



SOCIETAT CATALANA DE
Cardiologia

CURS DE FORMACIÓ CONTINUADA
EL REpte ASSISTENCIAL
DE LA INSUFICIÈNCIA CARDÍACA

del 27 al 29 de novembre de 2013, Tarragona
Hospital Universitari Joan XXIII



“la integració entre l’atenció primària i l’atenció especialitzada: la ruta clínica assistencial”



Els aqüeductes aprofiten la inclinació suau del terreny per tal que l'aigua simplement flueixi en el sentit des



es necessari ?



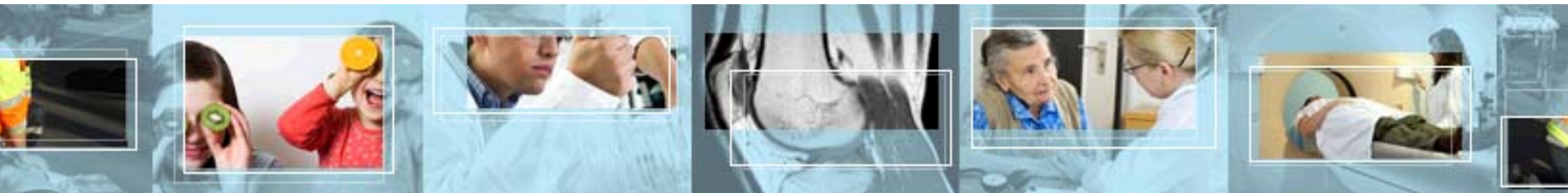
propòsit d'un cas

bloboziç q, nu c92





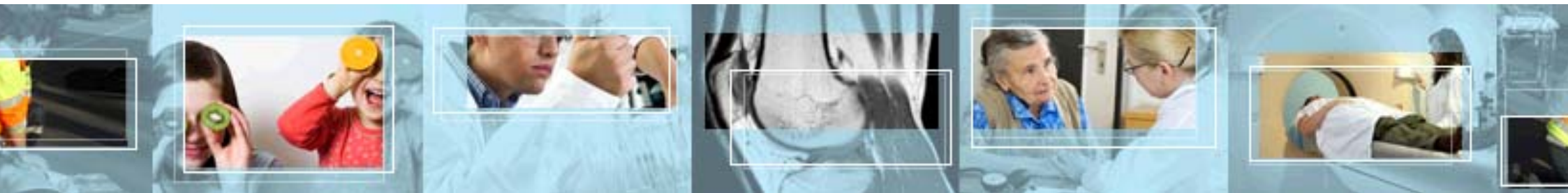




Línia d'actuació 2. Un sistema més orientat als malalts crònics

Projecte 2.1. Implantar processos clínics integrats per a vuit malalties malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), diabetis, insuficiència cardíaca congestiva (ICC), càncer, demències, osteoporosi, trastorns mentals severos i greus i depressió





Línia d'actuació 3. Un sistema integrat més resolutiu des dels primers nivells i al territori

Projecte 3.1. Millorar la resolució en els àmbits de relació més freqüent entre l'atenció primària i l'especialitzada





Institut Català de la Salut

XARXA Sanitària i Social de SANTA TECLA

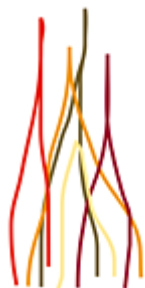
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla



GRUP sagessa



muralles salut



INSTITUT PERE MATA



PIUS HOSPITAL de Valls



GiPSS

061 CatSalut Respon





Nom de la ruta:

**RUTA CLÍNICA ASSISTENCIAL DE LA INSUFICIÈNCIA
CARDIACA**

Àmbit territorial d'aplicació:

Tarragonès

Número de pàgines: 17		
Autor/s: Aguirre, Carlos Ansa, Xabier Bardaji, Alfredo Carbonell, Joan Miquel Juncosa, Montserrat Rull, Baltasar Serrano, Isabel	Revisat per:	Aprovat per:
Signatura:	Signatura:	Signatura:
Data: 31 de desembre de 2012	Data:	Data:

Control de versions		
Nº	Data	Descripció de la versió / canvi
1.0	31 de desembre de 2012	1ª versió del document



nou
agnòstic



pacient
estable



aguditzacions



dificultats en
el maneig



transferència
a l'alta



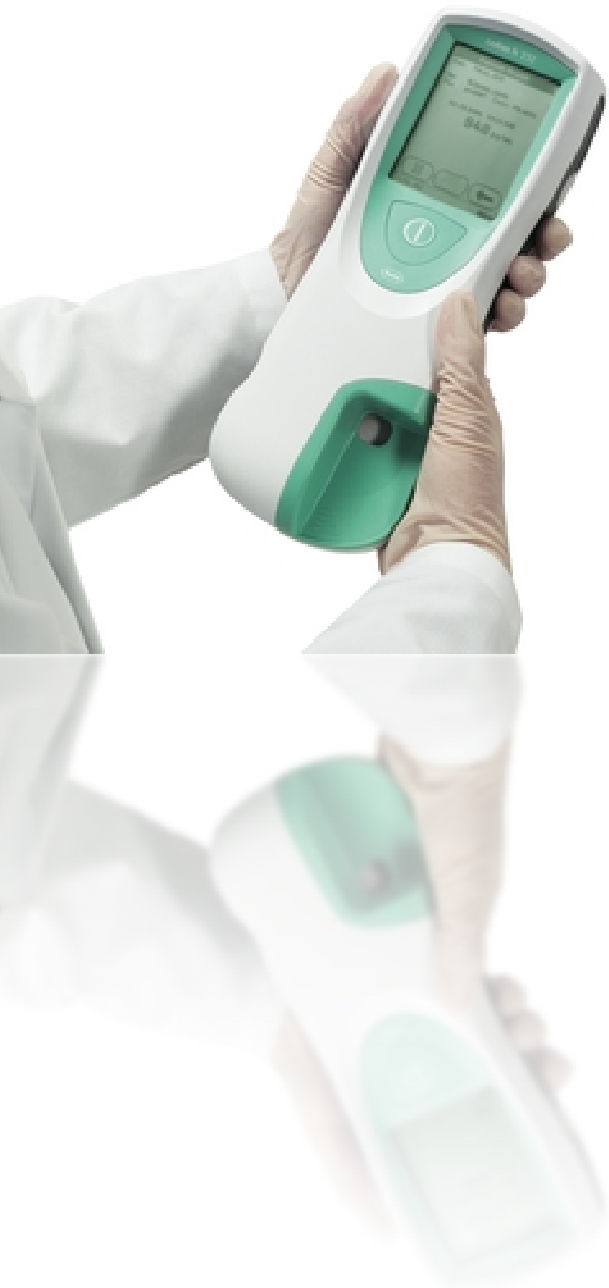
entorn d'
complexitat





17 versus 60

- **Cribratge mitjançant *pèptid natriurètic (NT-proB***
- **Ecocardiografia: sol·licitud des d'atenció primària**



Artículo original

Punto de corte óptimo de NT-proBNP para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca mediante un test de determinación rápida en atención primaria

José M. Verdú^{a,b,*}, Josep Comin-Colet^{b,c}, Mar Domingo^{d,e}, Josep Lupón^{b,f}, Miguel Gómez^{b,g}, Luis Molina^{b,h}, Jose M. Casacuberta^a, Miguel A. Muñoz^{b,h}, Amparo Menaⁱ y Jordi Bruguera-Cortada^g

^a Equip d'Atenció Primària, Sant Martí de Provençals, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^b Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^c Programa d'Insuficiència Cardíaca, Servei de Cardiologia, Hospital del Mar (Parc de Salut Mar), Barcelona, España

^d Equip d'Atenció Primària Sant Roc, Institut Català de la Salut, Badalona, Barcelona, España

^e Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord, Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^f Unitat d'Insuficiència Cardíaca, Servei de Cardiologia, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^g Servei de Cardiologia, Hospital del Mar (Parc de Salut Mar), Barcelona, España

^h Unitat de Suport a la Recerca de Barcelona, Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

ⁱ Equip d'Atenció Primària Congrés, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

Historia del artículo:

Recibido el 28 de noviembre de 2011

Aceptado el 11 de enero de 2012

On-line el 26 de abril de 2012

Palabras clave:

Insuficiencia cardiaca

Péptidos natriuréticos

Diagnóstico

Atención primaria

RESUMEN

Introducción y objetivos: La determinación de péptidos natriuréticos puede estar recomendada como paso previo al ecocardiograma ante la sospecha de insuficiencia cardiaca. El punto de corte óptimo para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en atención primaria no está completamente definido. El objetivo es determinar dicho punto de corte.

Métodos: Es un estudio prospectivo para evaluar un test rápido local de fracción N-terminal del péptido natriurético tipo B en atención primaria. Se incluyó a pacientes con solicitud de ecocardiograma realizada por un médico de familia ante la sospecha clínica de insuficiencia cardiaca. Se realizó historia clínica y exploración física basadas en los criterios de Framingham, electrocardiograma, radiografía de tórax, determinación de fracción N-terminal del péptido natriurético tipo B y ecocardiograma. El punto de corte diagnóstico de insuficiencia cardiaca fue establecido por un cardiólogo ciego al valor de fracción N-terminal del péptido natriurético tipo B, utilizando los criterios de la Sociedad Europea de Cardiología (clínica y confirmación ecocardiográfica).

Resultados: Se evaluó a 220 pacientes (el 65,5% mujeres) con una mediana [intervalo intercuartílico] edad de 74 [67-81] años. El diagnóstico de insuficiencia cardiaca se confirmó en 52 (23,6%), 16 con fracción de eyección del ventrículo izquierdo < 50% (39,6 ± 5,1%). Los valores de fracción N-terminal del péptido natriurético tipo B fueron 715 [510,5-1.575] y 77,5 [58-179,75] pg/ml para pacientes con y sin insuficiencia cardiaca respectivamente. El mejor punto de corte fue 280 pg/ml, con un área bajo la curva receiver operating characteristic de 0,94 (intervalo de confianza del 95%, 0,91-0,97). Seis pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca (11,5%) tuvieron valores de fracción N-terminal del péptido

palabras clave: insuficiencia cardiaca, péptidos natriuréticos, diagnóstico, atención primaria, punto de corte, fracción de eyección del ventrículo izquierdo, área bajo la curva receiver operating characteristic, estudio prospectivo, historia clínica, exploración física, electrocardiograma, radiografía de tórax, fracción N-terminal del péptido natriurético tipo B, Sociedad Europea de Cardiología, confirmación ecocardiográfica.



primera fase

- anamnesi i exploració física
- proves complementàries (RX Tòrax, EKG, analítica i espirometria)

segona fase

- *NT-proBNP*
 - negatiu
 - positiu

tercera fase

- visita d'alta resolució a cardiologia (valoració clínica i ecocardiografia)
 - IC amb criteris de seguiment AP
 - IC amb criteris de seguiment per cardiologia UIC

retorn a la comunitat

- seguiment multidisciplinari / integrat

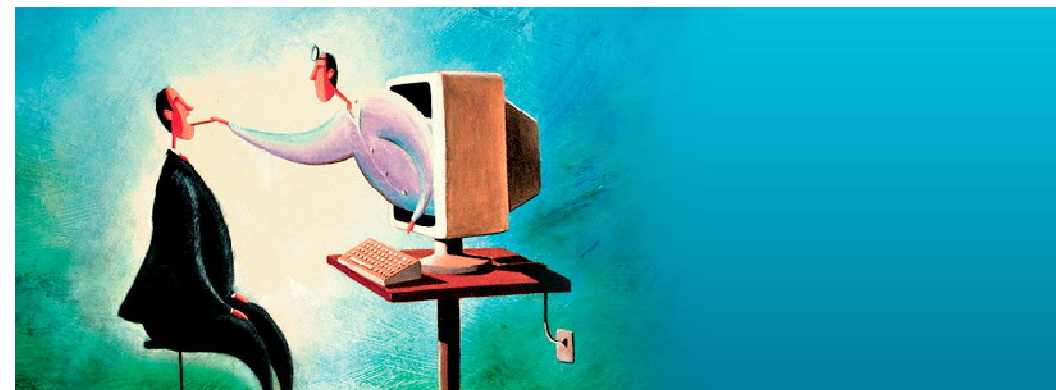


les noves vies de comunicació



la consulta a distància sense mala

la consulta a distància sense mala



2012

45

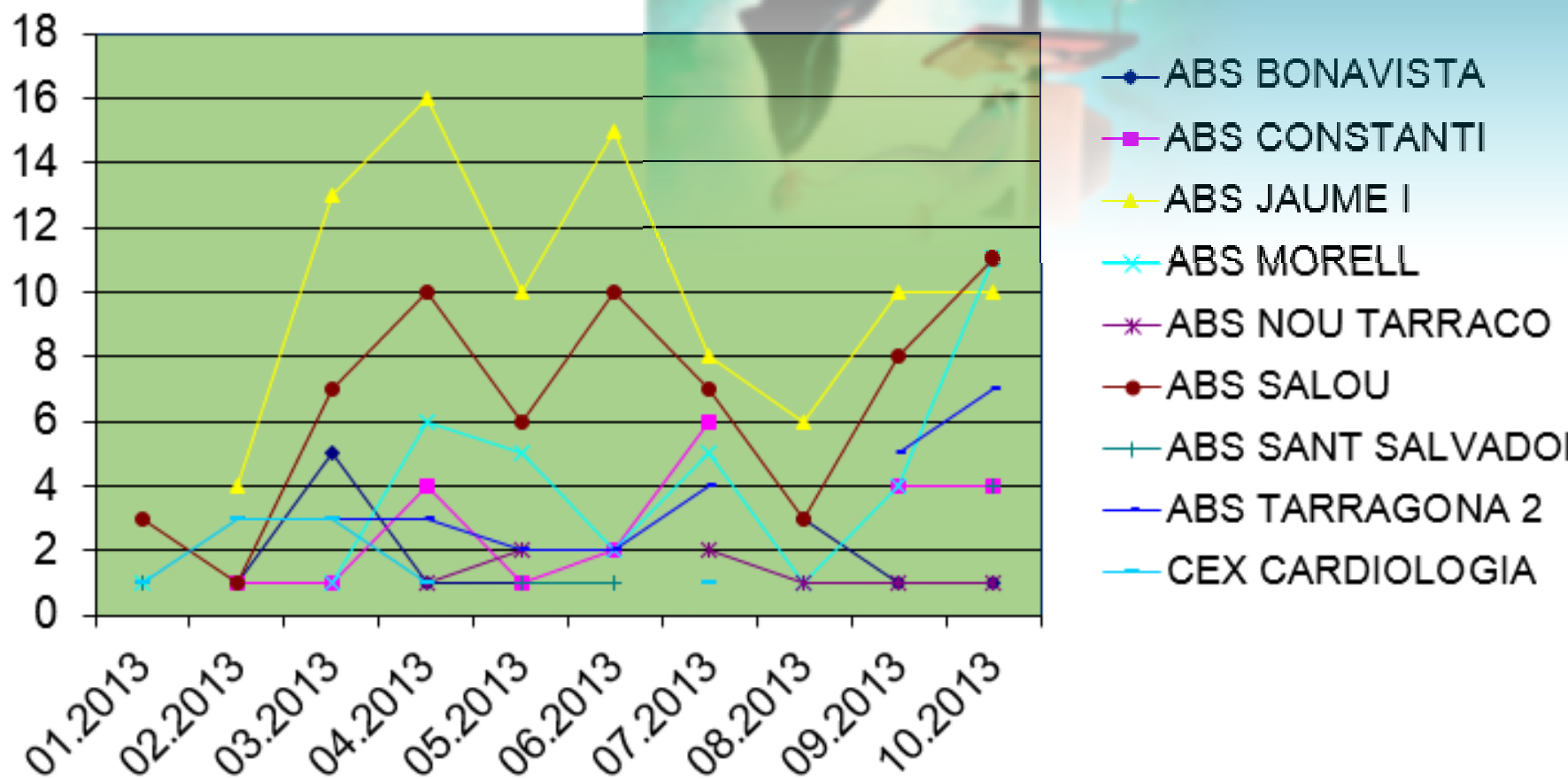
42

2013

283

583

5073





Distribució de la jornada

- 8:00-8:05. Benvinguda i Recepció (Sena de l'Hospital).
- 8:05-8:15. Sessió de *morning* a (Aula A 4a planta): pas de guàrdia de cardiologia; planificació d'ingressos i altes per al dia en curs.
- 8:15-9:00. Sessió Clínica General.
- 9:00-9:15. Pausa-cafè.
- 9:15-10:30. Assistència a la Consulta Externa de Cardiologia per tal de participar en la orientació de les primeres visites a Cardiologia. Dos facultatius assistiran a la consulta de la Dra Camprubí i altres dos a la del Dr de Castro. Discussió dels motius de derivació i de la orientació que dona el servei de cardiologia en aquests casos.
- 10:30-11:00. Visita a la Planta de Cardiologia i a la Unitat Coronària. Descripció de la organització general dels pacients hospitalitzats. Dr. Mercè i Dra Sanz.
- 11:00-13:00. Assistència -per parelles- al Gabinet d'ecocardiografia i a la Unitat d'Hemodinàmica. Discussió amb diferents cardiòlegs de casos d'ecocardiografia i d'hemodinàmica. Drs Colomer, Guillen, Guarinos, Mohandes, Fernandez i Oliva.
- 13:00-14:00 Sessió Clínica (aula 4a planta): "Actualització en Prevenció Secundària de Cardiopatia Isquèmica". Dr Bardají.
- 14:00-15:00 Dinar a l'Hospital.
- 15:00-16:00 Discussió de casos clínics de cardiopatia isquèmica. Dra. Farré.
- 16:00-17:00 Discussió de casos clínics d'insuficiència cardíaca. Dra Serrano.
- 17:00 Comiat. Dr Bardají.

estades formatives en el servei de cardiologia

La gestió de l'atenció ambulatoria



“la magia es un puente que te permite ir del mundo visible hacia el invisible y aprender las lecciones de ambos mundos”

Paulo Co



confiança

respecte

coordinació

qualitat

eficiència

integració

Asistencia en un Departamento de
Alzira

¹ M. Marín Ferrer², V. Palop Larrea³,
J. L. Ruiz López⁴

¹Asistencial Área de Salud, ²Director Gerente, ³Subdirector Médico
⁴Subdirector Médico Asistencial Área de Salud y
As.

Asisten al Departamento de Salud de la Ribera



general practitioner with special interest

GPWJ



General practitioner with a special interest (GPwSI)

The emphasis of the new public health plan, encapsulated in the White Paper *Our Health, Our Care, Our Say*, is to bring services closer to people's

A policy of developing General Practitioner with a Special Interest (GPwSI) clinics was announced in the NHS Plan,¹ with the aim of managing uncomplicated patients in primary care, thereby freeing up the consultants to focus on looking after patients with serious conditions.

This level of specialist care provided by GPs with a special interest is just one way in which the accessibility of services can be improved without hampering the quality of care that is delivered.

to focus on looking after patients with serious conditions.

This level of specialist care provided by GPs with a special interest is just one way in which the accessibility of services can be improved without hampering the quality of care that is delivered.

The NHS Plan proposed the establishment of 1000 GPwSIs in various specialties by 2004 in order to reduce outpatient waiting times. The actual number has far exceeded the original proposal, and it is estimated that there are now around 4000 GPwSIs.

General Practitioner with a Special Interest



The advantages

- Patients welcome local services
- Potential savings for PCTs
- Clinical skills
- Quality
- Personal development
- Prevents burnout
- Can be lucrative

The disadvantages

- Generalist vs specialist debate
- Can be isolating
- Responsibility
- Pressure
- Time-consuming
- Workload
- May not reduce hospital waiting times or be more cost-effective



NHS Improvement - Heart

NHS Improvement works with health sector partners to develop and deliver sustainable service improvements across clinical pathways, bringing about high quality care for patients



NHS Improvement
Heart

Patient Pathways

Quality Standard

Commissioning

Quality, Innovation, Productivity & Prevention

Heart Failure

NHS Improvement has published this resource to support the implementation of the [NICE chronic heart failure quality standard](#)

It is a compilation of information, evidence, guidance and case studies and is suitable for clinicians, managers, service improvement teams and commissioners.

Click on the diagram on the right, or the tabs above to access the resource.

If you have any comments, feedback or additional information, please email [Suzanne Whyman](#) or tel: 0116 222 1415.

Latest news

National Heart Failure Audit Public and Patient Report published

This is the first [National Heart Failure Audit report](#) produced specifically for heart failure patients and members of the public with an interest in heart failure. It is aimed at anyone who wants to know more about the treatment of heart failure in England and Wales. It is written for people with little or no previous knowledge of heart failure or clinical audit.

[This report](#) contains information about the audit and presents selected findings from the National Heart Failure Audit 2011/12 Annual Report, which covers the period between April 2011 and March 2012. The Annual Report, which was published on 27th November 2012, is aimed at clinicians and hospital managers, and contains more detailed findings from this period.

National Heart Failure Audit 2011/12 Annual Report published

[The National Heart Failure Audit 2011/12 Annual Report](#) was published on 27 November 2012.



Walsall Heart Failure Clinic

Tina Fletcher, a heart failure nurse specialist, talks about the Rapid Access Heart Failure Clinic in Walsall.

Heart Failure Top Tips for GPs

www.improvement.nhs.uk/heart/heartfailure



Top Tips for GPs - **ONE** **Spotting heart failure**

Think about heart failure in a patient presenting with...

1. A history of ischemic heart disease
2. Atrial fibrillation
3. The chest infection that isn't getting any better
4. COPD that is deteriorating more than it should and
5. Late onset asthma (is it?)
6. 'Always putting things down to their age'
7. Breathlessness in diabetic or hypertensive patients

Then...

8. Use Serum Natriuretic Peptides either BNP or NT proBNP and refer if raised
9. Don't start an ACE inhibitor before echo and specialist assessment
10. ...but diuretics are fine

Ideally, don't just refer for an echo but a rapid assessment heart failure service, which includes an echo and a specialist opinion.



Multidisciplinary care for people with chronic heart failure

and recommendations for best practice



Best-practice management of chronic heart failure (CHF)* involves multidisciplinary care.¹ There is convincing evidence that, among people who have been hospitalised with CHF, those who receive multidisciplinary care have better health outcomes than those who do not.^{1,2}



Components of multidisciplinary CHF care



AFP

an Family Physician

Disturbing problems

2013

Professional

Home / [AFP](#) / [2013](#) / [May](#) /

Key points

Patients with chronic heart failure are growing in number and most are elderly with multiple comorbidities.

Traditional cardiologist led, hospital based disease management programs for CHF with cardiac nurse outreach appear to have limited effectiveness because patients cannot access hospital based clinics, or treatment regimens involving multiple comorbidities are not optimised. The financial sustainability of many CHF-DMPs is also in doubt.

An alternative model of care involves GPs with a special interest in CHF who liaise with specialists co-located in multidisciplinary community based general practices. Preliminary data are encouraging, and further studies are underway to address whether this model of care delivers similar outcomes compared with traditional CHF-DMPs.

Conclusiones

Con la integración, mejoró el control y el tratamiento crónico de los pacientes con cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular, se redistribuyó a los pacientes crónicos entre atención primaria y cardiología, y aumentó la satisfacción de los médicos de familia, sin objetivarse incremento en el uso de recursos.




Los Falces^{a,c,d}, Rut Andrea^{a,c}, Magda Heras^a, Cristina Vehi^a, Marta Sombes^{a,c}, Laura Sanchis^a, Joaquim Cevallos^a, Ignacio Menacho^b, Sílvia Porcar^{b,d}, David Font^{a,b}, Manel Sabaté^{a,b}, Josep Brugada^a

Servicio de Cardiología, Instituto Clínico del Tórax, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Área Integral de Salud, Barcelona-Izquierda, Barcelona, España

Centro de Atención Primaria Numancia, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

Consorcio de Atención Primaria del Ensanche de Barcelona, Barcelona, España

-  Imprimir
-  Enviar
-  Exportar referencia del artículo
-  Estadísticas
-  Descargar imágenes
-  Compartir

Octubre 2013. Vo

El olor en el diagnóstico d

Narcolepsia y olor: resultad
 Narcolepsia y olor: resultados
 Depresión en ancianos: prevalencia y fa
 Aportación al continuo asistencial de una consu
 con atención primaria coordinada

Forma
 Trastorno de pánico y fibril
 Ética y prevención de la

Sociedad de Médicos
 de Medicina
 de Atención
 Primaria

En t
 El riesgo y su comunicación a los pacientes
 dec

Situ
 Adenocarcinoma mucoscretor de pulmón co
 pleural que se manifiesta con neumotórax.)

Cuidados paliativos en atención primaria. A prop
 Lumbalgia crónica y aneurisma de aor
 Debut de miastenia gravis en atención primaria.

Tromboembolismo pulmonar secundario a mix

Epilepsia del lóbulo temporal: *déjà vu* en aten
 Esofagitis eosinofílica, una enferm

C
 Enalapril y secreción inadecuada de hormo
 Vínculos entre la obesidad y la d

- Las reformas organizativas deben contemplar, necesariamente, un fortalecimiento de la Atención Primaria para avanzar en la sostenibilidad del sistema. El envejecimiento de la población y la cronicidad de las enfermedades son el principal reto a los que tiene que dar respuesta el sistema sanitario.
- Las claves de la mejora pasan por aplicar nuevas estrategias asistenciales, maximizando los beneficios de las TIC, y por implantar vías clínicas basadas en la evidencia y en la coordinación con otros servicios sanitarios y sociales, desarrollando las competencias de enfermería (abriendo más puertas de entrada al sistema, a diferencia de la situación actual en la que prácticamente la única puerta de entrada es la del médico) y la atención domiciliaria (como entorno natural donde debe recibir asistencia el paciente crónico bajo la coordinación del médico de Atención Primaria).
- La renovación de la Atención Primaria pasa también por la capacitación de los profesionales en un nuevo modelo relacional con el paciente, los grupos de pacientes, la comunidad y la atención especializada con una utilización inteligente de las TIC y desarrollando una cultura de calidad total.
- La continuidad asistencial sigue siendo una de las preocupaciones más importantes de los Servicios Regionales de Salud. Con independencia del modelo de organización adoptado en cada Servicio Regional, los medios son muy similares, por lo que no parece “a priori” que el Área Única o la Gestión Integrada sean las únicas vías para dar respuesta a los problemas de discontinuidad asistencial. En cualquier caso, el seguimiento y la evaluación de los diferentes modelos aportarán luz sobre las mejores alternativas.
- En línea con lo anterior, se insiste en la necesidad de diseñar y poner en marcha sistemas de evaluación de efectividad y eficiencia desde el inicio de la implantación de modelos, que aportarán los beneficios y limitaciones de cada uno de ellos.

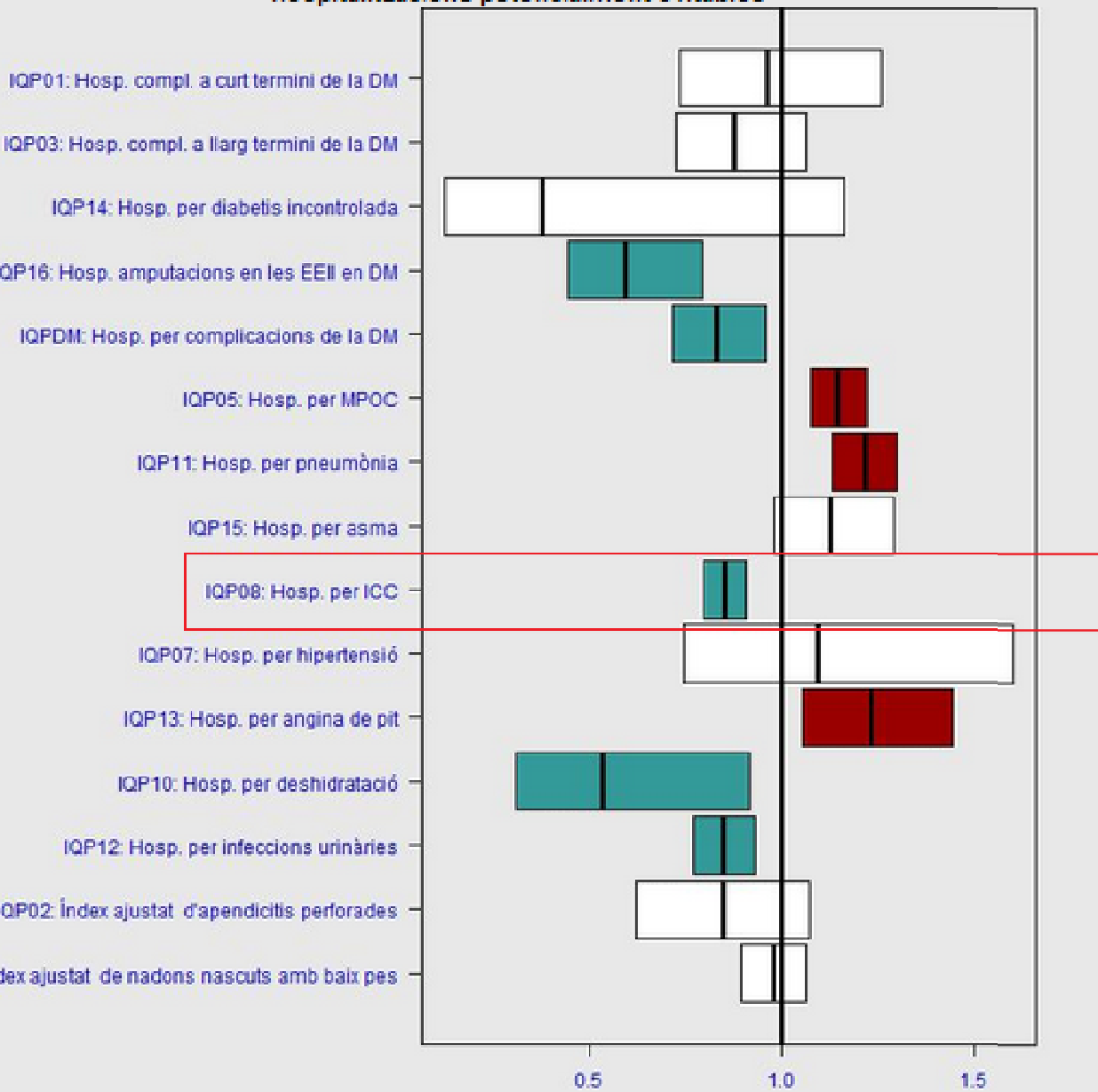
a la Atenci

re?

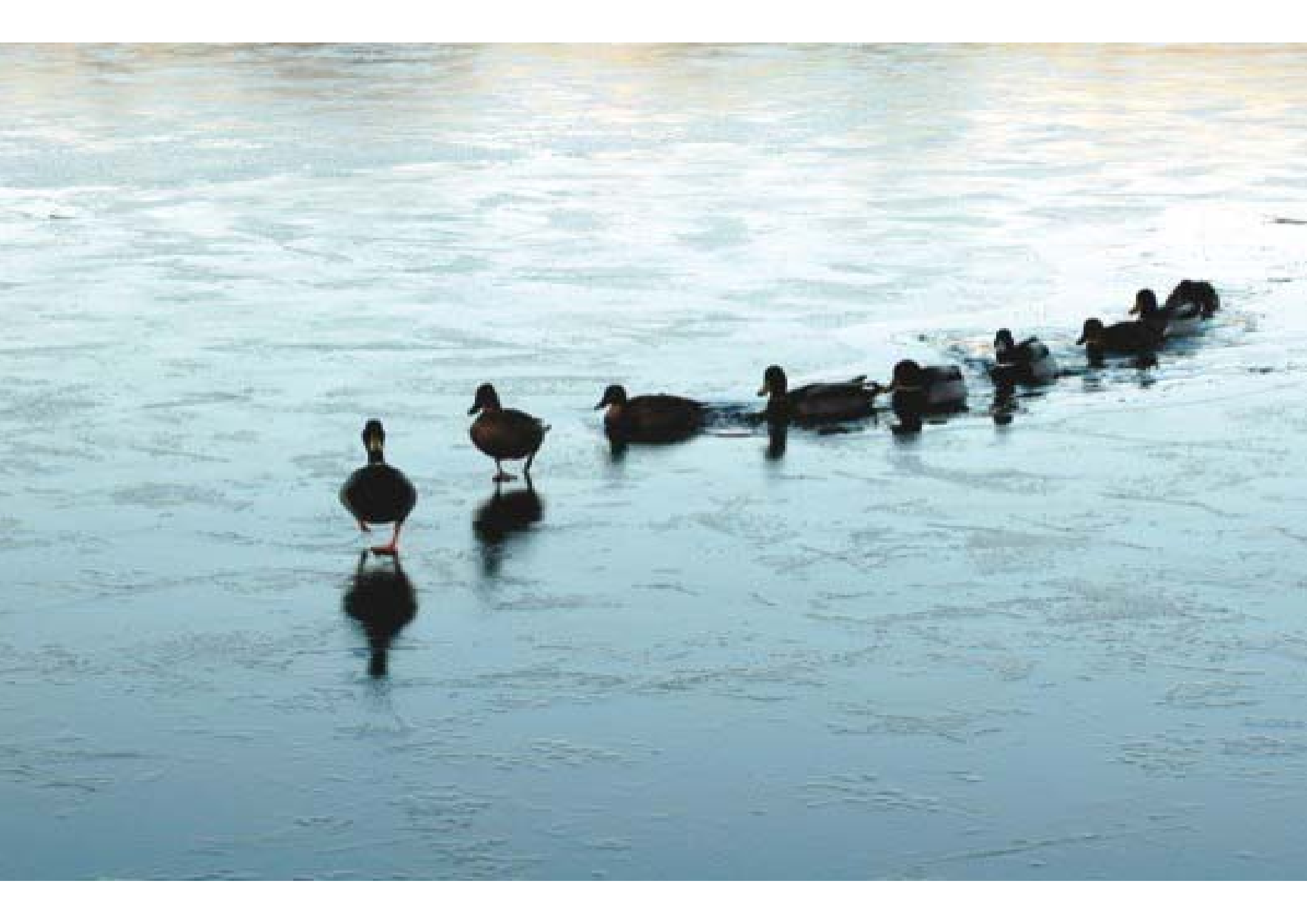


RESULTS

Hospitalitzacions potencialment evitables



Font de dades



BOTTOM



UP

Alexandre Buisse



If you want something in your life you've never had,
you'll have to do something, you've never done.

~ JD Houston







