1ª Reunión Nacional MICCAP

¿Qué es MICCAP, por qué y para qué?

Dr. Santiago Díaz Sánchez
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Pintores. Parla, Madrid

Dra. Mª Isabel Egocheaga Cabello
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla de Oza. Madrid

Dr. Vicente Pallarés Carratalá
Medicina Familiar y Comunitaria. Unión de Mutuas. Castellón

NOVARTIS

1905066988

¿Por qué MICCAP?

A pesar de los tratamientos actuales, la mortalidad y el número de hospitalizaciones por IC continúa siendo muy elevada[1,2]

¿Existe realmente una continuidad asistencial entre el hospital y el centro de salud?

Aunque ha habido importantes iniciativas y avances en determinadas áreas sanitarias, el **manejo compartido** del paciente con IC de forma coordinada es todavía una **asignatura pendiente**[2]

IC: Insuficiencia Cardiaca

1. *Maggioni et al. Eur Jounal of Heart Failure. 2013; 15:808-817;* ***2.*** *Comin et al. 2014 Rev Esp Cardiol.*

NOVARTIS

1905066988

La insuficiencia cardiaca: introducción y epidemiología (I)

PREVALENCIA

- La prevalencia de la IC es muy elevada (oscila entre el 4,7 y 6,8) y creciente debido al envejecimiento de la población[1].
- Los estudios españoles muestran una prevalencia superior (aproximadamente el doble) a las descritas en otros países[1].

Estudio PRICE 2008: Prevalencia de la **insuficiencia cardiaca* en España, según sexo y edad,** en la población **>45 años**[2]

Hombres **6,5%**

Mujeres **7,0%**

45 - 54 años	1,3%
55 - 64 años	5,5%
65 - 74 años	8%
> 74 años	16,1%
Total	6,8%

* Fracción de eyección conservada en un 50% de los casos.

Adaptada de: ***1.*** *Sayago-Silva I et al. Rev Esp Cardiol. 2013;66(8):649-56.* ***2.*** *Anguita Sánchez M et al. Rev Esp Cardiol. 2008;61(10):1041-9.*

NOVARTIS

1905066988

La insuficiencia cardiaca: introducción y epidemiología (II)

La prevalencia de la IC está aumentando[1]

La insuficiencia cardiaca **afecta** a la **calidad de vida de los pacientes, más que otras condiciones crónicas**[2]

La IC es una **afección cardiovascular** que **crece rápidamente**[3] debido a:

Envejecimiento de la población[3]

Aumento de la **supervivencia** de pacientes con **problemas cardiacos**[3]

≈20%

Aproximadamente, **el 20% de la población de 40 años** desarrollará **insuficiencia cardiaca crónica** en algún momento de su vida[4]

>10%

La prevalencia crece **más de un 10%** entre las personas **con 75 años o más**[3]

Adaptada de: ***1.*** *Heidenreich PA et al. Circulation. 2011;1;123(8):933-44.* ***2.*** *McMurray JJV et al. Eur Heart J Suppl. 2002;4 Suppl D:D50-8.* ***3.*** *Cowie MR et al. ESC Heart Failure. 2014;1(2):110-45.* ***4.*** *Lloyd-Jones D et al. Circulation. 2002;106(24):3068-72.*

NOVARTIS

1905066988

La insuficiencia cardiaca: mortalidad (I)

A los **5 años** del diagnóstico de IC
aproximadamente la mitad de los pacientes muere[1]

De los pacientes hospitalizados por IC

2-17%	Mueren	Durante su **ingreso**[2]
≈10%	Mueren	Durante los **30 días** posteriores[3]
17-45%	Mueren	Durante el **año siguiente**[2]
≈50%	Mueren	Antes de los **5 años del diagnóstico**[1]

Adaptada de: ***1.*** *Lloyd-Jones D et al. Circulation. 2010;121(7):e46-e215.* ***2.*** *Ponikowski P et al. ESC Heart Failure. 2014;1(1):4-25.* ***3.*** *Loehr LR et al. Am J Cardiol. 2008;101(7):1016-22.*

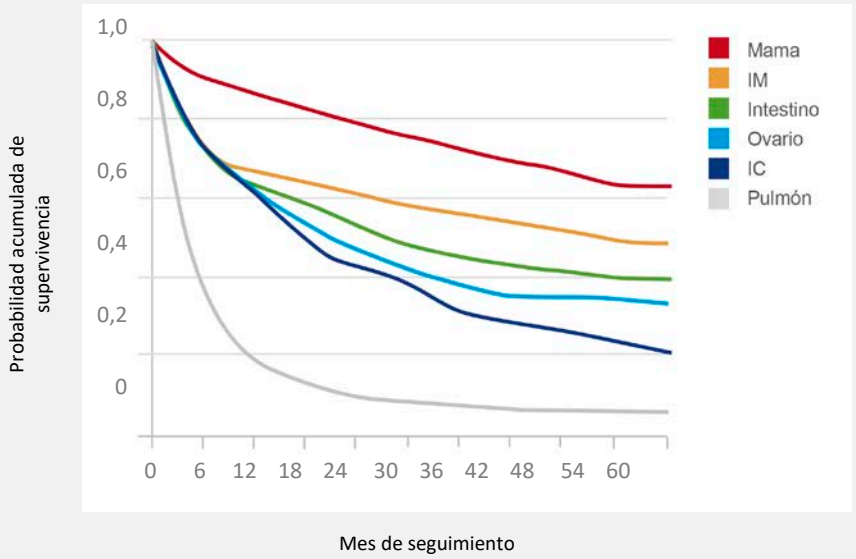
NOVARTIS

1905066988

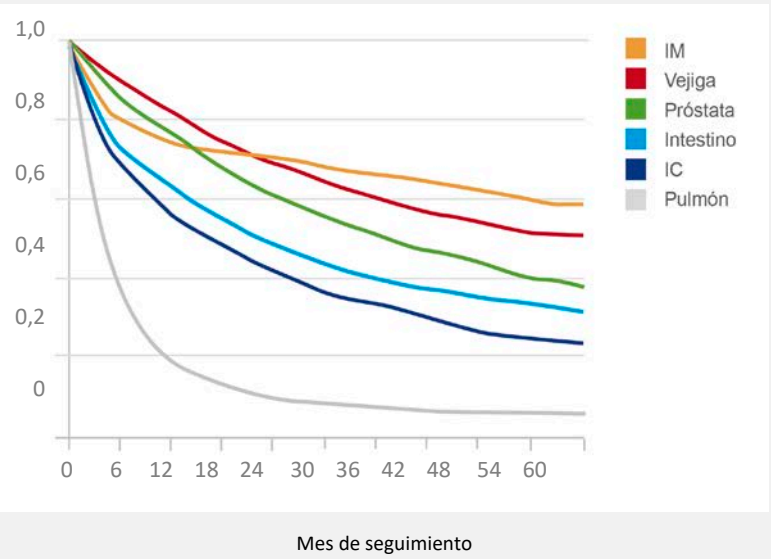
La insuficiencia cardiaca: mortalidad (II)

La **mortalidad posterior al ingreso** por insuficiencia cardiaca **supera** a la de **muchos tipos de cáncer**[1]

Tasa de supervivencia en mujeres (%):
IC, IM y otras neoplasias malignas:



Tasa de supervivencia en hombres (%):
IC, IM y otras neoplasias malignas:



*Adaptada de: **1.** Adaptado de: Stewart S et al. Eur J Heart Fail. 2001;3(3):315-22.*

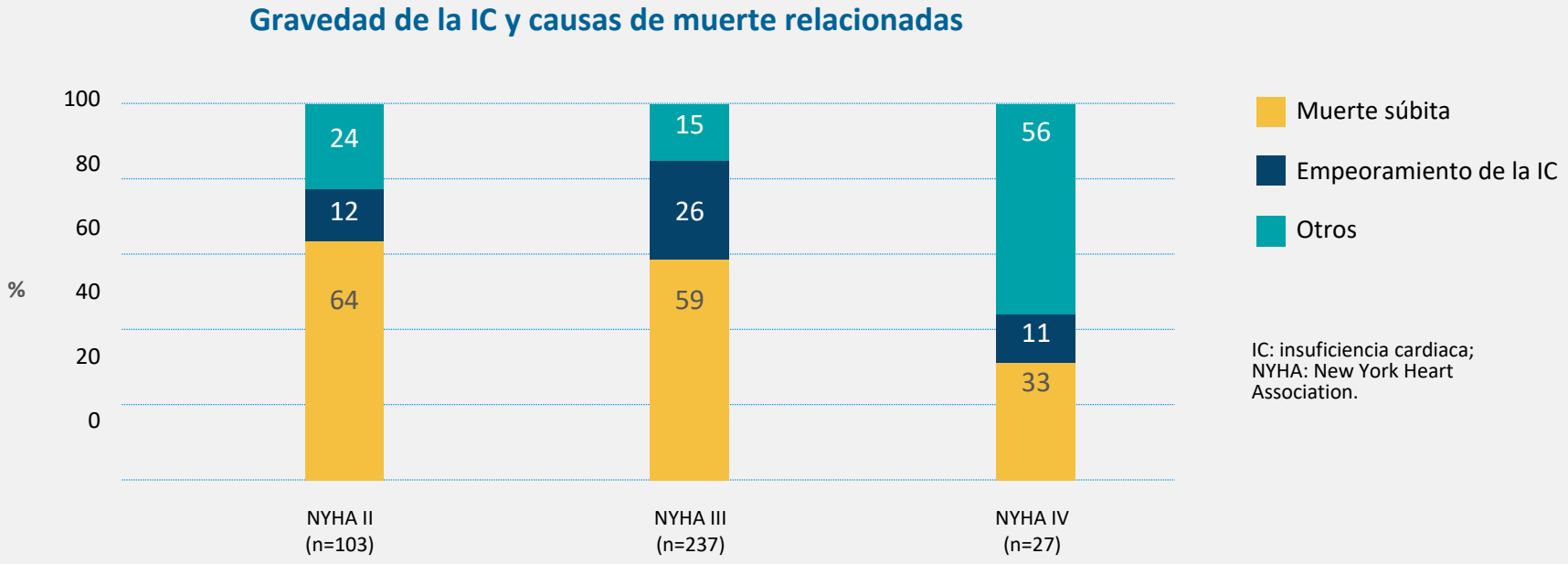
NOVARTIS

1905066988

Causas de mortalidad en la IC con fracción de eyección reducida

Un 50% de las muertes cardiovasculares (CV) entre los pacientes con insuficiencia cardiaca son por muerte súbita[1].

La muerte súbita es la causa más frecuente de mortalidad en los pacientes de clase NYHA II y III[2].



IC: insuficiencia cardiaca; NYHA: New York Heart Association.

*Adaptada de: **1.** Jhund et al. Eur J Heart. 2015;36(38):2576-84. **2.** Adaptado de: MERIT-HF Study Group. Lancet. 1999;353(9169):2001-7.*

NOVARTIS

1905066988

La insuficiencia cardiaca: hospitalización

Existe un creciente aumento de los ingresos hospitalarios[1]

Los pacientes con IC tienen un **alto riesgo** de **hospitalización reiterada,** acentuado en la **población mayor de 65 años**[2,3,4]

En 30 días | **1 de cada 4** | **Re-hospitalizado**

1 de cada 4 pacientes mayores de 65 años con IC **son re-hospitalizados** en un **plazo de 30 días después del alta hospitalaria**[5]

La **probabilidad de re-hospitalización aumenta con el tiempo**[3,6]

En **Europa**, el **24%** de los pacientes con IC serán **re-hospitalizados** en los **90 días posteriores al alta hospitalaria**[6]

24%
90 días

El **44%** será re-hospitalizado **antes de completar un año**[3]

44%
Antes de 1 año

Adaptada de: ***1.*** *Montes Santiago J et al. Med Clin. 2014;142 Suppl 1:S3-8.* ***2.*** *Cowie MR et al. ESC Heart Failure. 2014;1(2):110-45.* ***3.*** *Maggioni AP et al. Eur J Heart Fail. 2013;15(7):808-17.* ***4.*** *Lee DS et al. Am J Med. 2009;122(2):162-9.* ***5.*** *Ponikowski P et al. ESC Heart Failure. 2014;1(1):4-25.* ***6.*** *Dar O et al. Crit Care Med. 2008;36 Suppl 1:S3-8.*

NOVARTIS

1905066988

Importancia de la IC en España

Magnitud del problema en España

- Causa más frecuente de hospitalización en >65 años (>5%)[1]
- Cuarta causa de mortalidad (>17.000 en 2011)[2]
- IC=3,8% gasto sanitario (2,6% del gasto hospitalario 476 M€)[3]
- Dos visitas a URG por año (50-70% ingresan)[3]

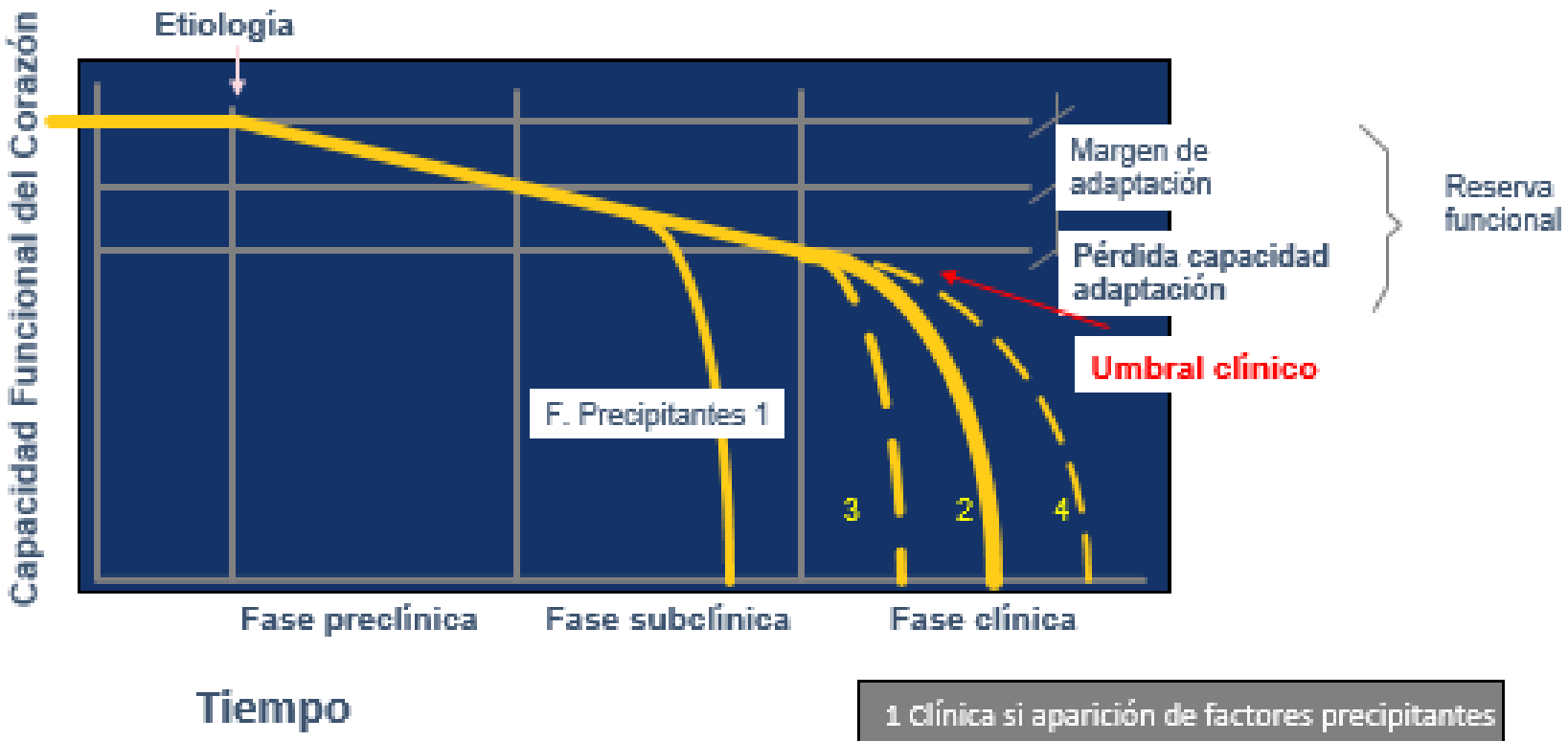
*Adaptada de: **1.** Cowie MR et al. ESC Heart Failure. 2014;1(2):110-45. **2.** Defunciones según la causa de muerte 2013 [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística [citado 18 febrero 2013]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2010/l0/&file=01003.px&type=pcaxis&L=0. **3.** Montes-Santiago et al. Med Clin. 2014;142 Suppl 1:S3-8.*

NOVARTIS

1905066988

Papel del MAP

Historia Natural de la ICC



1 Clínica si aparición de factores precipitantes

2 Fallecimiento por fallo de bomba

3 Fallecimiento por complicaciones

4 Tratamiento farmacológico correcto

Lobos JM. Insuficiencia Cardiaca. semFYC 1997

NOVARTIS

1905066988

Papel del MAP

Clasificación de la Insuficiencia Cardiaca ACC-AHA 2005. Estadios

A) **Ausencia síntomas**. Sin alteraciones funcionales ni estructurales. **Alto riesgo de ICC** por presencia de FRCV: HTA, DM, CI, alcohol, fármacos cardiotóxicos, AF de MCP

B) **Daños estructurales** ligados al desarrollo de ICC, pero **sin clínica**

C) **Clínica** actual o previa **de ICC**, con anomalía estructural subyacente

D) **Daño estructural y síntomas a pesar de tratamiento óptimo**

ICC: Insuficiencia cardiaca crónica; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; CI: cardiopatía isquémica; AF: antecedentes familiares; MCP: miocardiopatía

1. *Hunt SA et al. Circulation. 2005;112:1825-52*

NOVARTIS

1905066988

Papel del MAP

- Identificación del **paciente en riesgo**, reconociendo los factores de riesgo
- Abordar **el diagnóstico** en fases precoces poco sintomáticas
- Identificación **de factores precipitantes** y tratamiento adecuado
- Planificación de una mejor estrategia **de control y tratamiento**
  - Titulación de fármacos
  - Seguimiento clínico en la fase estable
  - Educación del paciente
  - Prevención y tratamiento de las descompensaciones
  - Continuidad asistencial tras las descompensaciones
- Manejo del paciente **pluripatológico**

Evaluación diagnóstica integral

1. Valoración clínica y analítica
2. Diagnóstico de la insuficiencia cardiaca
3. Etiología
4. Evaluación de las comorbilidades
5. Valoración de la situación funcional y psicosocial

Aún con las limitaciones propias de la AP, es posible realizar una adecuada aproximación diagnóstica y una valoración etiológica, pronóstica y de presencia de factores precipitantes

NOVARTIS
1905066988

Papel del MAP

Objetivos principales

- Mejorar calidad de vida
- Mejorar el pronóstico
- Prevenir reingresos

Objetivos intermedios

- Control de síntomas
- Prevenir la desestabilización
- Control estricto de la TA
- Manejo según tipo disfunción (FE)
- Control de la frecuencia cardíaca
- Prevenir/tratar la anemia (multifactorial)
- Vigilar FR e iones séricos (K+)

TA: tensión arterial; FE: fracción de eyección; FR: función renal; K^+ potasio

NOVARTIS

1905066988

Papel del MAP

¿Cuándo acudir al centro de salud?

- ↑ **peso** en pocos días (> 3 Kg/s)
- Aparición de **edemas**
- ↓ **diuresis**
- ↑ **disnea**, ↓ tolerancia al ejercicio
- Aparición de **ortopnea o DPN**
- Aparición **de tos persistente** poco productiva
- Si aparece o se agrava **dolor en el pecho**
- Sospecha de **síncope-presíncope**
- Presencia de **palpitaciones**

DPN: disnea paroxística nocturna

Adaptada de: Bueno H et al. SemFYC Ediciones, Barcelona (2015)

NOVARTIS

1905066988

¿Para qué MICCAP?

MICCAP impulsará de forma **bidireccional** **la mejora de la continuidad asistencial,** trabajando conjuntamente cardiólogos y médicos de atención primaria, de una forma **individualizada en cada área concreta de salud.**

La continuidad asistencial individualizada ha demostrado tener importantes consecuencias, no solo en la mejora de la calidad de vida de vida de los pacientes, sino también en la disminución de la mortalidad y del número de hospitalizaciones[1].

Resulta por tanto es fundamental proporcionar una formación actualizada, impulsando herramientas y actividades que faciliten la **comunicación y un manejo compartido y coordinado del paciente** con IC, así como su transición entre Atención Primaria y Cardiología.

IC: Insuficiencia Cardiaca

1. *Maggioni et al. Eur Jounal of Heart Failure. 2013; 15:808-817*

NOVARTIS

1905066988

Una apuesta por el desarrollo profesional continuo

El comité científico del programa trabaja en el diseño y desarrollo de contenidos y actividades que se van implementando de manera progresiva, permitiendo que MICCAP sea un herramienta **actualizada** que facilite el **desarrollo profesional continuo.**

- **Sesiones formativas presenciales**
- **Actividades online acreditadas** por la Comisión de Formación Continuada (ámbito nacional)
- **Materiales / herramientas** de utilidad en la práctica clínica

Red MICCAP

Se ha creado un grupo de trabajo con **más médicos de Atención Primaria** que participan activamente en el desarrollo y crecimiento de MICCAP:

Coordinadores del grupo

Santiago Díaz Sánchez	Centro de Salud Los Pintores. Parla, Madrid
Mª Isabel Egocheaga Cabello	Centro de Salud Isla de Oza. Madrid
Vicente Pallarés Carratalá	Unión de Mutuas. Castellón

Francisco Adán Gil
Centro de Salud Èpila. Èpila, Zaragoza

Carmen Arias Blanco
Consultorio Local Villaviciosa de Córdoba. Córdoba

Ana Cebrián Cuenca
Centro de Salud Cartagena Casco Cartagena. Murcia

Sergio Cinza Sanjurjo
Centro de Saúde Porto do Son. Porto do Son, A Coruña

Gabriel Cuatrecasas Cambra
Centre d'Atenció Primària Sarrià. Barcelona

Luis Aarón Falcón Espinola
Centro de Salud Candelaria. Las Palmas de Gran Canaria

Javier Montoro Martí
Centro de Salud Guillem de Castro. Valencia

Juan Carlos Obaya Rebollar
Centro de Salud La Chopera. Alcobendas, Madrid

NOVARTIS
1905066988

Sesiones formativas presenciales

El programa ofrece la posibilidad de participar en diferentes sesiones formativas distribuidas por toda la geografía española.

Las sesiones están enfocadas hacia el intercambio y la discusión, con el objetivo final de impulsar el manejo coordinado de la IC entre Cardiología y Atención Primaria, acordando **propuestas de mejora individualizadas, en función de las distintas realidades asistenciales de cada zona.**

NOVARTIS

1905066988

MICCAP un programa de alto impacto

	Nº reuniones/Ponentes	Participantes
2017	200 reuniones Ponentes: Cardiólogos	2.000 Médicos de Atención Primaria
2018	252 reuniones Ponentes: Cardiólogos	2.500 Médicos de Atención Primaria
2019	300 reuniones 150 impartidas por Cardiólogo 150 impartidas por MAP	3.000 Médicos de Atención Primaria

NOVARTIS

1905066988

Plataforma web MICCAP (II)

Acceso → www.programamiccap.com

1 **Área PÚBLICA**

[Acceso libre]

- Cumplimente sus datos en el formulario de registro.
- Elija el usuario y contraseña que desee.

2 **Área RESTRINGIDA**

[Acceso formadores]

- Cumplimente sus datos en el formulario de registro.
- Es imprescindible que confirme que es Ud. formador.
- Introduzca el **código de registro** de formador.

ÁREA PÚBLICA

ÁREA RESTRINGIDA

NOVARTIS

1905066988

Un programa integrador

Abierto a la participación de todos los profesionales sanitarios implicados en el manejo del paciente con Insuficiencia Cardiaca.

Acceso libre y gratuito

Con todo el soporte necesario y en permanente actualización

Desarrollo continuo de contenidos, secciones y actividades formativas acreditadas.

NOVARTIS

1905066988

Referencias

- Maggioni AP, Dahlström U, Filippatos G, Chioncel O, Crespo M, Drozdz J, Fruhwald F, Gullestad L, Loeart D, Fabbri G, Metra M, Parissis J, Persson H, Ponikoswki P, Rauchhaus M, Voors AA, Nielsen OW, Zannad F, Tavazzi L; Heart Failure Asocciation of the European Society of Cardiology (HFA). EURObservational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). Eur J Heart Fail. 2013;15(7):808-17.
- Comin et al. 2014 Rev Esp Cardiol.
- Sayago-Silva I, García F, Segovia J. Epidemiology of heart failure in Spain over the last 20 years. Rev Esp Cardiol. 2013;66(8):649-56.
- Anguita M, Crespo MG, De Teresa E, Jiménez M, Alonso-Pulpón L, Muñiz J; PRICE Study Investigators. Prevalence of heart failure in the Spanish general population aged over 45 years. The PRICE Study. Rev Esp Cardiol. 2008;61(10):1041-9.
- Heidenreich PA, Trogdon JG, Khavjou OA, Butler J, Dracup K, Ezekowitz MD, Finkelstein EA, Hong Y, Johnston SC, Khera A, Lloyd-Jones DM, Nelson SA, Nichol G, Orestein D, Wilson PW, Woo Y; American Heart Association Advocacy Coordinating Committee; Stroke Council; Council on Cardiovascular Radiology and Intervenction; Council on Clinical Cardiology; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Arteriosclerosis; Thrombosis and Vascular Biology; Council on Cardiopulmonary; Critical Care; Perioperative and Resuscitation; Council on Cardiovascular Nursing; Council on the Kidney in Cardioascular Disease; Council on Cardiovascular Surgery and Anethesia; Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States: a policy statement from the American Heart Association. Circulation. 2011;123(8):933-44.
- McMurray JJV, Stewart S. The burden of heart failure. Eur Heart J Suppl. 2002;4 Suppl D:D50-8.
- Cowie MR, Anker S, Cleland J, Felker G, Filippatos G, Jaarsma T et al. Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalization. ESC Heart Failure. 2014;1(2):110-45.
- Lloyd-Jones D, Larson MG, Beiser A, D'Agostino RB, Kannel WB, Murabito JM, Vasan RS, Benjamin EJ, Levy D; Framingham Heart Study. Lifetime risk for developing congestive heart failure. Circulation. 2002;106(24):3068-72.
- Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G et al. Heart disease and stroke statistics–2010 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2010;121(7):e46-e215.
- Ponikowski P, Anker S, Alhabib K, Cowie M, Force T, Hu S et al. Heart failure: preventing disease and death worldwide. ESC Heart Failure. 2014;1(1):4-25.
- Loehr LR, Rosamond WD, Chang PP, Folsom AR, Chambless LE. Heart failure incidence and survival (from the Atherosclerosis Risk in Communities study). Am J Cardiol. 2008;101(7):1016-22.
- Stewart S, Macintyre K, Hole DJ, Capewell S, McMurray JJ. More "malignant" than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. Eur J Heart Fail. 2001;3(3):315-22.
- Jhund PS, Fu M, Bayram E, Chen CH, Negrusz- Kawecka M, Rosenthal A et al. Efficacy and safety of LCZ696 (sacubitril-valsartan) according to age: insights from PARADIGM-HF. Eur J Heart. 2015;36(38):2576-84.

NOVARTIS

1905066988

Referencias

- MERIT-HF Study Group. Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure. Lancet. 1999;353(9169):2001-7.
- Montes-Santiago J, Arévalo JC, Cerqueiro JM. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca aguda. Med Clin. 2014;142 Suppl 1:S3-8.
- Lee DS, Austin PC, Stukel TA, Alter DA, Chong A, Parker JD et al. "Dose-dependent" impact of recurrent cardiac events on mortality in patients with heart failure. Am J Med. 2009;122(2):162-9.
- Dar O, Cowie MR. Acute heart failure in the intensive care unit: epidemiology. Crit Care Med. 2008;36 Suppl 1:S3-8.
- Defunciones según la causa de muerte 2013 [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística [citado 18 febrero 2013]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2010/l0/&file=01003.px&type=pcaxis&L=0
- Lobos JM. Insuficiencia Cardiaca. semFYC 1997
- Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG et al. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult – Summary Article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). Developed in collaboration with the American College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung Transplantation. Endorsed by the Heart Rhythm Society. Circulation. 2005;112:1825-52.
- Bueno H, Lobos JM, Murga N, Díaz-Sánchez S (Coordinadores). Procesos Asistenciales Compartidos entre Atención Primaria y Cardiología. Sociedad Española de Cardiología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. semFYC Ediciones, Barcelona (2015). https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/procesos-asistenciales-compartidos-entre-atencion-primaria-y-cardiologia.pdf).