

PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Coordinador: Carlos Escobar. Autores: Carolina Ortiz, M^a José Castillo, Miguel Ángel Baena, Juan Carlos Obaya

INFORME DE ALTA

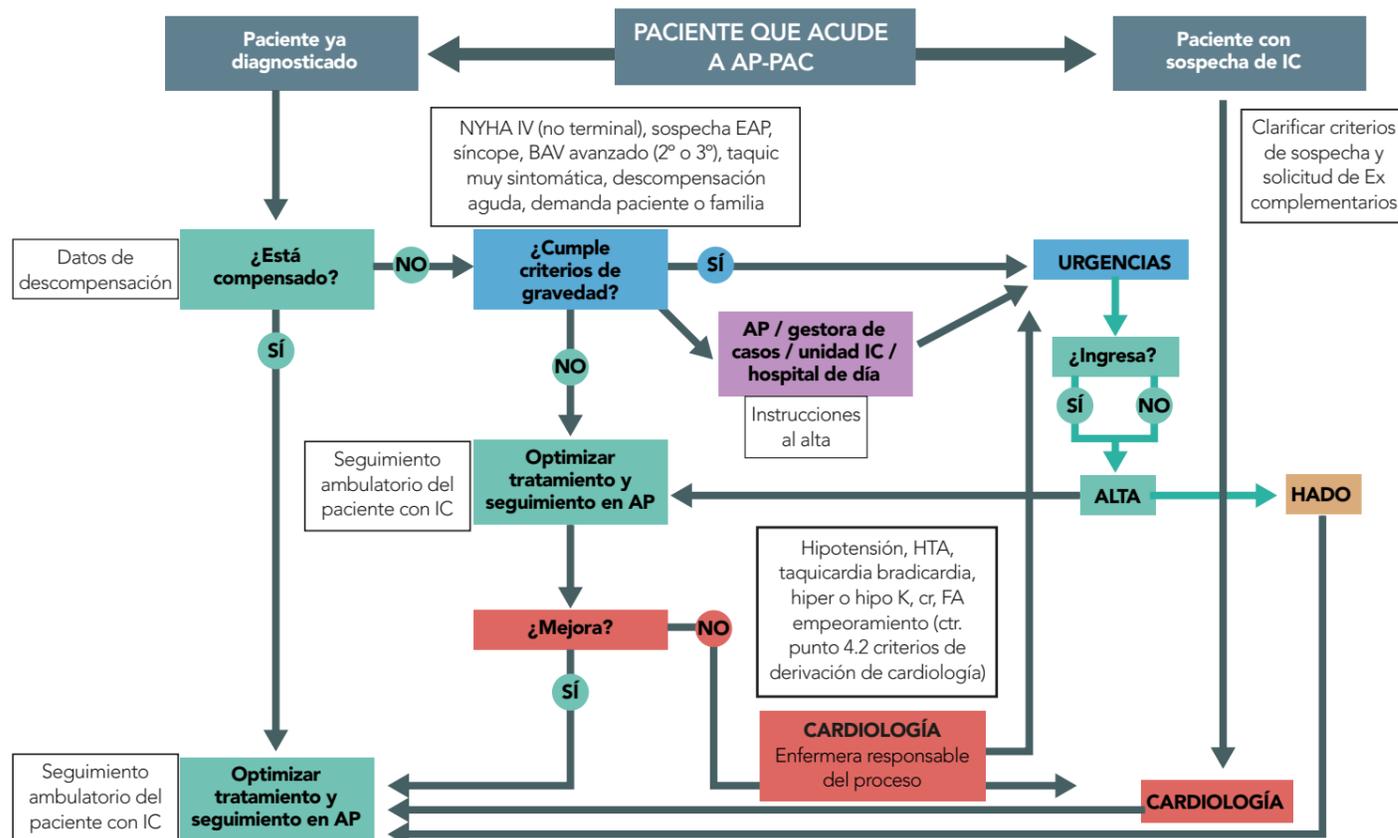
Aspectos que deben ser recogidos en el Informe de Alta de un paciente dado de alta por IA:

- **Motivo del ingreso y fecha**
- **Antecedentes personales:** Alergias medicamentosas, Factores de riesgo cardiovascular, Antecedentes médicos y quirúrgicos e ingresos previos (fecha ingreso)
- **Situación basal** (Clase funcional NYHA; grado de dependencia)
- **Procedimientos realizados durante el ingreso:** Datos más relevantes de la exploración, Analítica sanguínea: hemograma, bioquímica, péptidos natriuréticos y Técnicas diagnósticas: ECG, Ecocardiograma, radiografía de tórax, otras.
- **Diagnóstico principal** (incluir FEVI, clase funcional al alta, complicaciones durante el ingreso) **y diagnósticos secundarios:** comorbilidades que se consideren
- **Tratamientos del paciente:** Exponer de forma clara y sencilla. Fármacos IC (diuréticos, betabloqueantes, sacubitrilo/valsartán, IECAS/ARA II, antidiuréticos, inhibidores SGLT2, ivabradina, vericiguat, digoxina, etc.): Referencia a titulación de dosis hasta dosis objetivo, ajuste de dosis según situación clínica. Referencia a cuándo realizar control analítico, de frecuencia cardíaca, etc. Otros tratamientos farmacológicos.
- **Establecer objetivos terapéuticos específicos:** Recomendaciones sobre ejercicio físico y dieta, Abstinencia absoluta del tabaco, evitar consumo de alcohol, Vacunación antigripal anual/antineumocócica (en Atención Primaria). FRCV: individualizar en su caso*.

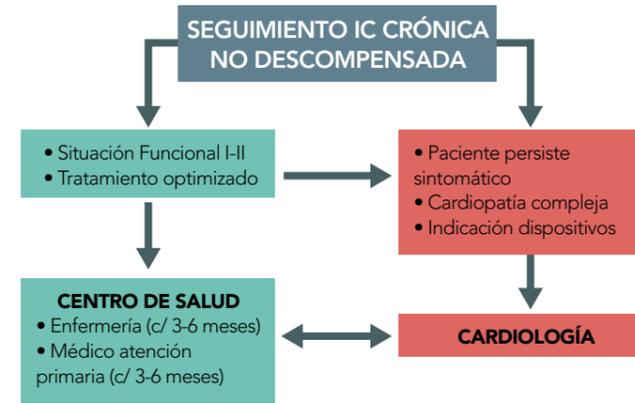
INFORME DE ALTA	
1	MOTIVO INGRESO Y FECHA
2	ANTECEDENTES PERSONALES
3	SITUACIÓN BASAL
4	PROCEDIMIENTOS AL INGRESO
5	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO
6	TRATAMIENTOS DEL PACIENTE
7	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

* En general:
Presión arterial: Presión arterial sistólica: <65 años: objetivo 130 mmHg o más bajo si se tolera, no <120 mmHg; >65 años: objetivo 130-139 mmHg si se tolera; presión arterial diastólica: 70-79 mmHg.
Frecuencia cardíaca: En general: <70 lpm si ritmo sinusal; si fibrilación auricular <80 lpm en reposo, <110 lpm en ejercicio.
Lípidos: objetivo colesterol LDL según riesgo cardiovascular del paciente.
Diabetes: HbA1c <7,0%. Según edad, comorbilidad.

RUTA ASISTENCIAL I



RUTA ASISTENCIAL II



Candidatos a seguimiento de IC crónica por Médico de Atención Primaria

- Situación Funcional I-II.
- Sin descompensaciones IC en el último año (no ha precisado ingreso)
- Tratamiento optimizado (IECA/ARA-II/sacubitrilo-valsartán + Beta- bloqueante + inhibidor SGLT2 ± antidiurético. Diuréticos según congestión pulmonar o sistémica)

Candidatos a seguimiento IC crónica por Cardiología y Atención Primaria

- Pacientes con síntomas avanzados o descompensaciones frecuentes.
- Considerar otros tratamientos según evolución/situación clínica: vericiguat, ivabradina, digoxina, anticoagulación si fibrilación auricular, dispositivos frecuentes.
- Cardiopatía estructural que precisa seguimiento específico:
 - Valvulopatía moderada o severa con opciones terapéuticas. Pacientes con prótesis valvulares.
 - Cardiopatía isquémica sintomática o con necesidad de revascularización percutánea o quirúrgica
- Miocardiopatía significativa
- Candidatos o portadores DAI y/o Resincronizador implantado
- Candidatos a Trasplante o dispositivos (mitraclip, asistencias ventriculares, etc.)

TRANSICIÓN AL ALTA Y MANEJO COORDINADO DEL PACIENTE CON IC



CONTENIDOS FORMATIVOS

- Partiendo de la ruta elaborada en el proyecto SEC-AP, elaboración de la ruta asistencial adaptada a cada hospital/área de salud, con la participación de todos los agentes implicados.
- Nombrar a un responsable de gestión de la ruta asistencial y un grupo de trabajo responsable de su actualización, en el que estén representados los agentes más relevantes implicados.
- Utilizar los indicadores de evaluación de la ruta y, en su caso, añadir los que se consideren relevantes en el ámbito local (se recomienda la utilización de un conjunto reducido de indicadores, lo más próximos posibles a indicadores de resultados).
- Adaptar el sistema de información local para hacer posible la elaboración y seguimiento de los indicadores de desempeño.
- Difusión de la ruta entre todos los cardiólogos y médicos de AP y el resto de agentes implicados.
- Evaluación, seguimiento y actualizaciones de la ruta. Se debe establecer un plazo para su revisión periódica (una vez al año, como mínimo, y siempre que exista una modificación relevante en el manejo de la condición -guías de práctica clínica de la ESC/SEC-).
- Formación específica a todos los agentes implicados.