro país y en el mundo en la realización de estudios electrofisiológicos en humanos.

Otro punto importante es la educación y en este sentido los cardiólogos formados en la Fundación Jiménez Díaz se han caracterizado por tener solidez clínica junto con destrezas técnicas. Siempre ha habido compromiso con la investigación pero es verdad que la época más fructífera fue un periodo en que pudo hacerse auténtica investigación traslacional desde la colaboración de clínicos asistenciales, con sus problemas cotidianos, e investigadores básicos, que acercaban las técnicas de biología molecular al examen de situaciones clínicas concretas o de sus modelos de laboratorio.

Datos más destacados de 2009*	
Unidad de Arritmias	
Procedimientos no invasivos	
Holter realizados	2.867
Faltas a citas Holter	328
INR	5
MP revisiones	1.763
CDI revisiones	753
Holter implantable revisiones	17
Curas dispositivos implantable	324
Cardioversiones eléctricas	10
Mesa basculante	24
Pruebas farmacológicas	21
Intervencionismo Arritmológico	
EEF diagnósticos totales	237
EEF SS	217
Ablaciones totales	208
Ablaciones SS	199
Dispositivos implantable	
MP implantes	297
MP recambios	113
MP implante/recambio SS	344
CDI implantes	41
CDI recambios	8
CDI implante/recambio SS	48
TRC implantes	2
TRC recambios	0
TRC/CDI implantes	15
TRC/CDI recambios	1
Holter implantable implantes	7
Unidad de Hemodinámica	
Hemodinámica diagnóstica	
pacientes ambulantes	79
pacientes ingresados	960
hemodinámica D x de la SS	992
proc D x por vía radial	418
Hemodinámica terapéutica total	
ACTP con/sin stent	360
ACTP con/sin stent de la SS	357
stents metálicos	178
stent FA	238
proc T x coronarios por vía radial	141
Valvuloplastia	6
Pericardiocentesis	14
Pericardiocentesis+Pericardiotomía	4
ECO de esfuerzo	
ambulantes	387
ambulantes	376
Ecocardiograma TT	
ambulantes	11.091
ambulantes	9.390
Ecocardiograma TE	
ambulantes	222
ambulantes	77
Eco farmacológico	37
Eco Resincronización	9
Eco suero agitado	3
Ecoguardias	544
Electrocardiogramas	15.274
Unidad Coronaria	
Telemetría	
INR	1.893
INR	70
BNP	261
perfil daño miocárdico	297
ECG	8
revisión MP	8
ECOCG en la UC	385
ECOCG fuera UC	86
otros análisis	28
implante MP transitorio	16
cardioversión eléctrica	68
Ingresos	860
Altas	138
Sala Hospitalización	
Ingresos	2.256
Altas	2.256

*en 2010 están experimentando un crecimiento de un 12% aproximadamente

En otro orden de cosas, creo que debemos considerar como punto fuerte tener introducidas todas las pruebas y sus imágenes en la historia clínica electrónica. La FJD es un 'hospital-sin-papel', es decir que todos los elementos de la historia clínica con sus imágenes incluidas se hallan en la red informática del hospital. Los ECG se introducen en el sistema a través de WIFI, sin conexión física por cable a la red, en todo el hospital (urgencias, unidades intensivas, salas de hospitalación, gabinetes de electrocardiografía tanto de la FJD como de los ambulatorios dependientes de nosotros). Las imágenes de los ecocardiogramas y de las coronariografías, ablaciones, etc. están, junto con las imágenes de radiología en el PACS del hospital. Podemos tener algunos médicos autorizados accesos VPN a la red del hospital desde fuera del mismo lo cual, como puede comprender, facilita enormemente las consultas que se nos hacen en las alertas, porque vemos los mismos datos como si estuviéramos físicamente en el hospital.

¿Cuáles son las líneas de investigación más interesantes que llevan a cabo?

En el momento actual tenemos líneas de investigación en anatomía cardíaca trasnacional con vistas a la facilitación y comprensión de las técnicas de ablación con catéter y de las técnicas de imagen cardíaca; en correlaciones electrocardiográficas con técnicas de imagen, especialmente la CRM, y en cómo reducir el espasmo de la arteria radial dado que la mayoría de los procedimientos de intervencionismo hemodinámico se hacen hoy con esta técnica en nuestro Servicio.

¿Cómo se plantea el futuro a medio y largo plazo?

El grupo Capiro ha diseñado un plan que genéricamente llamamos 'el mejor hospital'. Por supuesto que no pretendemos ser el mejor hospital del mundo, pero sí aspirar a estar entre los mejores. El líder de este proyecto es Víctor Madera, presidente del grupo Capiro, pero ha contagiado sus intenciones a un grupo cada vez más numeroso de médicos y ejecutivos de la Fundación Jiménez Díaz.

Se trata de algo más que elaborar un ideario de la 'misión' de la institución, más o menos teórico, más o menos romántico. Se trata de analizar qué es lo que queremos ser en el futuro y ver qué acciones a corto y medio plazo hay que adoptar para alcanzar ese objetivo. No soy yo la persona más adecuada para explicar aquí hasta dónde se ha llegado y cómo se piensa seguir.

En el fondo el proyecto 'mejor hospital' representa volver a sacar brillo a la idea original de don Carlos Jiménez Díaz, nuestro fundador. Jiménez Díaz creó un buen hospital, uno de los mejores hospitales de nuestro país, un hospital que acogía lo asistencial con lo académico. Un hospital donde la calidad técnica y humana de la asistencia médica convivía con el compromiso con la docencia y la investigación. Se trata por tanto de recuperar el 'espíritu de don Carlos' que se había oxidado, lenta, progresiva y peligrosamente tras su muerte.

¿Cuáles son los puntos críticos a los que se enfrenta?

Esta es una cuestión en el fondo filosófica. Todos nos enfrenamos al reto de abandonar los viejos paradigmas del siglo XX y descubrir y adoptar las exigencias del siglo XXI. Quizás la crisis en la que estamos sumergidos vaya de esto. La medicina cardiovascular progresó mucho en el siglo XX y quizás sean otras ramas de la medicina como la oncología, la medicina del aparato locomotor y las neurociencias las que más progresen en el siglo XXI. A esto también deberemos de adaptarnos.

Seguro que muchos colegas míos dirán que el diagnóstico genético será una realidad en el siglo XXI y aciertan, pero no será el único avance. La proliferación de la información es otro problema. Había muchas revistas y en los últimos 5 años se ha multiplicado el número. Mi impresión como editor asociado de una de las revistas oficiales de la Sociedad Europea de Cardiología es que la calidad de los manuscritos está bajando, no sólo de los artículos que se envían a las revistas, sino la de los que finalmente ven la luz y se aceptan para publicación. Hay por tanto una necesidad cada vez más creciente: filtrar el exceso de información. Las llamadas guías de actuación que publican las sociedades profesionales y científicas en parte hacen esta labor, pero solo en parte, porque, y este es otro punto crítico actual, no siempre estas guías son impermeables a los potenciales conflictos de interés. Pero todo esto llevaría a una nueva entrevista.