



Programa de Atención Integral a la Insuficiencia Cardíaca



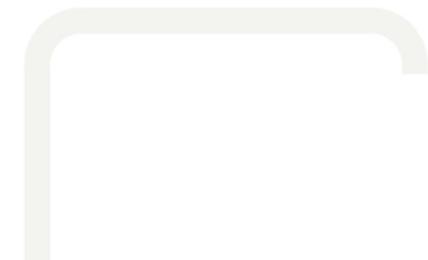
Congreso de Enfermedades Cardiovasculares SEC

Málaga, 20 de octubre 2006



Insuficiencia Cardíaca

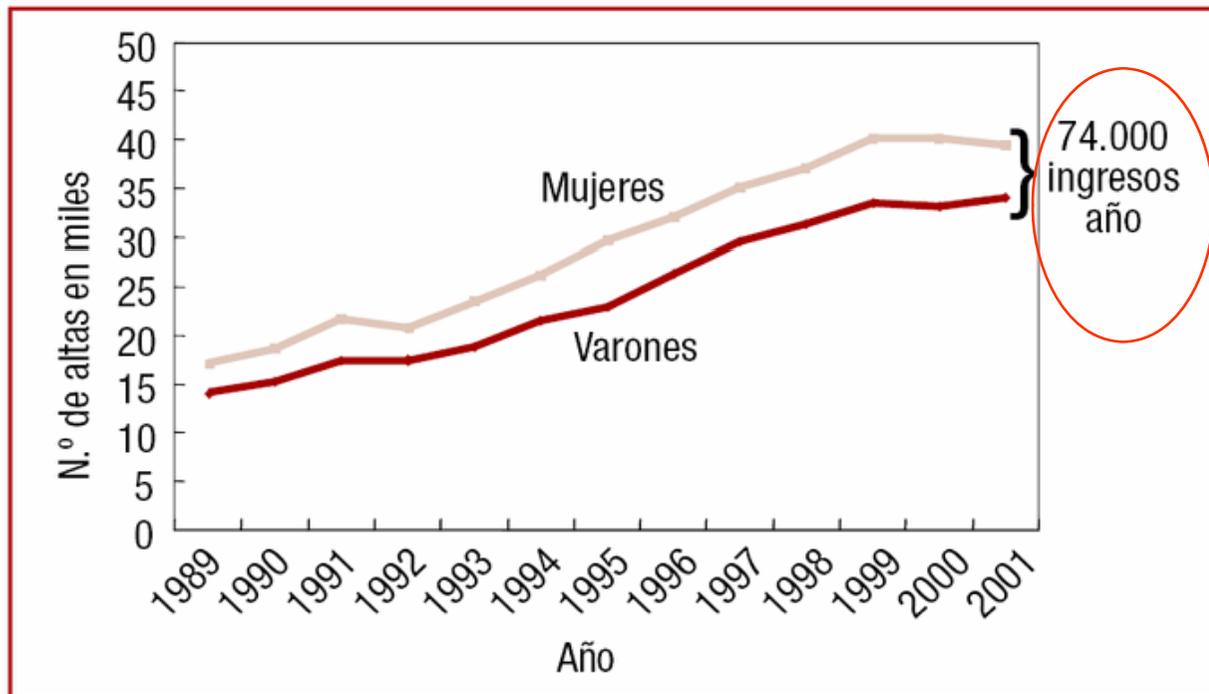
- IMPORTANCIA
- PROBLEMAS
- OPORTUNIDAD
- NUEVA ESTRATEGIA



Importancia

Magnitud del problema.

Número de altas hospitalarias por insuficiencia cardiaca en España en el período 1989-2001.
Adaptada de INE13 .



Prevalencia

1-2% > 40 años
10% > 60 años.

1ª causa de ingreso hospitalario médico
5% gasto sanitario 7% gasto hospitalario
(Galicia HJJC)

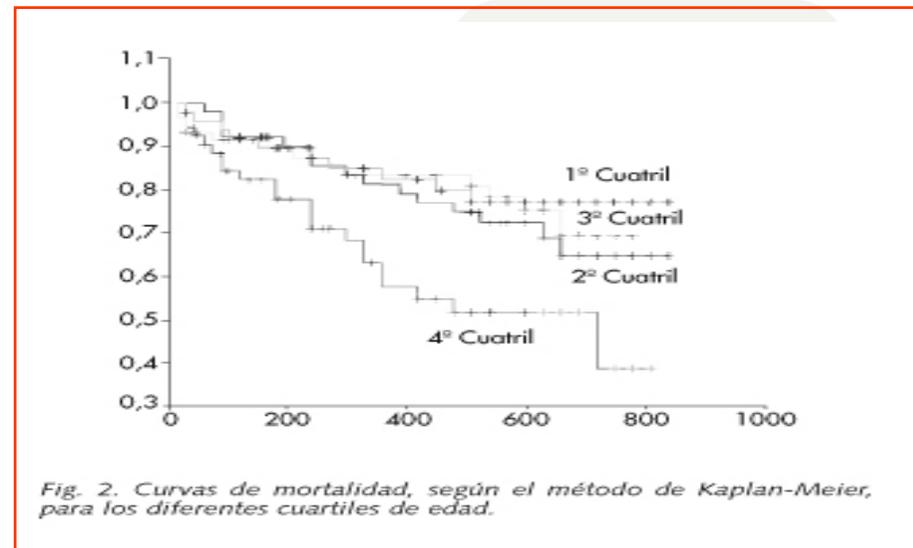
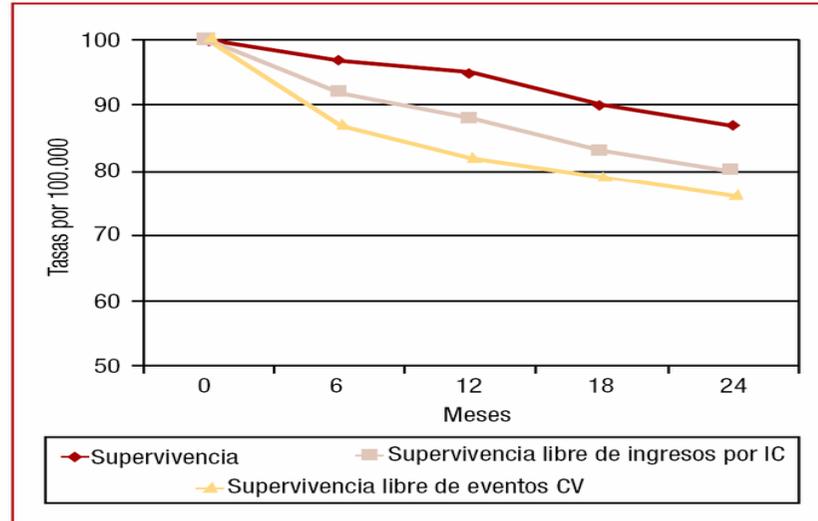


Importancia

Magnitud del problema.

Elevada mortalidad “ cáncer del corazón”

tercera causa de mortalidad cardiovascular
15% de todas las muertes cardiovasculares

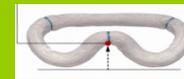
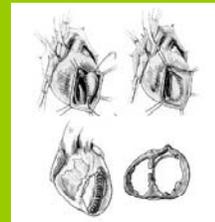


Importancia

Magnitud del problema.

Elevada mortalidad “ cáncer del corazón”

Nuevos y eficaces tratamientos



Nuevos y eficaces tratamientos

RESULTADOS DE LOS ENSAYOS CLINICOS EN ICC: RESUMEN

- Aumento de supervivencia muy importante:
 - 20% con IECA
 - 25% con antagonistas de la aldosterona
 - 35% con betabloqueantes

Ese aumento se ha producido en todas las clases funcionales y de severidad de ICC
- Disminución de reingresos por ICC
- Alternativas no farmacológicas :
Cx, resincronización, Tx



Importancia

Magnitud del problema.

Elevada mortalidad “ cáncer del corazón”

Nuevos y eficaces tratamientos

Enfermedad crónica que requiere atención continuada. (Adherencia y compliance)



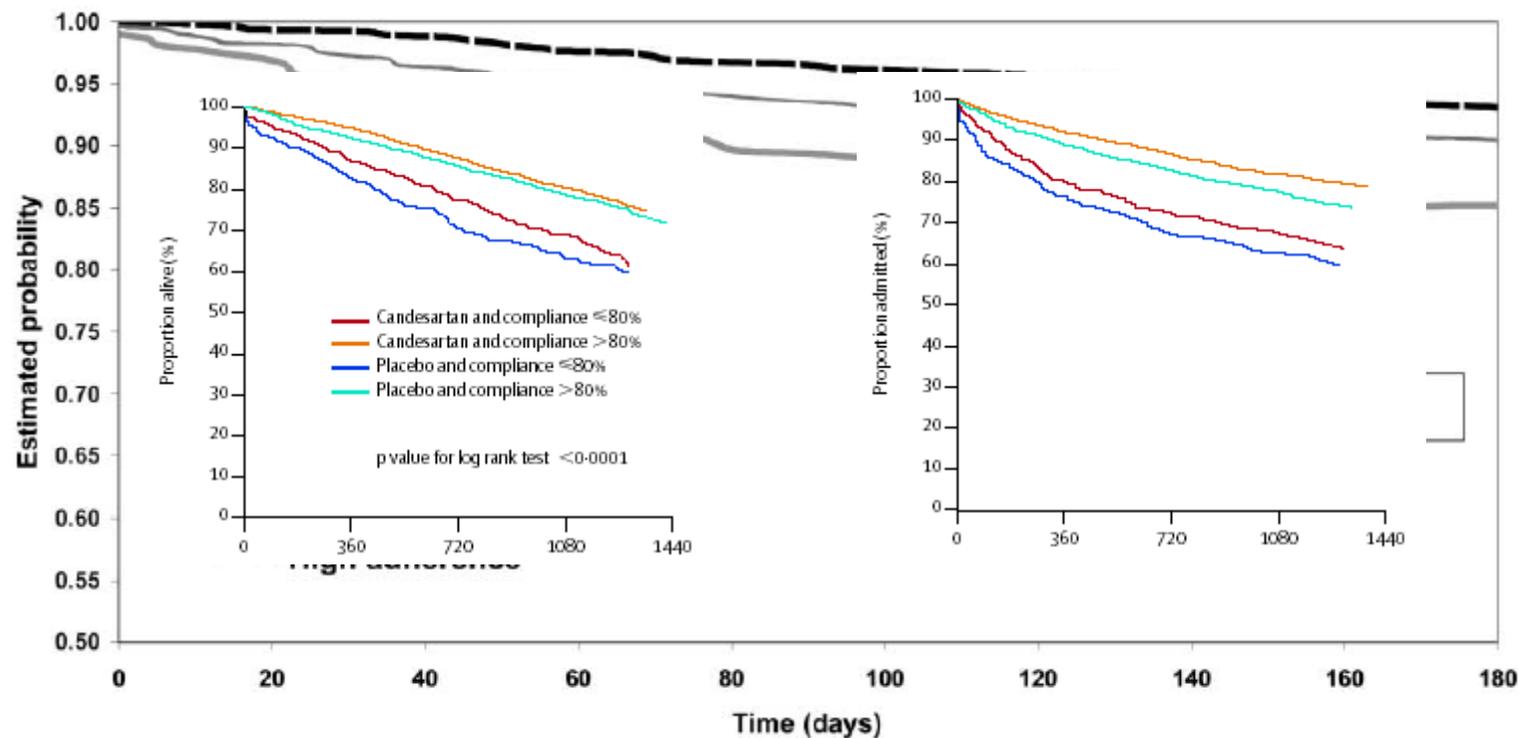
Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomised, controlled clinical trial



Bradi B Granger, Karl Swedberg, Inger Ekman, Christopher B Granger, Bertil Olofsson, John J V McMurray, Salim Yusuf, Eric L Michelson, Marc A Pfeffer, for the CHARM investigators

Summary

Background Chronic heart failure (CHF) is an important cause of hospital admission and death. Poor adherence to [Lancet 2005; 366: 2005-11](#)



Estadios de la Insuficiencia Cardiaca → ACC/AHA 2001

ACC/AHA Practice Guidelines

ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: Executive Summary

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure)

Developed in Collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation

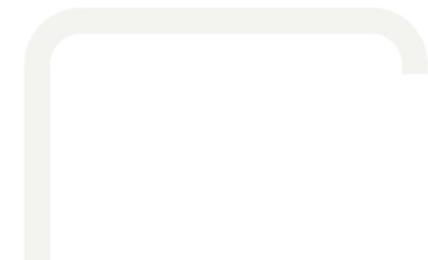
Endorsed by the Heart Failure Society of America

Estadio	Descripción	Ejemplos
A	Sin cardiopatía estructural y alto riesgo de desarrollar ICC	HTA, C.I., Diabetes, Fármacos cardio-tóxicos, exceso de alcohol, RPA, historia familiar de miocardiopatía
B	Cardiopatía estructural asintomático	HVI, Fibrosis; Dilatación VI o hipokinesia; Valvulopatía asintomat. Infarto de miocardio previo
C	Tienen o han tenido síntomas de ICC con cardiopatía estructural	Disnea o fatiga debida a disfunción sistólica de VI. asintomático que han llevado trat° para ICC
D	Cardiopatía estructural avanzada y síntomas de ICC en reposo a pesar de trat° medico máximo y que precisan de intervenciones especiales	Hospitalizaciones repetidas por ICC, altas hospitalarias no seguras, a la espera de trasplante, necesitan de soporte IV o asistencia mecánica circulatoria



Insuficiencia Cardíaca

- IMPORTANCIA
- **PROBLEMAS**
- OPORTUNIDAD
- NUEVA ESTRATEGIA



Problemas

TABLA 2. Uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en función de servicio de ingreso

Manejo diagnóstico/terapéutico	Medicina interna-geriatria (n = 587)	Cardiología (n = 364)	p
Espirometría	5,5	6,9	0,37
Ecocardiograma	40,6	73,8	< 0,001
Cateterismo	2	17,6	< 0,001
Ingreso UCI	3,1	16,8	< 0,001
IECA	59,9	59	0,80
Bloqueadores beta	3,9	13	< 0,001
Revascularización	0,7	2,7	0,010
Traslado otro centro	2,7	4,1	0,18
Trasplante	0	0,5	0,07

Todos los valores expresados en porcentaje a menos que se especifique.
IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; UCI: unidad de cuidados intensivos.

TABLA 1. Porcentaje de pacientes que recibieron los diferentes grupos farmacológicos para el tratamiento

	Francia	Alemania	España
N.º de pacientes	271	461	466
Diurético ^a	81,5	82,0	96,1
IECA	71,6	79,0	77,3
Bloqueador beta ^a	36,2	66,4	47,0
Digital ^a	31,7	44,9	52,4
Anticoagulante oral ^a	42,1	30,4	39,9
Aspirina	32,1	39,0	34,1
Espironolactona ^a	30,6	23,4	32,4
Nitratos	26,2	22,3	24,5
ARA-II	13,7	15,0	16,1
Antagonista del calcio	18,5	14,8	13,3
Amiodarona ^a	25,5	8,5	6,7
Antiagregante ^a	0,4	3,5	2,1
Antiarrítmico clase I ^a	2,2	1,3	0,2
Otros ^a	29,5	30,8	20,4

ARA-II: antagonista del receptor de la angiotensina II; IECA: inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina. ^ap < 0,05.

- Lo que éstos sugieren realmente, al igual que otros trabajos semejantes, es que el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca es defectuoso en muchos ámbitos, aunque menos entre cardiólogos y en el tipo de pacientes concretos que les corresponde tratar.
- No se deduce de estos datos que la solución del problema tenga forzosamente que ser generalizar la atención cardiológica en los pacientes con insuficiencia cardíaca.
- Ciertamente, el cardiólogo debe ejercer un papel relevante en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca, aunque muy variable en necesidad según los pacientes

A menudo su opinión podrá ser importante, incluso imprescindible según los casos, en momentos concretos en el curso de la enfermedad.

Estos momentos fundamentales son, a mi entender:

- **primero**, y muy especialmente, el momento del **diagnóstico inicial**, cuando hay que juzgar, a partir de datos de exploraciones, sobre la cardiopatía causal y la posibilidad de su **tratamiento específico** (recambio valvular, *bypass* coronario, etc.), así como sobre las características de la función ventricular;
- **en segundo** lugar, cuando se plantee la necesidad de **opciones no farmacológicas** de tratamiento (trasplante, estimulación eléctrica, etc.); y ocasionalmente, situaciones en las que la interpretación del ritmo cardíaco y su tratamiento puedan ser complejos (p. ej., ritmos lentos a consecuencia del uso de bloqueadores beta).

Interpreto el trabajo de García Castelo et al (INCARGAL) como otro conjunto de hallazgos que sugiere la conveniencia de una remodelación de los patrones convencionales de asistencia médica, e incluso de sus estructuras de trabajo, para el tratamiento adecuado de un síndrome de creciente impacto en la salud pública. Independientemente de los necesarios cambios estructurales, el deseo de colaboración entre los diversos tipos de profesionales, su voluntad terapéutica y la adaptación juiciosa a las características de cada medio asistencial favorecerán, sin duda, la buena atención de los pacientes

Hospitalización

Medicina Interna
Cardiología



ATENCIÓN PRIMARÍA

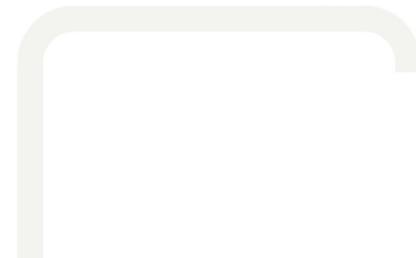
Concepto de Unidad de Insuficiencia Cardíaca

La Unidad de ICC es la encargada de sistematizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico de los pacientes con ICC, proporcionando una estructura que coordine las actuaciones de distintas entidades y personas implicadas en el cuidado de los pacientes, con el fin último de mejorar su pronóstico y la calidad de vida.

Atienza F. Insuficiencia cardíaca: datos para el debate. De Teresa F, Anguita M (Eds), 2002

Oportunidad

- Cambio conceptual en la atención médica
Paciente, proceso, accesibilidad
- Nuevo enfoque de la ICC
- Experiencia: Consulta IC, Hospital de día.....
- Conocimiento :
farmacologico, dispositivos, cirugia





CONFIDENCIAL

Soporte técnico en el diagnóstico de situación e identificación de líneas prioritarias de acción para el desarrollo e implantación de un **modelo de atención integral de la Insuficiencia Cardíaca en la el Área Sanitaria del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo.**

Síntesis de la sesión de trabajo del 19/09/06

Septiembre de 2006

Patrocinado por:



Soluciones pensando en ti

Con la colaboración de:

KM health

Knowledge Management
in Health



Plan consensuado de protocolos y vías

Diagnóstico y
estratificación
del Riesgo

Instauración
del tratamiento
óptimo

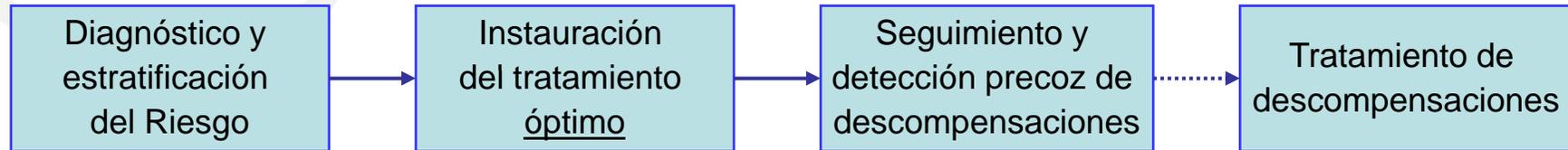
Seguimiento y
detección precoz de
descompensaciones

Tratamiento de
descompensaciones

El protocolo se centra en el qué y en el cómo.

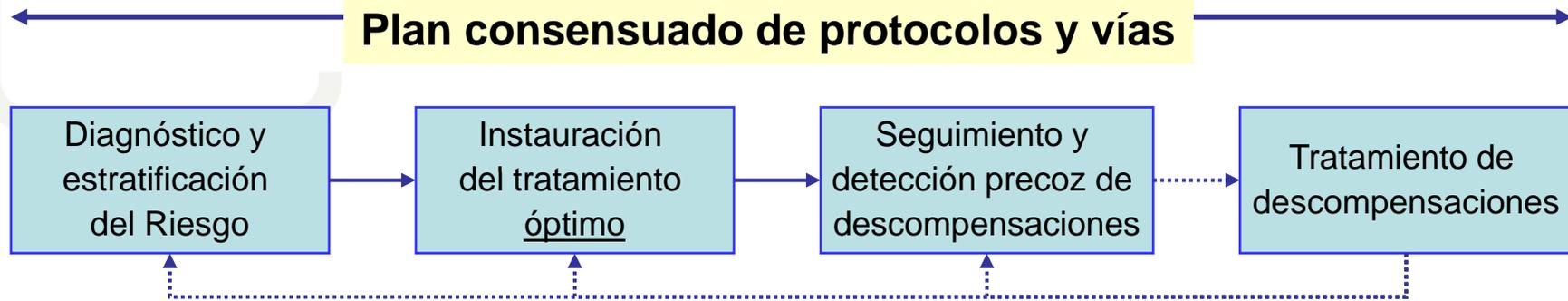
La vía se centra en el quién y el dónde

← **Plan consensuado de protocolos y vías** →



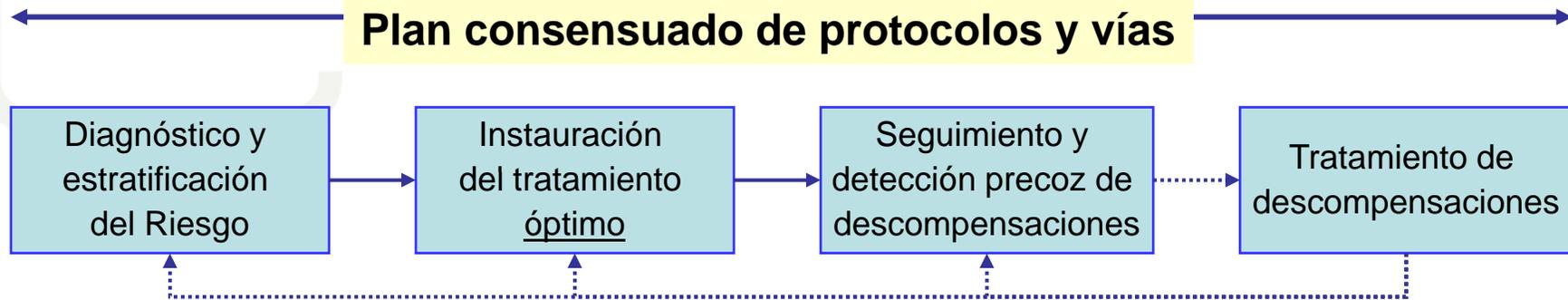
Factores Clave:

- Detección precoz , seguimiento de pacientes con FR.
- Accesibilidad al especialista
- Disponibilidad de consultas de alta resolución.
- Acceso a ECO



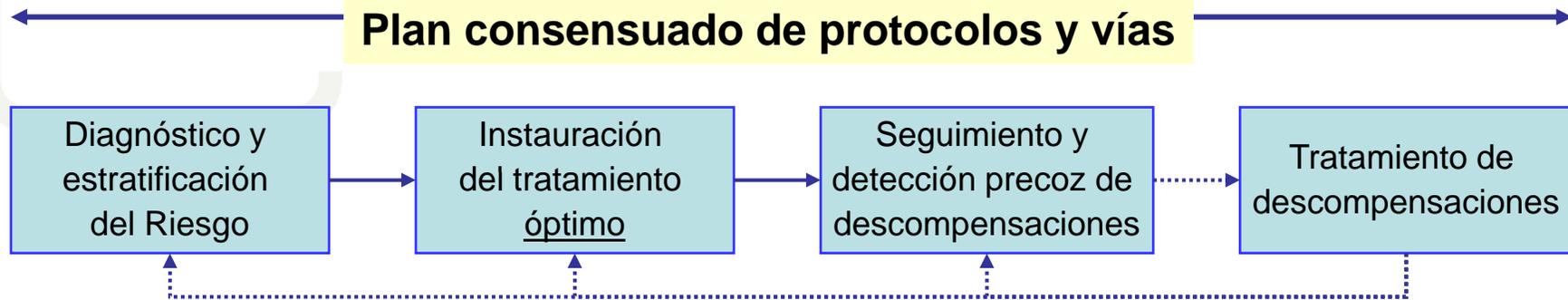
Factores Clave:

- Planificación y seguimiento estricto de la instauración de tto.
- Disponibilidad de unidad de IC avanzada.
- Disponibilidad de “Hospital de Día”.
- Implicación de enfermería (soporte titulación, educación, adherencia).
- Mejorar la formación.
- Informes de alta claros



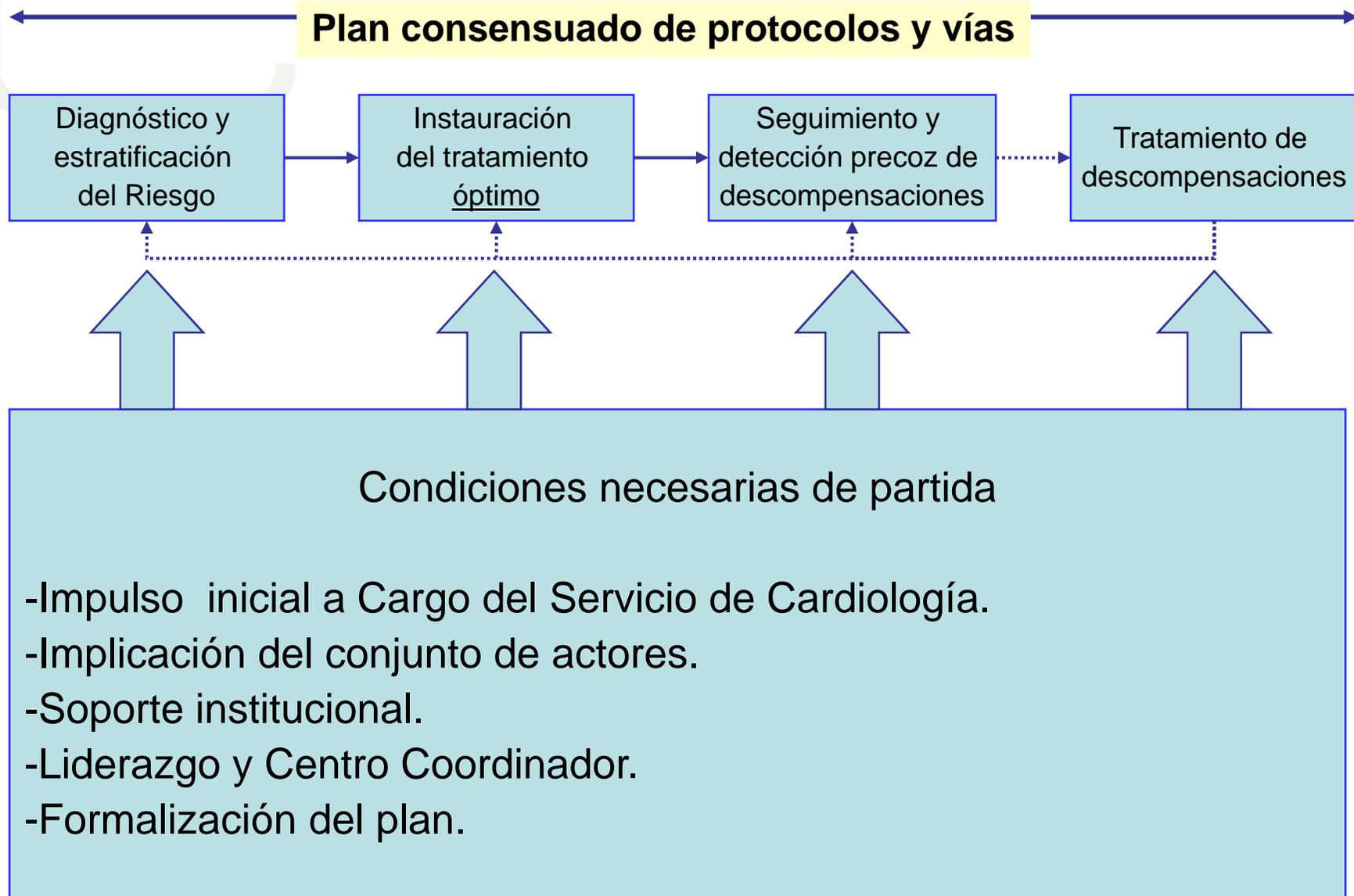
Factores Clave:

- Educación sanitaria. Dotar al paciente de conocimientos y recursos.
- Seguimiento estricto del paciente según protocolo.
- Seguimiento proactivo del paciente.
- Implicación de enfermería. Consultas monográficas.
- ¿Telemedicina / teleasistencia ?



Factores Clave:

- Educación sanitaria. Dotar al paciente de conocimientos y recursos.
- Cumplimiento de protocolos y vías.
- Conocer y tratar la causa.
- Implicación de enfermería.
- Disponibilidad de Hospital de Día.
- Disponibilidad de Hospitalización a Domicilio



EN EL PACIENTE

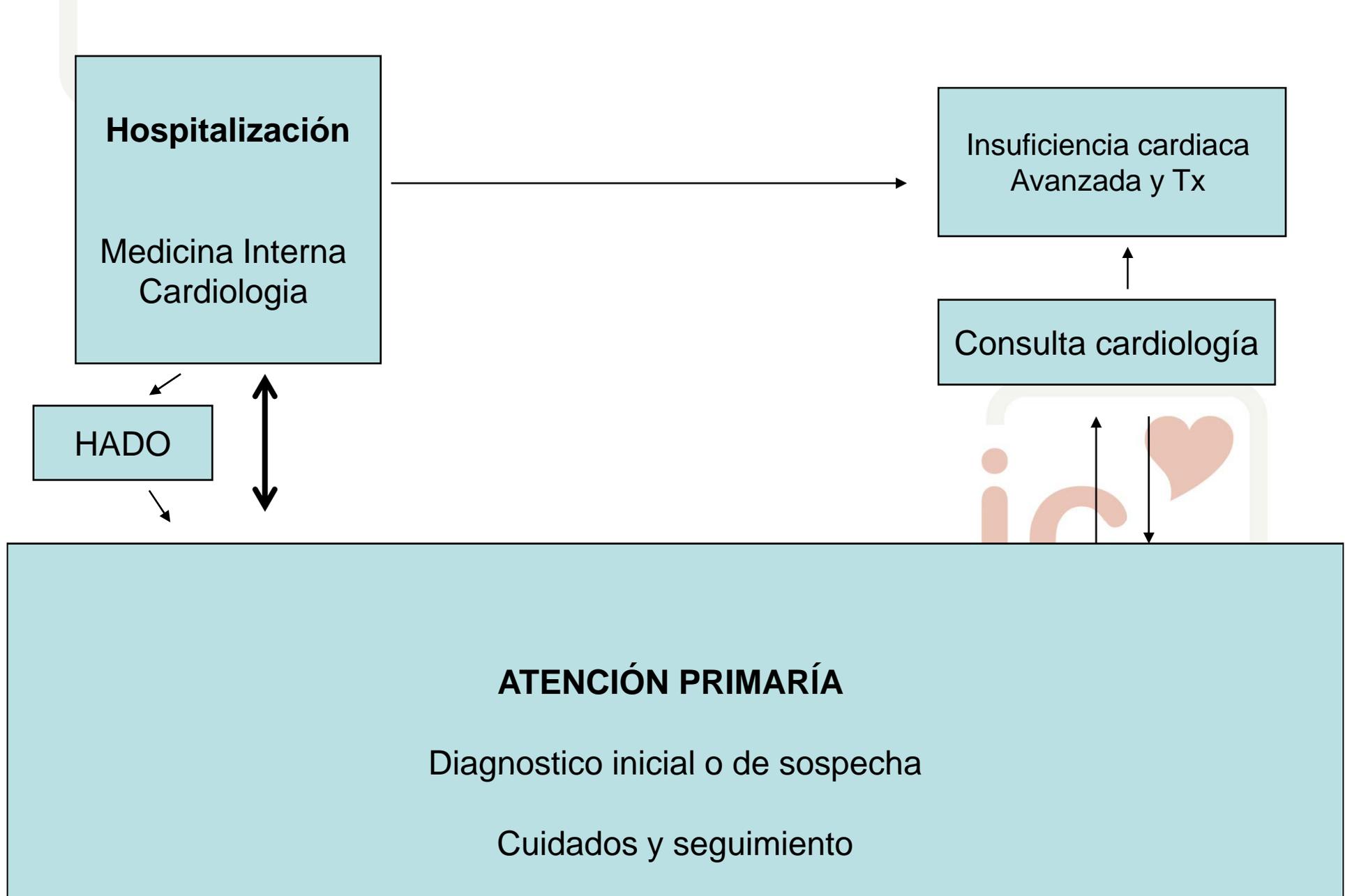
- Acceso a una asistencia de su patología :
 - De calidad.
 - Centrada en sus necesidades (no en los “usos” del sistema).
 - Accesible.
 - Continua.
- Disminución de morbilidad evitable. Incremento de calidad de vida.
- Disminución de mortalidad.

EN EL EQUIPO ASISTENCIAL

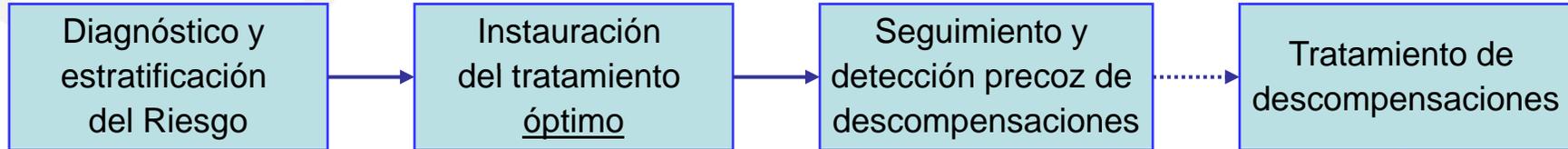
- Desarrollo de su labor según los estándares de calidad exigibles.
- Disminución de la morbimortalidad de la población atendida.
- Desarrollo de una atención integral.
- Incremento de su formación.
- Gestión proactiva de su labor (No trabajo “a demanda”).
- Disminución de la presión por esta patología.

EN EL EQUIPO GESTOR / ORGANIZACIÓN

- Formalización de procesos :
 - Calidad.
 - Trazabilidad.
 - Racionalización de recursos.
- Desarrollo de recursos que incrementen la eficiencia de los procesos.
- Disminución de ingresos y otros costes asociados a la insuficiente gestión proactiva de la morbilidad.
- Provisión de asistencia a la población adscrita :
 - Según la calidad avalada científicamente.
 - Accesible.
 - Garantizando la equidad.



← **Plan consensuado de protocolos y vías** →



Condiciones necesarias de partida

- Impulso inicial a Cargo del Servicio de Cardiología.
- Implicación del conjunto de actores.
- Soporte institucional.
- Liderazgo y Centro Coordinador.
- Formalización del plan.

Plan consensuado de Protocolos y Vías

Red de IC
Centro coordinador

Consultas de alta resolución?
Hospital de día ?
HADO ?

Unidad de IC avanzada TC
Nuevas tecnologías

Cuidados y educación
ENFERMERÍA