CRONI.net

Boletín nº24. Diciembre 2018

SaludMadrid

Boletín nº 24. Diciembre 2018

Estimados compañeros,

En el último CRONI.net de este año, desde la Subdirección General de Continuidad Asistencial queremos poner en valor el trabajo que los profesionales de todos los ámbitos están realizando en el desarrollo de los proyectos dirigidos a mejorar la atención de los pacientes con enfermedades crónicas en nuestra Comunidad.

Queremos aprovechar para desearos una Feliz Navidad con nuestros mejores deseos para el 2019.

Un cordial saludo,

Nuria Fernández de Cano Martín
Subdirectora General de Continuidad Asistencial.

NOVEDADES EN LAS SECCIONES

JORNADAS Y CONGRESOS

XI CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE CRÓNICO. Mérida 7,8 Marzo 2019.

XIX CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN INTEGRADA. San Sebastián 1, 2, 3 Abril 2019**.**

SEGUIMOS AVANZANDO EN EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA…

CONTINUAMOS ANALIZANDO LA EVOLUCIÓN DE LA ESTRATEGIA

Con fecha 17 de diciembre de 2018 son 1.462.344 los pacientes a los que los profesionales asistenciales les han asignado algún nivel de intervención. Del total de los pacientes a los que el estratificador poblacional sitúa en el nivel de riesgo alto, los profesionales asistenciales ya han revisado el 61%, asignando un nivel de intervención que va a definir el modelo de atención más adecuado a su situación y necesidades. Estos datos ponen en valor la implicación de los profesionales sanitarios en relación con la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas y el Proceso Asistencial del Paciente Crónico Complejo.

PÍLDORA BIBLIOGRÁFICA

INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA: Nueva Guía de Práctica Clínica NICE

Ricardo Rodríguez Barrientos. Médico de Familia. Unidad de Apoyo a la Investigación. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Comunidad de Madrid.

Recientemente se ha publicado una actualización de las guías de práctica clínica diaria sobre el manejo de la insuficiencia cardiaca (IC) del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (1) y posteriormente ha sido comentada en un interesante artículo del BMJ (2). Los autores señalan que el objetivo de la guía es aumentar la duración y la calidad de vida de las personas con insuficiencia cardiaca. Está dirigida tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes con insuficiencia cardiaca, a sus familiares y a sus cuidadores.

La guía incluye el abordaje diagnóstico, tratamiento farmacológico, seguimiento, procedimientos intervencionistas, rehabilitación cardiaca, tratamiento paliativo y un apartado final dedicado a posibles líneas de investigación.

Algunos aspectos relevantes de la guía:

- Recuerda el derecho de los pacientes a tomar decisiones compartidas sobre su atención tras una información adecuada sobre su enfermedad, sobre su tratamiento (incluidas las prescripciones fuera de ficha técnica) y sobre los aspectos legales (p.e voluntades anticipadas) de su atención. Y algo interesante, la importancia de explicar la terminología concreta de la insuficiencia cardiaca al paciente.

- Pone en valor la necesidad de un equipo multidisciplinar, con una persona de referencia, probablemente un cardiólogo, que debe trabajar en coordinación con los equipos de atención primaria. Se especifican cuáles deberían de ser las tareas y responsabilidades de cada uno de estos equipos. Recomienda que el equipo de atención primaria valore al paciente cada 6 meses recogiendo cualquier cambio en la historia clínica informatizada que permita compartirlos con el equipo multidisciplinar. Destaca la importancia de definir circuitos asistenciales y el papel de cada profesional en estos circuitos. Centra el importante papel de los equipos de atención primaria, médicos de familia y enfermeras, en la atención de estos pacientes y en canalizar el acceso, cuando sea necesario, al resto del equipo multidisciplinar.

- La frecuencia y exhaustividad de la monitorización del tratamiento (valoración clínica, revisión del tratamiento y de la función renal) deben ajustarse en función de las comorbilidades, estatus clínico y progresión con respecto a las últimas visitas, desde un intervalo de días o semanas si ha empeorado o cambiado medicación recientemente hasta un mínimo de 6 meses para pacientes estables y sin comorbilidades graves. La monitorización activa por parte del paciente debe apoyarse en una adecuada educación y soporte profesional, con indicaciones claras en caso de empeoramiento. La medición del NT-proBNP sólo debe valorarse en entornos de asistencia especializada en pacientes menores de 75 años, fracción de eyección reducida y filtrado glomerular por encima de 60 ml/min/1.73 m2.

- Respecto al tratamiento de la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección disminuida señala diferentes aspectos relevantes de cada grupo terapéutico, se nombran sólo algunas:

  - Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): Comenzar tratamiento con dosis bajas y aumentarlas progresivamente, determinar niveles de sodio y potasio antes y durante el tratamiento, controlar la tensión arterial en cada aumento de dosis, cuando se alcance la dosis objetivo (o la máxima tolerada); monitorizar el tratamiento mensualmente durante 3 meses y, después, cada 6 meses. Si el paciente no tolera IECA pautar ARA-II.

  - Betabloqueantes: No suspender el tratamiento con un betabloqueante solo por la edad del paciente o la presencia de enfermedad vascular periférica, disfunción eréctil, diabetes, enfermedad pulmonar intersticial o EPOC. Si un paciente ya está tomando un Betabloqueante por otra indicación (angina o HTA, por ejemplo) y desarrollan una ICC con fracción de eyección disminuida, cambiar a un betabloqueante con la indicación autorizada para insuficiencia cardiaca.

  - Antagonistas del receptor mineralcorticoide: Se puede añadir (eplerenona, espironolactona) al IECA (o, en su caso, un ARA-II) y el betabloqueante a los pacientes con ICC y fracción de eyección disminuida que continúen sintomáticos. Al igual que con otros fármacos, se deben determinar los niveles de sodio y potasio y evaluar la función renal antes y después de comenzar el tratamiento con un antagonista de la aldosterona y, una vez que se alcance la dosis objetivo o la máxima tolerada, monitorizar el tratamiento durante 3 meses y, después, cada 6 meses o cada vez que el paciente se sienta indispuesto.

  - Ivabradina: Se presenta como una opción de tratamiento para los especialistas en pacientes que cumplan los siguientes requisitos: ICC estable NYHA II a IV con disfunción sistólica y que están en

ritmo sinusal con una frecuencia ≥75 lpm y a los que ivabradina se añade al tratamiento convencional, con un betabloqueante, un IECA y un antagonista de la aldosterona, o cuando el betabloqueante esté contraindicado o no sea tolerado y con una FE ≤35%. La ivabradina hasta que no transcurre un periodo de estabilización de 4 semanas con tratamiento IECA, betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona no debe iniciarse.

- Sacubitrilo-valsartán: Podría estar indicado en ICC sintomática con FER si se cumplen los siguientes requisitos: NYHA II a IV y FE ventricular izquierda ≤35% y que ya están tomando una dosis estable de IECA o ARA-II.

- Hidralazina con nitratos: No cambia su recomendación respecto al 2010, pudiendo ser una posibilidad terapéutica (especialmente si la persona es de origen familiar africano o caribeño y tiene insuficiencia cardíaca de moderada a grave [clase III / IV de la NYHA] con fracción de eyección reducida).

- Digoxina: Se puede recomendar en pacientes con una ICC con FER grave o que empeora a pesar de estar tratados con los fármacos que constituyen la 1ª línea de tratamiento. No se recomienda la monitorización rutinaria de la digoxinemia. Hacer una digoxinemia tras 8-12 horas de la última dosis es útil para confirmar una sospecha clínica de intoxicación o incluso de no adherencia.

- Respecto al tratamiento de la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección disminuida en las personas con enfermedad renal crónica como novedades propone: en pacientes con FG ≥ 30 ml/min/1,73m2, además de utilizar el tratamiento indicado para su enfermedad cardiaca, recomienda que en aquellos pacientes con FG ≤45 se considerará utilizar dosis más bajas de algunos fármacos (IECAs, ARA II y digoxina). Por otro lado con FG <30, el equipo multidisciplinar especializado en insuficiencia cardiaca debería considerar consultar con un nefrólogo. Por último se señala que habría que monitorizar la respuesta clínica según se va incrementando progresivamente la dosis de algunos fármacos, teniendo en cuenta el aumento de riesgo de hiperpotasemia.

- Respecto a los Péptidos natriuréticos un punto a destacar es que no marcan puntos de corte según la edad del paciente y además especifican situaciones que pueden alterar las cifras de péptidos (como la obesidad, algunos fármacos u origen familiar de África o África-Caribe). Sí que establece puntos de corte para la derivación del paciente al especialista de insuficiencia cardiaca.

- Rehabilitación Cardíaca. Otro punto importante de esta guía está referido a la rehabilitación cardiaca, señalando que debe de ofrecerse un programa personalizado basado en el ejercicio a menos que la condición del paciente sea inestable. Define los criterios de derivación a rehabilitación cardiaca y la necesidad de establecer un plan de rehabilitación a desarrollar por la persona, no solo a nivel hospitalario sino también en la Comunidad e incluso, en el propio hogar. Este plan rehabilitador debe contemplar además el abordaje de la esfera psicológica y tener un componente educativo.

- La guía le dedica un apartado a los cuidados paliativos, señalando algunas recomendaciones como la de no ofrecer oxigenoterapia domiciliaria a largo plazo, no utilizar escalas pronosticas para tomar la decisión de derivar las personas con insuficiencia cardíaca a los servicios de cuidados paliativos y recomienda la accesibilidad de los cuidados paliativos dentro del equipo multidisciplinar de insuficiencia cardiaca por parte de los pacientes o sus familias. Si se cree que la persona está en los 2-3 últimos días de vida se recomienda seguir la guía NICE "Care of dying adults in the last days of life"(3)

En su último apartado la guía plantea posibles retos de investigación que deben dar respuesta a cinco interrogantes:

1. ¿Cuál es la efectividad clínica de la terapia diurética oral, subcutánea e intravenosa en la comunidad?
2. ¿Cuál es la técnica de imagen óptima para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca?
3. ¿Cuál es el umbral óptimo de NT-proBNP para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en personas con fibrilación auricular?
4. ¿Cuáles son los umbrales óptimos de NT-proBNP para diagnosticar la insuficiencia cardíaca en personas con enfermedad renal crónica en estadio IIIb, IV o V?
5. ¿Cuál la escala de riesgo pronóstico más precisa para predecir la mortalidad de 1 año por insuficiencia cardíaca?

El artículo "Chronic heart failure in adults: summary of updated NICE guidance"(2) publicado en la revista BMJ aporta una interesante síntesis de lo que "hay que saber" y destaca sus novedades:

Qué es lo que hay que saber:

- Remita a las personas con sospecha de insuficiencia cardíaca y péptido natriurético tipo B (N-proBNP) N-terminal mayor a 400 ng / L para una evaluación especializada y ecocardiografía transtorácica dentro de las 6 semanas.

- Ofrezca inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) y bloqueantes beta como primera línea de tratamiento para la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, y añada un antagonista de receptores de mineralocorticoides (ARM) si los síntomas continúan.

- Ofrezca terapia de rehabilitación cardíaca basada en ejercicios a personas con insuficiencia cardíaca estable en un lugar de fácil acceso y adaptados a la persona.

- Proporcione información a atención primaria acerca del manejo del paciente cuando ya se haya estabilizado, con las recomendaciones del equipo multidisciplinar especializado en insuficiencia cardiaca.

- No se debe restringir de forma rutinaria, hay que personalizar, el consumo de sal o líquidos.

Cuáles son las novedades de la Guía:

- Indica recomendaciones más claras sobre la gestión de la atención de las personas con insuficiencia cardíaca, incluido un mayor énfasis en el trabajo multidisciplinar, la toma de decisiones compartida, la planificación de la atención, el asesoramiento sobre los estilos de vida y las intervenciones, las comorbilidades y la atención al final de la vida.

- Considera el Péptido natriurético tipo N-terminal pro-B (NT-proBNP) como biomarcador específico para el diagnóstico de las personas con insuficiencia cardíaca y, si fuese necesario, recomienda la monitorización.

- Incluye la posibilidad de ofrecer un antagonista de receptores de mineralocorticoides (ARM) (además de un IECA o un ARAII-II y betabloqueante) en personas con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida que permanecen sintomáticas.

En los últimos años otras instituciones y/o organizaciones han publicado Guías sobre el manejo de la Insuficiencia Cardiaca, destacando en el ámbito europeo la Guía de la Sociedad Europea de Cardiología 2016 sobre el tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (4). Es interesante conocer esta y otras publicaciones y su aportación.

Referencias:

(1) National Institute for Health and Care Excellence. Chronic heart failure in adults: diagnosis and management (NICE guideline NG106) 2018: https://www.nice.org.uk/guidance/ng106

(2) Real J, Cowles E, Wierzbicki AS; Guideline Committee. Chronic heart failure in adults: summary of updated NICE guidance. BMJ. 2018 Sep24;362:k3646: https://www.bmj.com/content/362/bmj.k3646

(3) National Institute for Health and Care Excellence. Care of dying adults in the last days of life (NICE guideline NG31) 2015: https://www.nice.org.uk/guidance/ng31

(4) Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J [Internet]. 2016 Jul 14; 37(27):2129–200. Available from: https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehw128

NOTICIAS

COMIENZA LA FASE DE EXPANSIÓN DE LA ECONSULTA.

Desde diciembre está activa la e-Consulta entre el Hospital Universitario Infanta Cristina y los centros de salud de referencia. Permite una consulta no presencial a través de AP Madrid, integrándose el resultado en la Historia Clínica Electrónica del paciente en atención primaria. Establece una comunicación ágil, fluida y segura entre profesionales asistenciales de atención primaria y hospitalaria en torno a la atención de los pacientes, cuando no sea necesaria su presencia. La e-Consulta está disponible para 10 especialidades hospitalarias en sus diferentes prestaciones.

En estos momentos, estamos trabajando en la implantación progresiva con otros hospitales y los centros de salud de referencia. Desde la Subdirección General de Continuidad Asistencial, junto con la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria, la Gerencia Asistencial de Atención Primaria y las Gerencias Hospitalarias, se está planificando su extensión, ofreciendo una solución transversal y normalizada que permite aumentar la capacidad resolutiva, disminuir los tiempos de diagnóstico y mejorar la accesibilidad del paciente evitando desplazamientos innecesarios.

ACTIVACIÓN DE INFORMES EXTERNOS POR PARTE DE LOS HOSPITALES DE MEDIA ESTANCIA Y MONOGRÁFICOS.

Ya se encuentran activos los informes externos (funcionalidad para la recepción en AP Madrid de informes que provienen de ámbitos externos a atención primaria) de los hospitales de media estancia: Hospital de Guadarrama, Hospital de la Fuenfría y Hospital Virgen de la Poveda, así como los hospitales monográficos Hospital Dr. Rodríguez Lafora e Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain.

Con ello, al realizar el informe de alta hospitalaria, alta de urgencias o de continuidad de cuidados de un paciente, se genera un aviso para los profesionales de referencia del paciente en atención primaria, que facilita la transmisión, en un informe normalizado, de las necesidades de atención y cuidados que precise, facilitando la continuidad asistencial en esa transición.

Esta integración también se ha activado en los Hospitales Universitarios de La Paz y Ramón y Cajal una vez completado el despliegue de la historia clínica electrónica. Está previsto que en breve se incorporen los del Hospital Universitario de Getafe, siendo en total 33 hospitales de la red de hospitales de la Comunidad de Madrid los que dispongan, junto con sus centros de salud, de esta funcionalidad normalizada de apoyo a la comunicación y a la continuidad asistencial.

Comité editorial:

Responsable del comité editorial:
***Nuria Fernández de Cano Martín*.** Subdirectora General de Continuidad Asistencial.

Responsable operativo:
Carmen García Cubero. Responsable del Área de Cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Responsable técnico:
José David Cerdeño Arconada. Adjunto al Área de Cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Editores:
Amparo Mira Roldán. Responsable de la oficina web de la Consejería de Sanidad.
Carmen Jiménez Gómez. Técnico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial.
David Rodríguez Morales. Director Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Infanta Elena.
Ignacio García Merino. Jefe de la Unidad de Coordinación Informativa. Oficina Web. Servicio Madrileño de Salud.
José Enrique Villares Rodríguez. Director asistencial médico de la Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
Juan Carlos Ansede Cascudo. Técnico de la Gerencia Adjunta de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria.
Juan José Muñoz González. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Santa Cristina.
Luis Rubio Toledano. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
Luis Sánchez Perruca. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
Mª Dolores Arranz Alonso. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.
Mercedes Álvarez Bartolomé. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario del Henares.
Miguel Ángel Salinero Fort. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.
Montserrat Hernández Pascual. Gerente Adjunto de Procesos Asistenciales. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
Olga Monedo Pérez. Técnico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial.
Pilar Rivera Moreno-Chocano. Subdirección General de Información y Atención al Paciente.
Julia Domínguez Bidagor. Servicio Promoción de Salud. Subdirección General de Promoción, Prevención y Educación para la Salud.
Ricardo Rodríguez Barrientos. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
Raúl Mallaina García. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.
Susana Martín Iglesias. Responsable de centro de la Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
Yolanda Llamas Nistal. Unidad web. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.

Edita:
CONSEJERÍA DE SANIDAD. COMUNIDAD DE MADRID
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Subdirección General de Continuidad Asistencial

Coordina:
Subdirección General de Continuidad Asistencial
E-mail: cdca@salud.madrid.org

Edición: Diciembre 2018
ISSN 2444-1546

Publicación en línea

Biblioteca virtual

Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.

comunidad.madrid/publicamadrid

Comunidad de Madrid