

insuficiencia cardíaca

Definición funcional

Se programa y se lleva a cabo el control y seguimiento de la insuficiencia cardíaca (sistólica y/o diastólica), desde que es sospechada o diagnosticada en cualquiera de los niveles asistenciales, estableciéndose los criterios de evaluación inicial y diagnóstico, interconsultas, ingreso y alta hospitalaria, tratamiento farmacológico, educación sanitaria, rehabilitación, atención domiciliaria, seguimiento y monitorización de los pacientes.

Normas de calidad

Atención Primaria

- Identificación de pacientes asintomáticos (Ondas Q; Bloqueo RI ; Hipertrofia de VI en ECG; Cardiomegalia en Radiología de Tórax).
- La evaluación inicial de un paciente con sospecha de insuficiencia Cardíaca se establecerá en un plazo máximo de 10 días e incluirá:
 - Historia clínica: con especial atención a antecedentes y factores de riesgo cardiovascular.
 - Exploración con especial atención a signos de congestión y/o de hipoperfusión.
 - Radiografía de Tórax (Índice cardiorácico y grado de hipertensión pulmonar).
 - Analítica básica de sangre y orina (función hepato-renal, lipidograma, glucemia e iones).
- Inicio de tratamiento según recomendaciones recogidas en el proceso.
- Confirmación diagnóstica mediante solicitud de Ecocardiografía y derivación a consulta de alta resolución con correcta cumplimentación del documento P-111.
- Primera visita de control tras 48 horas de instauración inicial del tratamiento.
- Evaluación en las primeras 48 h. tras alta hospitalaria y revisiones programadas en los tres meses siguientes.
- Atención domiciliaria en las 48 h. de inicio de tratamiento en pacientes en clase funcional III/ IV.
- Control de factores de riesgo con carácter trimestral.
- En el DCCU-AP la evaluación inicial de un paciente que refiere disnea tendrá por objeto la estratificación de riesgo en los 10 primeros minutos de atención mediante anamnesis dirigida y exploración física cardiovascular y respiratoria .
- Se garantizará en todo caso: Monitorización ECG. Cercanía a desfibrilador y medios de RCP. Posición sentado al menos a 45°. Pulxiosimetría y Oxigenoterapia.

[insuficiencia cardíaca]

- Contenidos normalizados de Educación para la Salud con entrega y comentario del documento "Consejos para el Paciente con Insuficiencia Cardíaca".
- Informar tras el diagnóstico de las características de su proceso, pronóstico, tratamiento correcto, hábitos recomendables, plan de cuidados en general y puntualmente tras asistencia urgente, hospitalización, prueba, ..., de los cambios producidos, en lenguaje claro e inteligible.

Atención Especializada

- Acceso a la consulta de alta resolución y realización de ECO-Doppler con demora inferior a 7 días.
- Emisión de Informe de asistencia que incluya fracción de eyección y opciones de tratamiento (IECA, betabloqueantes y anticoagulación en presencia de Fibrilación Auricular).
- Solicitud de otras exploraciones especiales conforme con las indicaciones del proceso.
- Realización de test de isquemia miocárdica ante sospecha de la misma en pacientes hospitalizados tras 72h. de estabilización.
- Ingreso de pacientes en UCI conforme protocolo establecido.
- Atención en consulta de alta resolución con demora inferior a 4 días de pacientes derivados desde SCCU-Hospital.
- Informar tras el diagnóstico de las características de su proceso, pronóstico, tratamiento correcto, hábitos recomendables, plan de cuidados en general y puntualmente tras asistencia urgente, hospitalización, prueba, ..., de los cambios producidos, en lenguaje claro e inteligible.

061

- Protocolo de preguntas para consulta telefónica por disnea que debe recoger sospecha de riesgo en grupos con antecedentes respiratorios y/o cardíacos; cronología en el desarrollo de la disnea y datos de riesgo vital inminente que puedan objetivar testigos no sanitarios.
- Disponer de base de datos actualizada de pacientes de alto riesgo que facilite la identificación de situaciones con alta probabilidad de riesgo según antecedentes previos.

Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca

- Considerar el tratamiento con un IECA. (A)
- Considerar el tratamiento con un -bloqueante en pacientes con una insuficiencia cardíaca estable, leve a moderada (clases I-III de la NYHA) con gran precaución y sólo bajo la supervisión de un especialista. (A)
- Considerar el tratamiento con diuréticos si existen síntomas de retención de agua y sodio. (A)



[insuficiencia cardíaca]

- Considerar el tratamiento con espironolactona (25 mg al día por vía oral) en pacientes con una insuficiencia cardíaca moderadamente grave o grave (clases III/IV de la NYHA) si persisten los síntomas y la retención de sodio y agua (es imprescindible una rigurosa monitorización de los parámetros bioquímicos en sangre). (A)
- Considerar el tratamiento con digoxina en pacientes con una insuficiencia cardíaca clase III/IV de la NYHA si persisten los síntomas, existe una función sistólica del ventrículo izquierdo muy pobre o persiste la cardiomegalia. (A)
- Considerar el tratamiento combinado con hidralazina y dinitrato de isosorbida o un antagonista de los receptores de angiotensina II si el paciente verdaderamente no tolera un IECA. (A)
- Considerar el tratamiento con un inhibidor de la HMG CoA reductasa (una estatina) si existe una enfermedad arterial coronaria. (C)

Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería S.A.S 2002

- En todos los pacientes con sospecha diagnóstica de Insuficiencia Cardíaca (IC) en A.P se valorará la fracción de eyección (FE) cuali o cuantitativa en Atención Especializada.
- A todos los pacientes con Fracción de Eyección menor o igual a 0,40 se les prescribirá IECA.
- Todo pacientes con fibrilación auricular recibirá tratamiento anticoagulante en caso de ausencia de contraindicaciones.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Insuficiencia cardíaca. Puerta de entrada: Médico de Familia

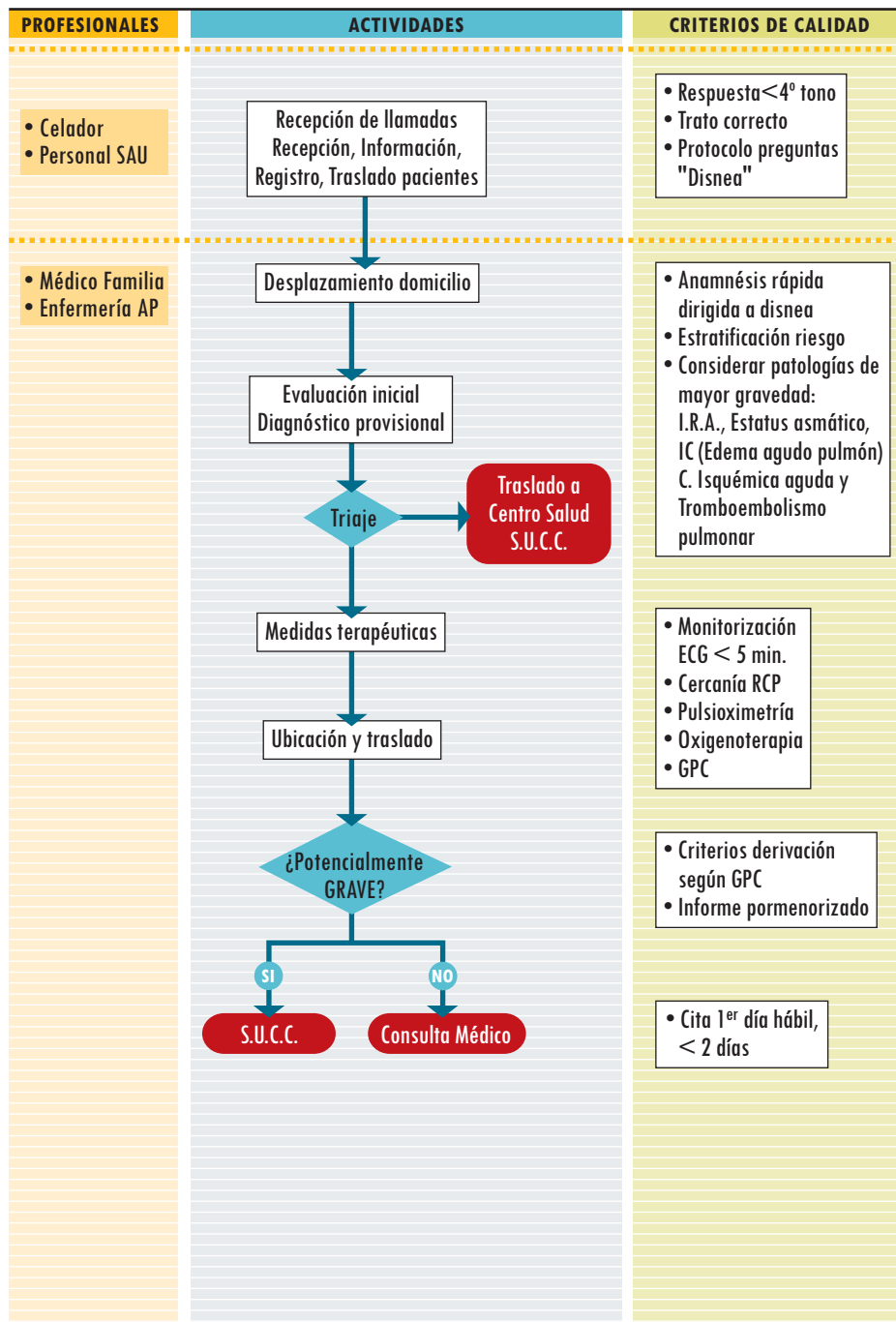
PROFESIONALES	ACTIVIDADES	CRITERIOS DE CALIDAD
<ul style="list-style-type: none"> Personal SAU 	<p>Recepción, Información, Traslado Gestión de Citas (AP y AE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Citas < 48 horas Gestión < 15 minutos Trato correcto Informatización
<ul style="list-style-type: none"> Médico Familia Enfermera 	<p>Diagnóstico de sospecha Identificación pacientes asintomáticos</p> <p>Inicio tratamiento ↔ Telemedicina</p> <p>Confirmación diagnóstica → S.U.C.C. C.A.R. Hospitalización</p> <p>Visitas periódicas consulta y domiciliarias</p>	<ul style="list-style-type: none"> < 10 días Seguir GPC Seguir GPC Fomentar adherencia Complimentar documentación derivación Evaluación tras alta < 48h Plan revisiones 3 meses Educación sanitaria y adherencia tto. protocolizadas individualmente
<ul style="list-style-type: none"> Médico y enfermería 	<p>Consulta de Alta Resolución* Pruebas diagnósticas Cuidados de enfermería Manejo hospitalización Valoración y manejo Urgencias y UCI</p>	<ul style="list-style-type: none"> < 7 días* Plan diagnóstico en 24 h. Plan de cuidados y tto. según GPC Informe con FE y tto. IECA-betab y anticoagulación si FA Garantizar continuidad
<ul style="list-style-type: none"> Personal enfermería T. Apoyo social 	<p>Intervención familiar, grupal Ayuda a domicilio Residencias asistidas</p>	



[insuficiencia cardíaca]

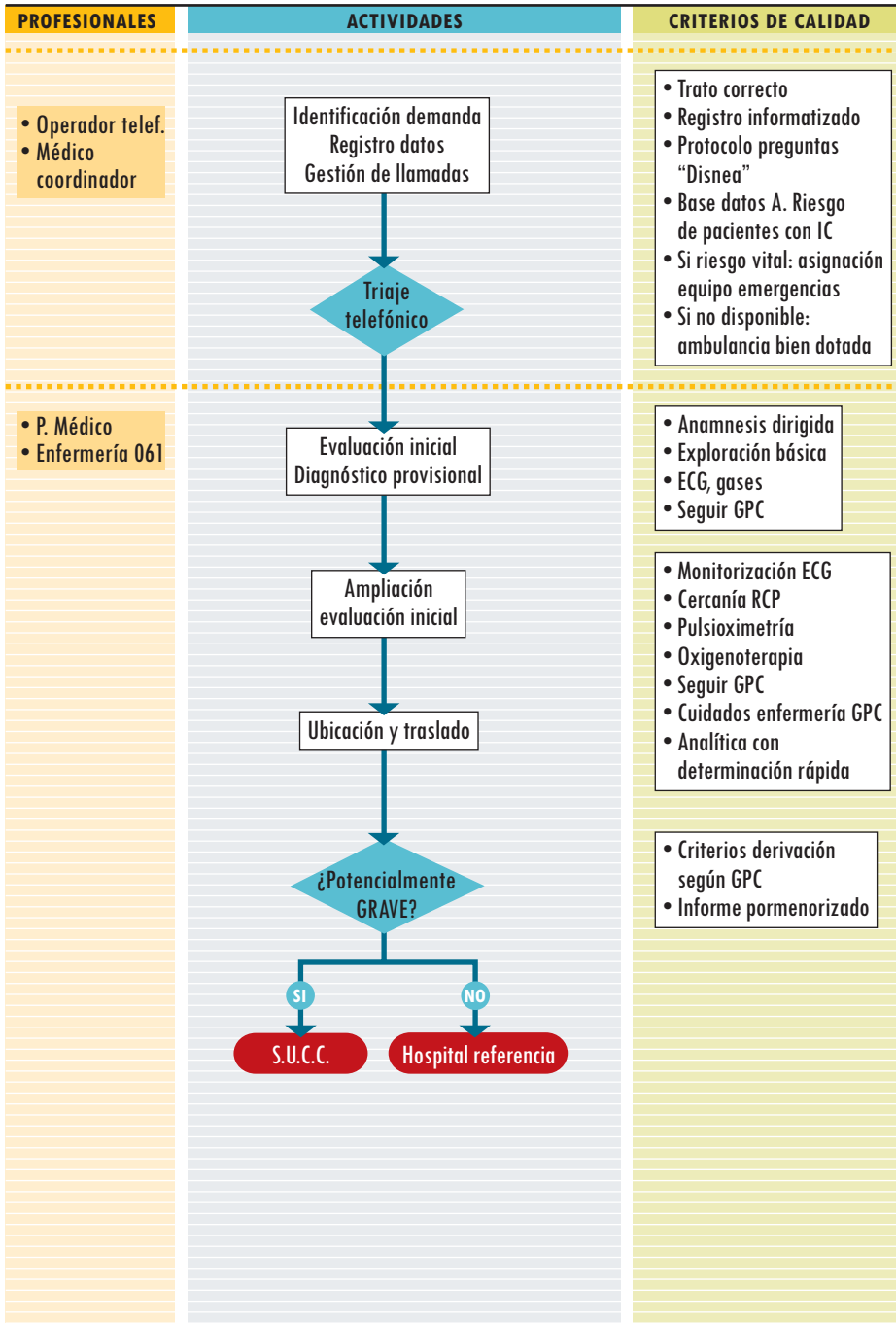
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Insuficiencia cardíaca. Puerta de entrada: DCCU AP



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Insuficiencia cardíaca. Puerta de entrada: 061



[insuficiencia cardíaca]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Insuficiencia cardíaca. Puerta de entrada: S.U.C.C. A.E.

