



Gerencia del
Área de Salud
de Badajoz

**PROCESO ASISTENCIAL DE
INSUFICIENCIA CARDIACA
CIE 9 MC- 428**

Edición 1a. Fecha de Edición 3/10/07

**PROCESO ASISTENCIAL
INSUFICIENCIA CARDIACA**

Elaborado por

Dr Antonio Merchán Herrera (Servicio de Cardiología. Área de Salud de Badajoz)
Dr Leon Martínez de la Concha (Servicio de Cardiología. Área de Salud de Badajoz)
Dr Juan Lucio Ramos Salado (Servicio de Medicina Interna. Área de Salud de Badajoz)
Dr. Tomas Vega Sanz (Centro de salud de San Fernando. Área de Salud de Badajoz)

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETO	4
3. ALCANCE.....	4
3.1 RESPONSABILIDAD DE LOS DIFERENTES PROFESIONALES INVOLUCRADOS	5
3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL PROCESO:.....	6
3.3 TRATAMIENTO.....	8
3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN EN EL PROCESO	10
4. DESARROLLO	10
4.1 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	10
4.2 DIAGRAMA DE FLUJO.....	13
5. INDICADORES	17
5.1 INDICADORES DE UNA PRAXIS MÉDICA AJUSTADA A LAS GUIAS.....	17
5.2 INDICADORES DE RESULTADOS	21
6. REGISTROS.....	21
7. RESULTADOS ESPERADOS.....	22
8. TERMINOLOGÍA.....	22
9. BIBLIOGRAFÍA.....	22
10. ANEXOS.....	24

1. INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es un síndrome clínico complejo, consecuencia de cualquier anomalía cardíaca estructural o funcional, que compromete la capacidad del ventrículo de llenarse o expulsar sangre ¹. Supone en gran medida el sendero final común para muchas enfermedades del corazón, ya que casi cualquier enfermedad cardíaca puede derivar finalmente en el síndrome de la insuficiencia cardíaca.

La IC es un problema de salud de primer orden para los países desarrollados. Aunque no existe información en nuestro país que permita estimar la incidencia (casos nuevos) de IC, en otros países occidentales se ha comprobado que aumenta con la edad, desde cifras muy bajas en las edades más jóvenes hasta alcanzarse alrededor de una incidencia anual global del 1% en mayores de 65 años ². En nuestro medio, la prevalencia (total de pacientes con la enfermedad en un momento dado) de la IC es inferior al 0,5% en la población general entre 45 y 54 años, pero se dobla al menos en cada década de aumento de la edad para situarse por encima del 10% en mayores de 75 años ³.

Una vez diagnosticada su pronóstico es sombrío, con una mortalidad a los cinco años del diagnóstico que es alrededor del doble de la población general de igual edad sin IC⁴. En España es responsable del 4-8% de las muertes y es la causa más frecuente de ingreso hospitalario en los mayores de 65 años.

A partir de un primer ingreso, son muy frecuentes los reingresos hospitalarios, que llegan hasta el 60% en el primer año⁵. Por este motivo, además del progresivo envejecimiento de la población y el hecho de ser una condición que afecta de manera especial a las edades avanzadas, el número absoluto de ingresos ha seguido una tendencia creciente en los últimos años, triplicándose entre 1980 y 1995⁶ hasta llegar a un total cercano a los 80.000 ingresos al año (aproximadamente un 5% de todas las hospitalizaciones) lo que la sitúan como la primera causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años⁷, con una mediana de duración de cada ingreso de 9 días⁸.

A pesar de los avances terapéuticos de los últimos años, la tasa de ingresos sigue siendo muy elevada, y no se ha observado una mejoría significativa del pronóstico en la población general. Por ello la IC representa un problema sanitario de primera magnitud por su elevada mortalidad, su enorme gasto sanitario (en España, en 1995, entre 75.000 y 150.000 millones de pesetas por gasto directo, de los que 2/3 son atribuibles a la hospitalización), y por el

enorme deterioro de la calidad de vida y capacidad funcional que provoca en los pacientes.

Hay que señalar también que, durante muchos años, las posibilidades terapéuticas en el tratamiento de la IC apenas registraron incorporaciones. Recientemente, no obstante, se han añadido muchas alternativas terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas, así como el implante de diferentes dispositivos.

Sin embargo, a pesar de los grandes avances que ha habido en el tratamiento de la IC, con probada eficacia en mejorar la supervivencia y calidad de vida, el grado de adherencia a las guías de recomendación clínica está alejado del óptimo⁸ y esto tiene su reflejo en los desenlaces del proceso⁹.

Por otra parte, en pacientes con IC clínica, la causa más frecuente de hospitalizaciones son las descompensaciones⁵ y éstas, en muchas ocasiones, son consecuencia de una pobre atención hacia los factores que inciden en los reingresos, los cuales podrían ser evitables con una planificación adecuada de los cuidados en el marco de un sistema de atención continuada y no puntual y la participación activa del propio paciente o de sus cuidadores en los mismos.

Se estima que teóricamente sería posible reducir un 60% de las hospitalizaciones y un 30% la mortalidad por IC en España, basándose en un mejor control de los factores de riesgo y una mejora en el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

2. OBJETO

El objetivo principal de este proceso es intentar controlar esta patología que presenta una alta tasa de mortalidad y una disminución de la calidad de vida con una alta tasa de hospitalizaciones y un importante gasto sanitario.

En este sentido es fundamental establecer los criterios a seguir para la identificación y tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca, de manera que se consiga homogeneizar la forma de actuar en cada caso en los Centros Sanitarios dependientes del Area de Salud de Badajoz.

3. ALCANCE

La Insuficiencia Cardíaca (IC) se puede definir como la "presencia de disnea y/o fatiga y/o edemas con demostración de disfunción ventricular en reposo" (HF Guidelines ESC, Eur Heart Journal, 2001)

El manejo de los pacientes con insuficiencia cardiaca exige del trabajo en equipo de distintos profesionales como médicos de AP, enfermeras, internistas y cardiólogos, por lo que la Asociación de Insuficiencia Cardiaca de la Sociedad Europea de Cardiología apoya la creación de las Unidades de Insuficiencia Cardiaca como estamento coordinador de los distintos profesionales involucrados en el tratamiento de esta patología.

Entre ellos, la atención primaria juega un papel fundamental en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca, por lo que es fundamental la coordinación con la atención especializada.

3.1 RESPONSABILIDAD DE LOS DIFERENTES PROFESIONALES INVOLUCRADOS

1 Papel del especialista en el manejo del paciente con Insuficiencia Cardiaca ~~XXXXXXXX~~

2 Papel del médico de familia en el manejo del paciente con Insuficiencia Cardíaca:

- Detección de pacientes de riesgo (prevención primaria de IC): evitar su evolución a IC.
- Detección de pacientes con sospecha clínica de IC. Evaluación inicial.
- Prevención y manejo de factores precipitantes de descompensación y control evolutivo.
- Paciente en IC terminal y tratamiento domiciliario.
- Educación sanitaria general del paciente con IC.

3 Papel de la enfermería ante el paciente con Insuficiencia Cardíaca:

- Información y educación sanitaria al paciente y su familia.
- Seguimiento del paciente con IC en la consulta: control de peso, TA, adherencia al tratamiento.
- Atención domiciliaria junto al Médico de Familia en A.P.
- Detección de síntomas/signos sugerentes de descompensación.
- Cumplimentación del Plan de cuidados al paciente con ingreso hospitalario.

4 Consulta Monográfica especializada de Insuficiencia Cardíaca.

En esta consulta se verán los pacientes incluidos en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca (ver más adelante criterios de inclusión) o aquellos ya

diagnosticados y seguidos en otras consultas (cardiología, medicina interna, atención primaria, etc) que sus médicos responsables estimen sean subsidiarios de seguimiento en la unidad, así como los pacientes derivados desde atención primaria, fundamentalmente para estudio inicial, o pacientes ya diagnosticados que presenten signos de descompensación o mal control.

3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL PROCESO:

3.2.1. Criterios diagnósticos:

(*) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (Framingham)

Criterios mayores

- Disnea paroxística nocturna
- Ingurgitación yugular
- Estertores
- Cardiomegalia
- Edema agudo de pulmón
- Tercer tono
- Aumento presión venosa
- Reflujo hepato-yugular
- Pérdida de peso (> 4,5 Kg. con tratamiento)

Criterios menores

- Edemas MMII
- Tos nocturna
- Disnea de esfuerzo
- Hepatomegalia
- Derrame pleural
- Taquicardia (> 120 lpm)

**2 criterios mayores
ó 1 mayor y 2 menores.**

3.2.2. Confirmación diagnóstica:

El diagnóstico de IC debe incluir:

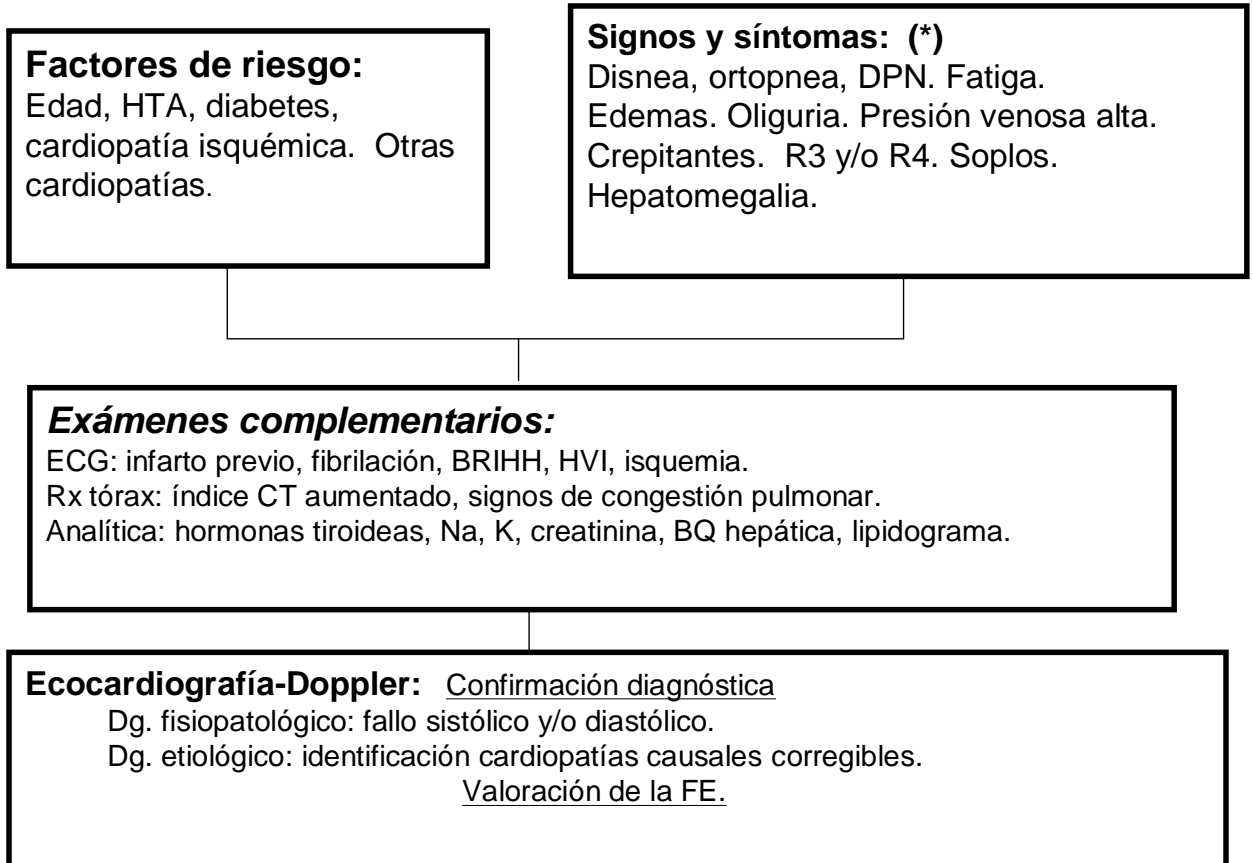
- **Diagnóstico sindrómico:** establece la seguridad en el diagnóstico de IC.
- **Diagnóstico fisiopatológico:** diferencia entre fallo sistólico y diastólico.
- **Diagnóstico etiológico:** identifica la causa de la IC y los factores precipitantes.
- **Diagnóstico funcional:** establece la gravedad de la IC según tolerancia al esfuerzo.

1 -Diagnóstico sindrómico y fisiopatológico desde AP

En todo paciente con sospecha de IC debe realizarse:

- Historia Clínica: con especial atención a antecedentes y factores de riesgo cardiovascular.
- Exploración: especial atención a signos de congestión y/o de hipoperfusión.
- Rx de tórax: valorar índice cardiotorácico y grado de hipertensión pulmonar.
- Análítica básica de sangre y orina: valorar función hepato-renal, lipidograma, glucemia e iones.
- Ecocardiografía – Doppler: valorar función VI y detectar cardiopatías corregibles.

Esquema de valoración inicial del paciente con sospecha de IC en una consulta de AP:



2 Diagnóstico etiológico:

Requiere identificar y analizar las siguientes causas de IC.

Por disfunción ventricular:

- Cardiopatía coronaria: infarto previo o aneurisma ventricular.
- Cardiopatía hipertensiva.
- Valvulopatías o cardiopatías congénitas.
- Miocardiopatías: dilatada, hipertrófica o restrictiva.
- Estados hipercinéticos: anemia, hipertiroidismo, fístulas AV, cirrosis, déficit de tiamina...

Por obstrucción al llenado:

- Estenosis mitral.
- Pericarditis o derrame pericárdico.
- Mixoma.

3-Diagnóstico funcional:

Puede basarse exclusivamente en datos clínicos o técnicas complementarias (de uso más restringido)

Clase Funcional según la NYHA:

- Clase Funcional I: Sin limitación. Las actividades físicas habituales no causan disnea, cansancio ni palpitaciones.
- Clase Funcional II: Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.
- Clase Funcional III: Limitación marcada de la actividad física. Actividades menores le causan síntomas.
- Clase Funcional IV. Incapacidad de realizar cualquier actividad sin síntomas. Los síntomas aparecen incluso en reposo.

3.3 TRATAMIENTO

Casi siempre el médico de AP puede iniciar el tratamiento del paciente con IC antes de recibir pruebas complementarias especiales. Como regla general el tratamiento de la IC incluye:

Tratamiento no farmacológico:

- Restricción salina
- Ejercicio físico regular
- Supresión de hábitos tóxicos (alcohol, tabaco)
- Control del balance hídrico
- Evitar el sobrepeso

- Vacunaciones recomendadas
- Control estricto de los factores de riesgo

Tratamiento farmacológico:

Las alternativas médicas, especialmente la administración de dosis máximas de IECAs y beta-bloqueantes obligan a un proceso laborioso y progresivo ya la monitorización frecuente de la función renal, la concentración de potasio y la presión arterial. Con frecuencia, los pacientes no reciben tratamiento pleno por las dificultades de instauración del mismo.

Se expone esta guía de referencia rápida con los niveles de evidencia:

A	Considerar el tratamiento con un IECA .
A	Considerar el tratamiento con un β-bloqueante en pacientes con una Insuficiencia Cardíaca estable, leve a moderada (clases HV 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	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 .
C	Considerar el tratamiento con un inhibidor de la HMG CoA reductasa (una estatina), si existe una enfermedad arterial coronaria.

ANGINA

A	Considerar el tratamiento con β-bloqueantes (si no se están administrando ya). Nitratos vía oral. Antagonistas del calcio (solamente amlodipino).
----------	--

FIBRILACIÓN AURICULAR

B	Considerar el tratamiento con digoxina . Considerar el tratamiento con anticoagulantes . Considerar la derivación para estudiar la cardioversión y el posible tratamiento con amiodarona para mantener el ritmo sinusal.
----------	---

INMUNIZACIÓN

A	Todos los pacientes con Insuficiencia Cardíaca deben vacunarse una vez contra el neumococo y anualmente contra la gripe .
✓	Si es posible, interrumpir el tratamiento con fármacos que agraven la Insuficiencia Cardíaca, como los AINE y la mayoría de los antagonistas del calcio .

Tratamiento con cirugía y dispositivos:

- Revascularización miocárdica.
- Cirugía de la válvula mitral
- Restauración del ventrículo izquierdo.
- Desfibrilador cardíaco implantable.
- Resincronización cardíaca.
- Trasplante cardíaco
- Dispositivos de asistencia ventricular y corazón artificial.

3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN EN EL PROCESO

Todo aquél paciente sin diagnóstico definitivo de IC o bien, aquellos diagnosticados previamente cuyos parámetros de disfunción ventricular hubieran regresado por haberse solucionado su cardiopatía estructural.

4. DESARROLLO

4.1 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Se han desarrollado varias estrategias de asistencia a la IC, basadas en programas específicos de atención a estos pacientes (disease management programs). Aunque las características de dichos programas pueden ser muy variables, todos se basan en una idea central de atención personalizada y continua, que involucre al paciente y su entorno familiar mediante

- Medidas de educación e información sobre la IC y su tratamiento
- Síntomas de alerta
- Medidas de autocontrol
- Inclusión en un seguimiento de los pacientes previamente hospitalizados¹⁰.

Este Proceso de IC contempla

4.1.1 Criterios de Ingreso Hospitalario

- **Criterios de ingreso en Cardiología**

- **Planta de cardiología:**

- Paciente incluido en la unidad de insuficiencia cardiaca
- Paciente con disfunción severa VI (FE<35%)
- Paciente con IC avanzada (CF III-IV).
- Pacientes con ingresos repetidos por IC
- Paciente joven (< 60 años) con disfunción VI severa (FE < 40%)

- **Unidad Coronaria:**

- Paciente con insuficiencia cardiaca aguda grave (shock, EAP, etc...)
- Paciente con arritmias severas

- **Criterios de ingreso en Medicina Interna**

Los pacientes que no cumplan los criterios anteriores pueden ingresar en planta de Medicina Interna

Nota: Los pacientes que acudan a urgencias y sean subsidiarios de ingreso, según valoración inicial del departamento de urgencias, deberían ser evaluados por el cardiólogo de guardia, quien decidirá el destino del paciente (unidad coronaria, planta de cardiología o medicina interna).

4.1.2 Criterios de derivación a urgencias-ingreso:

- Reagudización-descompensación (EAP, shock, anasarca...)
- IC estable descompensada por :

Proceso grave precipitante: Neumonía, sepsis, anemia grave, angina, taquiarritmia, sospecha de intoxicación digitálica, alteraciones psiquiátricas...)

Proceso de base intercurrente descompensado: EPOC, DM, IRC...

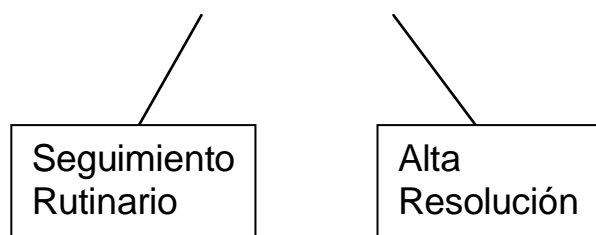
- IC refractaria a tratamiento convencional
- IC aguda grave de nueva aparición.
- Complicaciones: Arritmias graves, hipotensión sintomática, síncope, sospecha de TEP

4.1.3 Unidad de Insuficiencia Cardiaca:

Esta deberá de incluir:

- Una Consulta Monográfica de Insuficiencia Cardiaca, en la que se incluya una Consulta de Alta resolución, y una consulta de Seguimientos rutinarios (Insuficiencia cardíaca avanzada).
- Un Facultativo Coordinador del proceso de IC
- Una Enfermera Coordinadora que sirva de enlace entre estas consultas y el resto de agentes implicados en la atención del paciente (Atención Primaria, Hospitalización de Medicina Interna, Hospital de día, Hospitalización a Domicilio, etc....) así como en la educación y prácticas de medidas de autocuidados de los propios pacientes.

CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA



En consulta de seguimiento rutinario (SR) se verán los pacientes incluidos en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca o aquellos ya diagnosticados y seguidos en otras consultas (cardiología, medicina interna, atención primaria, etc.) que sus médicos responsables estimen sean subsidiarios de seguimiento en la unidad, mientras que en la consulta de Alta Resolución (AR) serán vistos los pacientes derivados desde atención primaria, fundamentalmente para estudio inicial, o pacientes ya diagnosticados que no puedan esperar la cita de seguimiento rutinario.

4.1.4 Criterios de inclusión en la Unidad de IC (SR):

- Paciente con disfunción severa VI (FE<35%) independiente de los síntomas (**Valoración inicial**).
- Paciente con IC avanzada (CF III-IV).
- Pacientes con ingresos repetidos por IC
- Paciente con ingreso por IC y disfunción VI severa (FE < 40%)
- Paciente joven (< 60 años) con disfunción VI severa (FE < 40%)
- Paciente para valoración inicial de IC

4.1.5 Criterios de exclusión de la unidad de IC:

- Paciente con IC de causa corregible (isquémica, taquimiocardiopatía, MD alcohólica...) una vez solucionada.
- Paciente con IC secundaria a otra enfermedad de pronóstico ominoso a corto plazo (EPOC severa, IRC terminal...)
- Paciente con IC y enfermedad terminal asociada con pronóstico ominoso a corto plazo (cáncer terminal...)

4.1.6 Criterios de derivación a consulta de alta resolución (AR):

- Valoración inicial (etiológica y pronóstico): Ecocardio
- Paciente diagnosticado que presente :
- Complicaciones: FA, Angina estable...
 - PAS < 90 mmHg
 - Creatinina > 2,25, K > 5,5, Na < 130
 - IC grave
- Reajuste terapéutico si situación familiar desfavorable o sospecha de incumplimiento

El **protocolo de derivación** incluirá:

Anamnesis

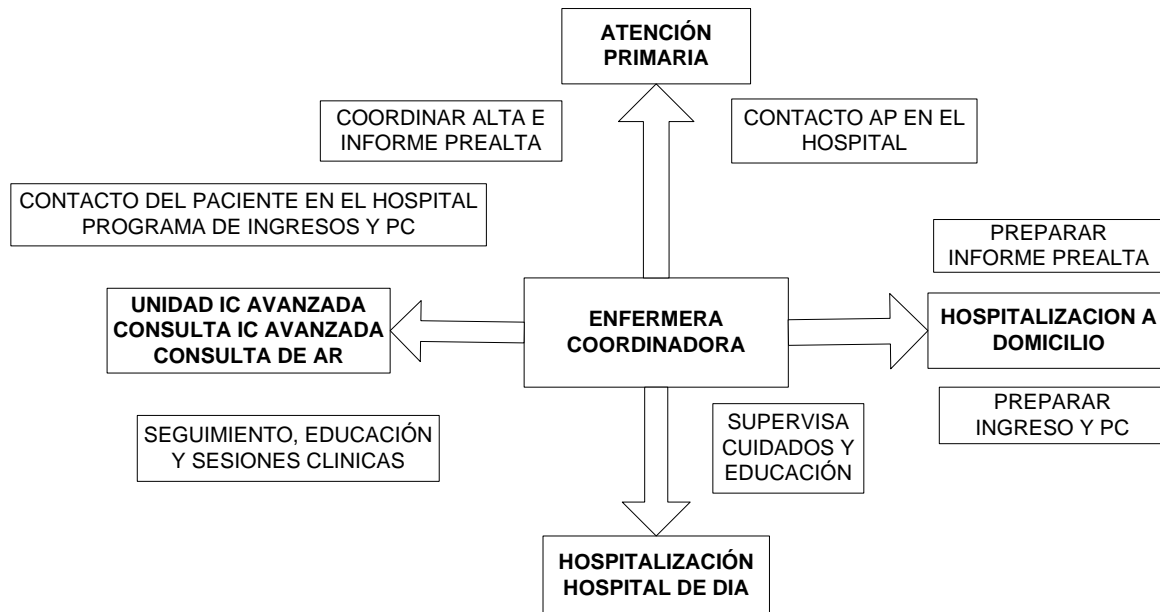
Exploración

Pruebas complementarias básicas (ECG, Rx de tórax, Analítica)

Diagnóstico de presunción.

4.2 DIAGRAMA DE FLUJO

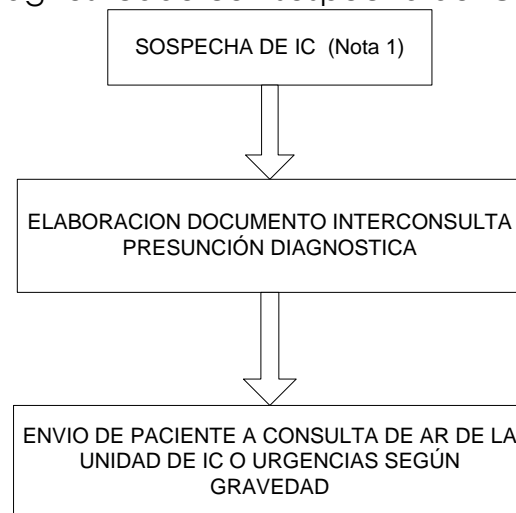
El modelo pivota alrededor de una enfermera coordinadora que está en contacto con los diferentes agentes (consultas de alta resolución y de insuficiencia cardiaca avanzada, hospitalización, hospitalización a domicilio, atención primaria, etc...)



A continuación presentamos los diagramas de flujo según el área de atención al paciente

4.2.1 Paciente procedente de atención primaria

A) Paciente no diagnosticado con sospecha de IC

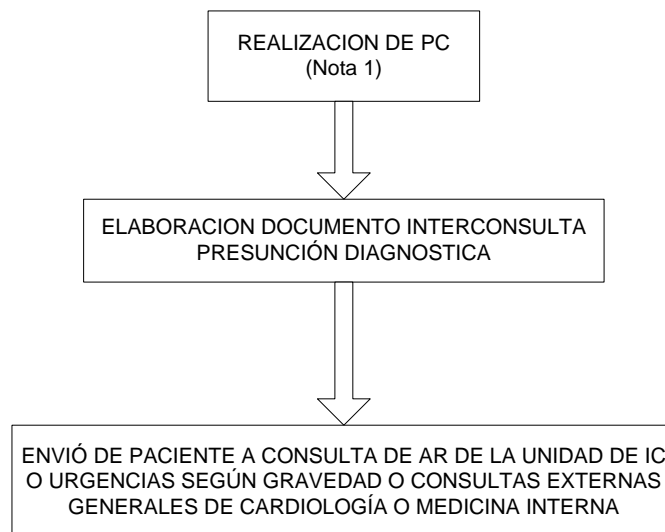


Nota 1: Según se cumplan dos criterios menores o uno mayor de Framingham siendo estos los siguientes:

- Anamnesia
- Exploración física
- ECG
- Rx de tórax

- Analítica: Hemograma completa
- Perfil renal: creatinina e iones
- Glucemia basal
- Perfil hepático
- Perfil lipídico
- TSH

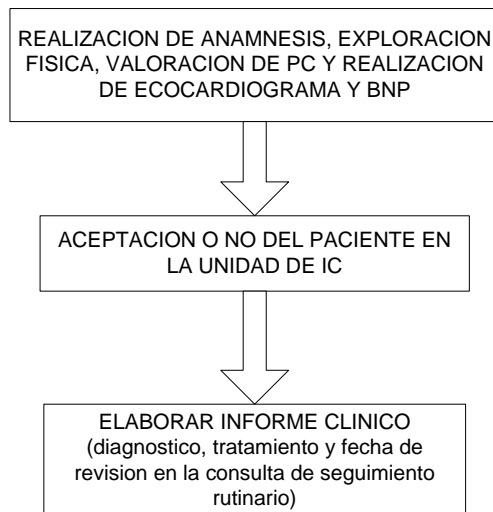
4.2.2 Paciente ya diagnosticado



Nota 1: pruebas a realizar

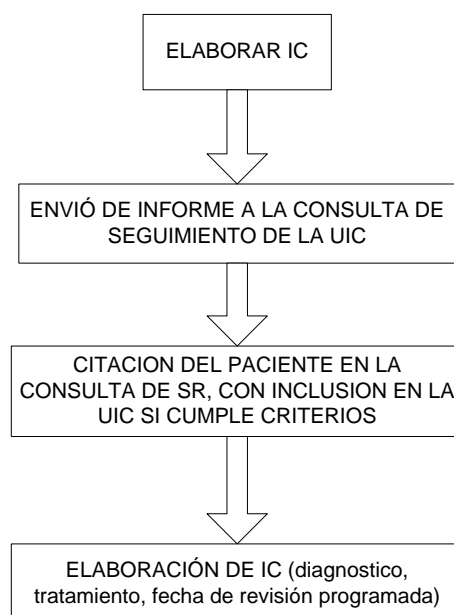
- Anamnesis
- Exploración física
- ECG
- Rx de tórax
- Analítica: Hemograma completa
- Perfil renal: creatinina e iones
- Glucemia basal
- Perfil hepático
- Perfil lipídico
- TSH

UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

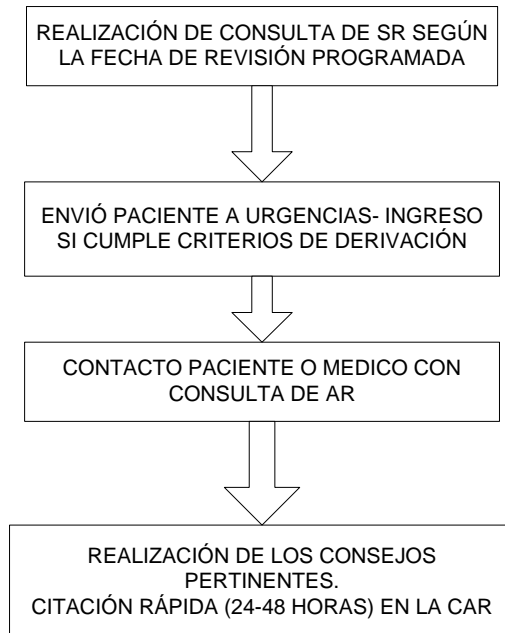


4.2.3 Paciente procedente de hospitalización o consulta especializada

a) No incluido en la unidad de Insuficiencia Cardiaca



b) Incluido previamente en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca procedente de Atención Primaria



5. INDICADORES

5.1 INDICADORES DE UNA PRAXIS MÉDICA AJUSTADA A LAS GUIAS

Anamnesis

La anamnesis en pacientes con sospecha de ICC debe recoger la presencia/ausencia de factores relacionados con la etiología y/o evolución de la misma:

1. Antecedentes familiares de miocardiopatía dilatada
2. Antecedentes personales de:
 - Cardiopatía isquémica
 - HTA
 - Diabetes
3. Otras cardiopatías: valvulares, arritmias...
4. Valoración de hábitos tóxicos: alcohol y tabaco

Exploración física

La exploración física de un paciente en estudio por de insuficiencia cardiaca comprenderá:

Valoración inicial de la sobrecarga de volumen:

- Presencia/ausencia de ingurgitación yugular (el signo más fidedigno de sobrecarga de volumen).
- Presencia/ausencia de edemas.
- Peso
- Tensión arterial
- Auscultación cardiopulmonar, detallando ritmo y frecuencia.

Esta evaluación completa del paciente debe realizarse al menos dos veces al año (grado de evidencia C) en caso de pacientes estables. En otros momentos las revisiones podrán plantearse semanalmente e incluso más frecuentes en momentos de sospecha de desestabilización. No debe olvidarse que en pacientes con ICC la aparición de un cuadro depresivo es muy frecuente por lo que el diagnóstico de depresión debe ser considerado en todos los pacientes con ICC (Grado de evidencia C)

Electrocardiografía

Todo paciente con ICC deberá tener documentado en su valoración inicial un estudio electrocardiográfico. Un estudio electrocardiográfico normal debe hacer replantear el diagnóstico, ya que su sensibilidad puede alcanzar el 94% (Grado de evidencia B). En esta situación los criterios diagnósticos de Framingham deberían apoyarse en una prueba objetiva: ecocardiograma.

En este mismo nivel de fijación diagnóstica se enmarca la petición de niveles de péptido natriurético (BNP). Según la guía clínica NICE la negatividad o normalidad de ambas pruebas debe desaconsejar el mantener el estudio hacia una causa etiológica, descartando incluso la realización de la ecocardiografía (Grado de evidencia C).

Ecocardiografía

En la historia clínica de todo paciente con ICC debe figurar en su valoración inicial el resultado de un estudio ecocardiográfico.

Su motivación no sólo alcanza su valor como elemento diagnóstico definitivo sino también como parte de su estudio etiológico. No obstante su

utilidad y especificidad se ven potenciadas con una correcta anamnesis, exploración y estudios EKG y radiológico simples (Grado de evidencia B).

Tampoco está recomendada la repetición rutinaria de la valoración de la fracción de eyección (Grado de evidencia C). Esta recomendación simplifica enormemente el seguimiento del paciente estable en el entorno de la consulta de atención primaria.

Laboratorio

Todo paciente con ICC deberá tener realizado en su valoración inicial (grado de evidencia C)

- Radiología simple de tórax en dos proyecciones debiendo constar la existencia/ausencia de cardiomegalia. No se recomienda su posterior repetición seriada

Analítica:

- Hemograma completo
- Perfil renal: creatinina e iones
- Glucemia basal
- Perfil hepático
- Perfil lipídico
- TSH.

Cada seis meses como mínimo se realizará seguimiento de la función renal en el caso de pacientes estables quedando el resto de los valores sujetos a la periodicidad recomendada en cualquier tipo de paciente. Algún trabajo reciente recoge que los niveles bajos de triiodotironina actuarían como un predictor independiente de mortalidad en pacientes con ICC.

Tratamiento

En los nuevos indicadores de evaluación de servicios ofertados deben irse añadiendo indicadores no ligados únicamente al proceso diagnóstico sino también indicadores del tratamiento que reciben nuestros pacientes. En la insuficiencia cardíaca, como hemos visto a lo largo de este trabajo, la evidencia disponible es mucha, incontestable.

Se recomendará dieta hiposódica (Grado de evidencia C).

Se recomendará ejercicio anaerobio en los periodos de clínica estable (Grado de evidencia A)

Todo paciente con diagnóstico de ICC debe recibir un IECA (Grado de evidencia A).

Norma Técnica:

- Dosis plena o la mayor tolerada.
- Control de creatinina y electrolitos a la semana de introducción o subida de dosificación
- Cesación de la toma de AINEs.

Excepciones:

Intolerancia documentada, siendo sustituido por ARA II.

Todo paciente con diagnóstico de ICC debe recibir un betabloqueante una vez estabilizado (carvedilol, bisoprolol, metoprolol, **nebivolol**) (Grado de evidencia A)

Norma Técnica:

El inicio de su introducción fue lentamente progresivo (Grado de evidencia C).

Excepción:

Intolerancia o contraindicación documentada siendo sustituido por ARA II.

Cuando un paciente con ICC reciba digoxina presentará una de las siguientes condiciones:

Fibrilación auricular concomitante (Grado de evidencia C)

Mantenerse sintomático a pesar de recibir tratamiento estándar completo incluyendo IECA y diurético (Grado de evidencia B).

Excepción:

El IECA o BB puede estar sustituido por un ARA II en caso de intolerancia documentada a alguno de ellos.

Los pacientes en estadio III/IV recibirán espironolactona si permanecen sintomáticos con tratamiento óptimo (Grado de evidencia A). Se recomienda utilizar la menor dosis posible.

Un paciente con diagnóstico establecido de ICC (independientemente del grado funcional) y fibrilación auricular deberá serle prescrito anticoagulación oral (Grado de evidencia A).

Excepción: Contraindicaciones o intolerancia a anticoagulación oral documentada en la historia

Todo paciente tendrá documentada la recepción de educación sanitaria sobre:

- Dieta hiposódica
- Control de peso a domicilio
- Medicación recibida.
- Reconocimiento de signos y síntomas de alarma

Los pacientes con ICC recibirán anualmente vacunación antigripal (Grado de evidencia C).

El paciente diagnosticado de ICC debe recibir la vacuna antineumocócica (Grado de evidencia C).

Se realizará consejo sobre la total abstinencia de fumar y moderación en el consumo de alcohol (Grado de evidencia C)

5.2 INDICADORES DE RESULTADOS

- Mortalidad cardiaca y mortalidad total por periodo de tiempo (anual)
- Ingresos y reingresos requeridos en la unidad de tiempo (anual)
- Calidad de vida percibida (encuesta)

6. REGISTROS

Cada paciente enviado para su evaluación en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca generará un registro informático con los indicadores referidos anteriormente.

Cada consulta de seguimiento rutinario o de alta resolución realizada por aquellos pacientes admitidos en la Unidad de IC generará así mismo un informe y un registro informático para su posterior evaluación.

Los encargados de mantener activo el registro de pacientes será el personal perteneciente a la Unidad de IC, quienes anualmente analizarán y evaluarán los resultados que se enviará por e-mail o Web a todos aquellos facultativos que hayan remitido pacientes.

El seguimiento de los pacientes que hayan causado alta de la Unidad de IC, bien porque no cumplan los criterios establecidos o porque haya mejorado su situación cardiológica será seguido por sus médicos respectivos, quienes

serán los encargados de realizar su seguimiento y la cumplimentación de su registro informático.

Teniendo en cuenta la importante mortalidad de esta enfermedad, se contactará con todos los enfermos que superen en un mes la fecha de revisión programada. En caso de no poder contactar con ellos o sus familiares, se contactará con su médico de AP, para que averigüe su situación.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados esperables que se pretenden conseguir con la buena práctica de este Proceso son:

- Disminución de los reingresos observados.
- Disminución de la mortalidad observada
- Mejoría en la calidad de vida
- Disminución de costes directos referidos a esta enfermedad

8. TERMINOLOGÍA.

IC: Insuficiencia Cardíaca

SR: Seguimiento Rutinario

AR: Alta Resolución

9. BIBLIOGRAFÍA.

1.-Huna SA, Abraham WT, Chic MH, Feldman AM, Francis GS, Ganitas TG, et als. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: a report of the American College 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 (12): e154-235.

2.-Ho KK, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Frammingham Study. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22(Sppl A):6A-13A.

3.- Anguita Sánchez M, Muñiz Garcia J, Crespo Leiro MG, Jiménez Navarro M, de Teresa Galván E, Alonso pulpón L. Prevalencia de la insuficiencia cardíaca en España: un estudio poblacional. Resultados del estudio de

prevalencia de la insuficiencia cardíaca en España (PRICE). Rev Esp Cardiol 2006; 59 (supl 2): 57.

4.- Mosterd A, Cost B, Hoes AW, de Bruijne MC, Deckers JW, Hofman A, et al. The prognosis of heart failure in the general population: The Rotterdam Study. Eur Heart J 2001; 22:1318-1327.

5.- Fonarow GC, Corday E. Overview of acutely decompensated congestive heart failure (ADHF): a report from the ADHERE registry. Heart Fail Rev 2004; 9: 179-185.

6.- Muñoz J, Castro-Beiras A. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2003.

7.- Rodríguez-Aratalejo F, Banegas Banegas JR, Guayar-Castillón P. Epidemiology of heart failure. Rev Esp Cardiol 2004; 57(2): 163-170.

8.- Garcia Castelo A, Muñoz Garcia J, Sesma Sanchez P, Castro Beiras A. Use of diagnostic and therapeutic resources in patients hospitalized for heart failure: influence of admission ward type (INCARGAL Study). Rev Esp Cardiol 2003; 56(1): 49-56.

9.- Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, González-Juateney JR, van Veldhuisen DJ, Erdman E, et al. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. Eur Heart J 2005; 26(16): 1653-1659.

10.- Stromberg A. Heart failure management programmes: the time for action has arrived. Eur Heart J 2004; 34: 161-165

10. ANEXOS

Datos Consulta Subformulario

UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Consulta de AR Fecha Consulta:
 Consulta de SR

<p>Antecedentes Personales</p> <p>Cardiopatía isquémica <input type="checkbox"/></p> <p>HTA <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetes <input type="text"/></p> <p>Tabaco <input type="checkbox"/></p> <p>Alcohol <input type="checkbox"/></p> <p>Otras cardiopatías <input type="text"/></p> <p>Síntomas: <input type="text"/></p> <p>Grado funcional: <input type="text"/></p> <p>Depresión psíquica <input type="checkbox"/></p>	<p>Exploración física</p> <p>Ingurgitación yugular <input type="checkbox"/></p> <p>Edemas maleolares <input type="checkbox"/></p> <p>Peso <input type="text"/></p> <p>TA sistólica <input type="text"/></p> <p>TA diastólica <input type="text"/></p> <p>Crepitantes <input type="checkbox"/></p> <p>FC <input type="text"/></p>	<p>Pruebas complementarias</p> <p>Ritmo sinusal <input type="checkbox"/></p> <p>Fibrilación auricular <input type="checkbox"/></p> <p>Otras arritmias <input type="text"/></p> <p>ECG: <input type="text"/></p> <p>Ecocardiografía <input type="text"/></p> <p>FE <input type="text"/></p> <p>Rx de tórax <input type="checkbox"/></p> <p>Cardiomegalía <input type="checkbox"/></p>
--	---	---

TRATAMIENTO

IECA <input type="checkbox"/>	Fecha Ingreso/Reingreso <input type="text"/>
Nombre IECA <input type="text"/>	Fecha Exitus <input type="text"/>
Motivo Suspensión IEC <input type="text"/>	Tiempo Revisión <input type="text"/>
Betabloqueantes <input type="checkbox"/>	
Nombre BB <input type="text"/>	
Suspensión BB <input type="text"/>	
Digoxina <input type="checkbox"/>	
Suspensión Digoxina <input type="text"/>	
Diurético <input type="checkbox"/>	
Nombre diuréticos <input type="text"/>	
Suspensión Diurético <input type="text"/>	

Registro: 1 de 1

Inicio | Mis documentos | Bandeja de entrada... | RV: PROCESO INSUF... | IC : Base de datos (F... | ES | 22:30