

Temas de actualidad en cardiología 2011

Novedades en cardiología clínica: nuevos enfoques de viejos retos

Xavier Borrás^{a,*}, Nekane Murga^b, Tomás Ripoll^c y Juan José Gómez-Doblas^d

^aServicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^bServicio de Cardiología, Hospital de Basurto, Bilbao, Vizcaya, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Baleares, España

^dServicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España

Palabras clave:

Cardiología clínica
Telemedicina
Asistencia primaria
Nuevos anticoagulantes
Antiagregantes

RESUMEN

Desde una visión generalista, se ofrece al cardiólogo las novedades en cardiología clínica que pueden influir a corto plazo en el trabajo de cada día con sus pacientes. Nuevas formas de relacionarse con la atención primaria, los últimos datos en telemonitorización de enfermedades crónicas y las últimas publicaciones sobre fármacos de uso cotidiano. Un resumen de la actividad de la Sección de Cardiología Clínica durante el último año finaliza el artículo.

Advances in Clinical Cardiology: New Approaches to Old Challenges

ABSTRACT

This article provides cardiologists with a broad overview of recent advances in clinical cardiology that could affect their daily practice in the near future. It discusses new ways of interacting with primary care physicians, the most recent findings on the remote monitoring of chronic disease, and the latest publications on the drugs used in routine clinical practice. The article ends with a summary of the work carried out by the Clinical Cardiology Section of the Spanish Society of Cardiology during the last year.

Keywords:

Clinical cardiology
Telemedicine
Primary care
New anticoagulants
Antiplatelet drugs

INTRODUCCIÓN

Sin duda, las diferentes secciones de la Sociedad Española de Cardiología describen en otros capítulos de este mismo número los artículos más punteros y las técnicas más recientes en cardiología y, también sin duda, los miembros de estas secciones no renuncian en ningún momento a la etiqueta de cardiólogos clínicos, pero la Sección de Cardiología Clínica pretende aportar la visión integral sobre los procesos cardiológicos que da el contacto diario con el paciente y saber que el cardiólogo generalista es el puente entre la asistencia primaria y los cardiólogos especializados en técnicas o enfermedades específicas. Por ello, intentando no repetir conceptos que probablemente se describen más ampliamente en otras páginas de este número extraordinario, desde la Sección de Cardiología Clínica recogemos en este artículo las aportaciones novedosas que han tenido lugar durante el pasado año y pueden comportar un cambio en el enfoque cardiológico de los pacientes.

En la visión integral de la cardiología, durante el último año destacan tres hechos que se han repetido en numerosos artículos de opinión y editoriales publicados en las principales revistas médicas: la crisis económica mundial, la ampliación de la cobertura del sistema

sanitario de Estados Unidos con la «reforma Obama» y el envejecimiento poblacional, con mayor necesidad de cobertura médica y aumento de costes. Aunque se podría pensar que estos hechos tienen carácter coyuntural, se está formando una línea de opinión que influye de manera muy potente en la búsqueda de líneas de actuación y también en las nuevas líneas de investigación. El incremento de las expectativas de nuevos tratamientos, más eficaces pero también más complejos y con coste más elevado, y el hecho de que va a tener que asumir este coste una masa de contribuyentes activos cada vez menor han sido el impulso en la búsqueda para encontrar soluciones médicas y sociales orientadas al tratamiento y control de las enfermedades crónicas y el traslado de los pacientes desde los hospitales a sistemas con costes más bajos.

La cardiología clínica no escapa en absoluto a estas nuevas orientaciones y está en el centro de atención de las enfermedades crónicas con el tema de la insuficiencia cardiaca (IC). Por ello, dedicaremos parte de este artículo a comentar algunos aspectos novedosos en el control y el tratamiento de las enfermedades crónicas que sin duda incidirán en un futuro próximo en la forma de trabajar de los cardiólogos clínicos. Además, el pasado año se publicaron los resultados de estudios con importantes connotaciones terapéuticas, tanto farmaco-

*Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Avda. S. Antoni Maria Claret 167, 08025 Barcelona, España.
Correo electrónico: xborras@santpau.cat (X. Borrás).

Abreviaturas

AVK: antivitaminas K.
 cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad.
 cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad.
 IBP: inhibidor de la bomba de protones.
 PVAT: prótesis valvular aórtica transcathéter.

lógicas como no farmacológicas. Otro punto destacable es la aparición de algunas guías de práctica clínica relevantes para el cardiólogo clínico.

Finalmente, en este artículo de actualización se hace mención de la actividad de la Sección de Cardiología Clínica durante el año 2011.

NOVEDADES EN EL CONTROL Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Desde el punto de vista de la cardiología clínica, revisamos las nuevas aportaciones en dos áreas. La relación de los cardiólogos con la medicina comunitaria, que es donde reside la responsabilidad final de la atención de las enfermedades crónicas, y las tecnologías de telemonitorización en la IC, un paradigma en el uso de las nuevas tecnologías para la atención de las enfermedades crónicas.

Novedades en los sistemas de relación con la atención primaria

Es evidente que en el reparto de la asistencia sanitaria, el gran volumen de pacientes, especialmente con enfermedades crónicas, reside en la atención primaria, mientras que en el ámbito hospitalario, diseñado especialmente para las enfermedades agudas, residen los mayores recursos humanos y materiales. Esta dicotomía, que ha existido durante mucho tiempo y ha originado culturas sanitarias enfrentadas, no puede persistir en un enfoque integral de la atención al ciudadano, y por ello desde hace décadas hay un fuerte impulso desde todas las administraciones hacia una atención integrada, basada en procesos y resultados generales y con los conceptos de continuidad asistencial e integración sanitaria regional.

La realidad no es tan perfecta como la teoría, por ello es de destacar la publicación en *REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA* del artículo de Falces et al¹ sobre su modelo de relación con la atención primaria. Los autores describen el cambio organizacional que comportó la integración del hospital en la atención primaria de referencia con cardiólogos que trabajaban en ambos sitios y que consensuaron las derivaciones y los flujos en los principales problemas en cardiopatía isquémica cró-

nica, IC crónica y fibrilación auricular. En su modelo, además de la presencia del cardiólogo y de unas vías clínicas consensuadas, se incluía la existencia de una historia clínica informatizada compartida, sesiones de consultoría, teléfono móvil y correo electrónico, un espacio *web* para consultas, sesiones teórico-prácticas comunes y una enfermera de enlace especialmente para gestión tras el alta. Aunque es difícil demostrar los beneficios de la integración, comparada con el periodo previo, se consiguieron resultados estadísticamente significativos respecto a mejores indicaciones, mejores tratamientos, mejor control de factores de riesgo y un aumento significativo de la satisfacción del médico de atención primaria (tabla 1). Se derivó al especialista a más pacientes de cardiopatía isquémica, valvulopatías e IC y se redujo la cifra de consultas por fibrilación auricular y control de factores de riesgo sin cardiopatía asociada o hallazgos aislados del ECG; y todo ello con una reducción de solicitudes en ecocardiografía, Holter y pruebas de esfuerzo. Los autores concluyen que una integración intensa y participativa permite optimizar flujos y recursos sanitarios.

Curiosamente, aunque la integración entre niveles asistenciales está en la base de todos los sistemas de salud y en los idearios de todas las administraciones sanitarias, no existen muchos trabajos comparables en la literatura, con la excepción de las publicaciones de gestión y organización sanitaria, a las que falta concreción o incluyen pequeños grupos piloto y para temas muy específicos. Una experiencia similar a la del grupo de Falces et al se describió en Oregón², donde la integración de médicos y enfermeras de cardiología en la atención primaria redujo en un 40% las consultas por IC tanto en urgencias como en consulta estándar, y todo ello con un aumento del nivel de satisfacción de médicos y usuarios. Una región que ha publicado en este campo es la de Ontario, Canadá, donde, principalmente por razones de dispersión geográfica, se ha establecido una red de comunicación entre asistencia primaria y especialistas, entre ellos los cardiólogos hospitalarios. Los resultados se han publicado en el último congreso europeo de cardiología³ y demuestran una reducción de las derivaciones presenciales al 10% de las consultas realizadas.

En nuestro país existe una experiencia parecida, denominada ECOPIH (siglas en catalán de «Herramienta de Comunicación On-line entre Primaria y Hospital»), que conecta especialistas del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona con los médicos de atención primaria de su área de referencia⁴. El enfoque es un poco diferente, dado que la legislación española es muy estricta con la transmisión de datos personales por vía telemática, por lo que en ECOPIH no se incluyen datos que permitan identificar al paciente y los casos se hacen más genéricos, pero esta limitación se ha convertido en una ventaja abriéndolos a un foro de discusión, con lo que los casos clínicos se discuten y hay un importante componente docente. Hasta la fecha hay más de 15 foros abiertos, liderados por un especialista en el tema (médico o enfermera) que contesta y modera los casos presentados (fig. 1).

Tabla 1
 Características del modelo de atención integrada en cardiología

1.	Cardiólogo integrado en el equipo de primaria (se desplaza para realizar la consulta al centro de atención primaria)
2.	Historia clínica informatizada, compartida
3.	Sesión semanal de consultoría
4.	Teléfono móvil y correo electrónico para consultas
5.	Vías clínicas consensuadas para reordenar la atención de pacientes entre atención primaria y especializada
6.	Guías de práctica clínica consensuadas para cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular y valvulopatías
7.	<i>Web</i> para mejorar comunicación y consultas: www.ais-bcn.es
8.	El cardiólogo dispone de las mismas pruebas complementarias que en el hospital
9.	Realización de sesiones teóricas y prácticas de formación continuada para atención primaria y curso de atención compartida
10.	Enfermería de enlace para la coordinación del seguimiento tras las altas hospitalarias
11.	Plataforma informática para la transmisión de documentos del hospital a la historia clínica integrada

Reproducido de Falces et al¹ con permiso.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3013203>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3013203>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)