



SEC- PRIMARIA

Proceso Insuficiencia Cardiaca

25 de abril de 2017

SEC-PRIMARIA. Proceso Insuficiencia Cardiaca

Copyright @Sociedad Española de Cardiología.

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Índice

1. <i>Proceso SEC-AP Insuficiencia Cardíaca</i>	5
2. <i>Contenidos mínimos del Informe de alta de un paciente con IC</i>	5
3. <i>Ruta asistencial del paciente con IC</i>	7
3.1. <i>Objetivos</i>	7
3.2. <i>Ruta asistencial IC</i>	8
3.2.1. <i>Entrada al proceso</i>	8
3.2.2. <i>Seguimiento</i>	10
3.2.3. <i>Manejo coordinado del paciente tras el alta hospitalaria</i>	12
3.3. <i>Estándares e indicadores</i>	13
<i>Anexo 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial</i>	14
<i>Referencias</i>	15

Tablas

<i>Tabla 1. Criterios de asistencia tras el alta hospitalaria por IC</i>	7
<i>Tabla 2. Síntomas y signos de la insuficiencia cardíaca</i>	8
<i>Tabla 3. Actuaciones del equipo de atención primaria en el seguimiento del paciente con IC</i>	11
<i>Tabla 4. Criterios derivación a Cardiología - IC crónica estable en seguimiento</i>	12
<i>Tabla 5. Modelo de atención en ICC: responsabilidad de los distintos niveles asistenciales según la fase evolutiva de la IC</i>	12
<i>Tabla 6. Estándares e indicadores de la ruta asistencial IC</i>	13
<i>Anexo 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial</i>	14

Figuras

<i>Figura 1. Valoración inicial de la Disnea en Atención Primaria y Cardiología (incluyendo péptidos natriuréticos si disponibles)</i>	9
<i>Figura 2. Secuencia diagnóstica en pacientes con sospecha de IC</i>	9
<i>Figura 3. Ruta asistencial de IC</i>	10
<i>Figura 4. Seguimiento del paciente con ICC crónica y estable</i>	10
<i>Figura 5. Manejo coordinado del paciente tras el alta hospitalaria</i>	12

Comité SEC-AP-Insuficiencia Cardíaca

- **Coordinador SEC- Primaria:** Rafael Hidalgo Urbano. Hospital Virgen de la Macarena
- **Coordinador del Proceso:** Carlos Escobar Cervantes, Hospital Universitario La Paz. Madrid
- **Miembros del grupo de trabajo:**
 - Gonzalo Barón Esquivias. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla
 - Francisco Javier Alonso. Centro de Salud de Sillería. Toledo
 - José María Lobos Bejarano. Centro de Salud Jazmín. Madrid
 - Juan Carlos Obaya Rebollar. Centro de Salud la Chopera. Alcobendas. Madrid.
Coordinador Atención Primaria
- **Presidente de la SEC:** Andrés Íñiguez Romo.

1. Proceso SEC-AP Insuficiencia Cardíaca

El Proceso SEC-AP Insuficiencia Cardíaca (IC), está integrado por tres instrumentos de gestión clínica:

- Contenidos mínimos del Informe de la consulta de Cardiología.
- Ruta asistencial del paciente con IC.
- Contenidos formativos del proceso SEC-AP_IC

El contenido de este proceso ha sido conciliado con el proceso SEC-Excelente Insuficiencia Cardíaca (IC).

2. Contenidos mínimos del Informe de alta de un paciente con IC

El informe de alta es clave para garantizar una adecuada continuidad asistencial entre el cardiólogo y el médico de Atención Primaria (AP). Esto es todavía más importante, si cabe, tras una descompensación cardíaca aguda, como es el caso de un ingreso por IC.

El informe de alta debe exponer de una manera clara y concisa aquellos aspectos más relevantes que hayan ocurrido durante el ingreso, así como destacar aquellos elementos que ayuden a comprender la gravedad de la enfermedad que padece el paciente y la actitud concreta que se debe tomar con el mismo, tanto desde el punto de vista del cardiólogo como del médico de Atención Primaria.

El informe de alta debe cumplir con la normativa establecida por el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. Se recomienda que para la elaboración del informe de alta médica se sigan las recomendaciones del consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas¹.

La disponibilidad de informes de alta prediseñados para los procesos más frecuentes, como la IC, permite elaborar un check-list de los aspectos que necesariamente deben ser contemplados⁽¹⁾. En el informe de alta del paciente con Insuficiencia Cardíaca se debe incluir:

- Datos de filiación: Nombre y apellidos del paciente, fecha de nacimiento, número de historia, teléfono y e-mail de contacto.
- Motivo del ingreso y fecha
- Antecedentes personales:
 - Alergias medicamentosas.
 - Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión, diabetes, dislipemia, hábito tabáquico, bebidas alcohólicas, sedentarismo.
 - Antecedentes médicos y quirúrgicos (fecha diagnóstico).
 - Ingresos previos (fecha ingreso).

⁽¹⁾ Se elaborará un Informe de alta estándar para pacientes con IC.

- Situación basal
 - Clase funcional previo al ingreso (NYHA)
 - Situación basal del paciente: actividades básicas vida diaria, vive solo o acompañado.
- Procedimientos realizados durante el ingreso
 - Datos más relevantes de la exploración: peso (ingreso y alta), talla, presión arterial, perímetro de cintura, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, ingurgitación yugular, auscultación cardiaca y auscultación pulmonar, abdomen (hepatomegalia), edemas, varices o signos de trombosis venosa profunda en miembros inferiores.
 - Análisis: hemograma, glucosa, colesterol total, HDL y LDL colesterol, triglicéridos, creatinina, iones, transaminasas, TSH, ferritina, péptidos natriuréticos. Filtrado glomerular estimado (CKD-EPI). INR en pacientes anticoagulados con antagonistas de la vitamina K, HbA1C en pacientes diabéticos. En pruebas más específicas incluir rango de normalidad entre paréntesis.
 - Técnicas diagnósticas: informe ECG, informe Ecocardiograma, informe Rx tórax.
- Diagnóstico principal.
- Diagnósticos secundarios: se evitarán abreviaturas, y en caso de que se incluyan, en el informe deberán definirse. Como información más relevante, se debería incluir:
 - Fracción de eyección del ventrículo izquierdo. Disfunción sistólica / diastólica
 - Clase funcional al alta (NYHA)
 - Complicaciones ocurridas durante el ingreso.
 - Comorbilidades que se consideren relevantes.
- Tratamientos del paciente:
 - Se pondrán de forma clara y sencilla, para evitar posibles errores de prescripción o de interpretación. Si se incluye el nombre comercial, sería deseable que entre paréntesis se pusiese el principio activo. Deben figurar todos los fármacos que tome el paciente.
 - Fármacos en pacientes con insuficiencia cardiaca: diuréticos de asa, tiazidas, betabloqueantes, IECAS/ARAII, antialdosterónicos, sacubitril/valsartán, ivabradina, digoxina, etc. Referencia a titulación de dosis hasta dosis objetivo, ajuste de dosis según situación clínica. Referencia a cuándo realizar control analítico de función renal (creatinina, filtrado glomerular estimado, iones), control de frecuencia cardiaca (betabloqueantes, ivabradina).
 - Otros tratamientos farmacológicos: antiagregantes, anticoagulantes, estatinas, antidiabéticos,...
- Se establecerán unos objetivos terapéuticos específicos:
 - Recomendaciones de ejercicio físico adecuado a cada caso (paseo diario), dieta baja en sal y pobre en grasas.
 - Hábito tabáquico: Abstención absoluta.
 - Alcohol: evitar consumo de alcohol
 - Vacunación antigripal anual (en Atención Primaria)
 - Valorar vacunación antineumocócica a > 65 años o en caso de cardiopatía grave (en Atención Primaria).
 - Presión arterial: En general <140/90 mmHg.

- Frecuencia cardiaca: En general: <70 lpm si ritmo sinusal, <80 lpm si fibrilación auricular. Indicar si el paciente tiene un objetivo diferente.
- Lípidos: Objetivo control colesterol LDL. Valorar según riesgo cardiovascular del paciente.
- Diabetes: En general HbA1c < 7,0%. Según edad, comorbilidad.
- Ofertar a las personas con IC estable y sin otra condición o dispositivo que lo impida, que se les ofrece un programa de rehabilitación cardiaca basada en ejercicio en grupo supervisado, que incluya educación y soporte psicológico.
- Calendario de visitas

Tabla 1. Criterios de asistencia tras el alta hospitalaria por IC

< 24 horas después del alta, contacto telefónico con una enfermera (<i>idóneamente gestora de casos</i>)
Visita al centro de salud < 10 días
Consulta de cardiología < 30 días

- En pacientes con IC estable, evaluación clínica cada 6 meses, incluyendo una revisión de la medicación y test de la función renal.
- **En pacientes de riesgo o frágiles establecer un programa de seguimiento estructurado para la detección precoz de la descompensación y la optimización terapéutica, basado -en la medida de lo posible- en la intervención domiciliaria (gestoras de casos).**
- Indicar motivos de derivación preferente o teleconsulta con cardiología.
- Finalmente, se indicarán en el informe diferentes páginas web donde el paciente pueda obtener más información si lo considera oportuno (por ejemplo: www.mimocardio.org o <http://www.fundaciondelcorazon.com>).

3. Ruta asistencial del paciente con IC

Ruta asistencial. La “ruta asistencial” es un Protocolo/Documento (debe estar formalizado) de actuación ante cualquier proceso asistencial consensuado entre todos los profesionales que atienden al paciente (Cardiología-AP), donde se especifica claramente, que, quien, como, cuando y donde se debe atender a un paciente con ese determinado proceso (en este caso, IC) en cada una de las diferentes fases del proceso de su enfermedad con el objetivo de proporcionar la mejor atención en cada punto y por el/los profesionales más adecuados a cada una de sus circunstancias y con la mejor evidencia posible.

3.1. Objetivos

- **Principal:** Mejorar la atención al paciente con IC en su tránsito entre Cardiología y AP.
- **Secundarios:**
 1. Simplificar consultas.
 2. Evitar duplicidad de pruebas diagnósticas ya realizadas.
 3. Evitar retrasos en la asistencia de pacientes graves.

4. Establecer un seguimiento adecuado a la gravedad.
5. Hacer protocolo con atención primaria (al alta de cada paciente dar objetivos terapéuticos y plan en cuanto a titulación de fármacos).
6. Medir el porcentaje de pacientes que toman los fármacos indicados en Prevención Secundaria.

En el **Anexo 1** se exponen los principios generales de elaboración de una ruta asistencial.

3.2. Ruta asistencial IC

La base de este proyecto es mejorar la estrategia organizativa y de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales, y los profesionales que los integran, en relación con la asistencia a los pacientes con IC.

Por lo tanto, como ocurre con el diseño y desarrollo de otras rutas asistenciales, el proceso se basa en un pacto (escrito y formal) entre los diferentes actores o profesionales, cada uno de los cuales tiene responsabilidades compartidas con los demás, para dar respuesta práctica a determinadas situaciones que afectan a los pacientes y que precisan ser ordenadas y expresadas de forma explícita.

3.2.1. Entrada al proceso

El proceso comienza con la sospecha diagnóstica de insuficiencia cardiaca (tabla 2), en la consulta de atención primaria. El proceso de valoración inicial se expone en las figura 1 y 2.

Tabla 2. Síntomas y signos de la insuficiencia cardiaca

Síntomas	Signos
<p>Típicos Disnea Ortopnea Disnea paroxística nocturna Tolerancia al ejercicio disminuida Fatiga, cansancio, más tiempo hasta recuperarse del ejercicio Inflamación de tobillos</p>	<p>Más específicos Presión venosa yugular elevada. Reflujo hepatoyugular. Tercer tono (ritmo de galope). Impulso apical desplazado lateralmente.</p>
<p>Menos típicos Tos nocturna Sibilancias Sensación de hinchazón Perdida de apetito Confusión (especialmente en ancianos) Decaimiento Palpitaciones Mareo Sincope Bendopnea</p>	<p>Menos específicos Aumento de peso (> 2 kg/semana) Pérdida de peso (IC avanzada) Pérdida de tejido (caquexia) Soplo cardíaco Edema periférico (tobillos, sacro, escroto) Crepitantes pulmonares Menor entrada de aire y matidez a la percusión en las bases pulmonares (derrame pleural) Taquicardia Pulso irregular Taquipnea Respiración de Cheyne Stokes Hepatomegalia Ascitis Extremidades frías Oliguria Presión de pulso estrecha</p>

Modificada de Ponikowski P, et al. Eur Heart J. 2016;37:2129-200.

Figura 1. Valoración inicial de la Disnea en Atención Primaria y Cardiología (incluyendo péptidos natriuréticos si disponibles)

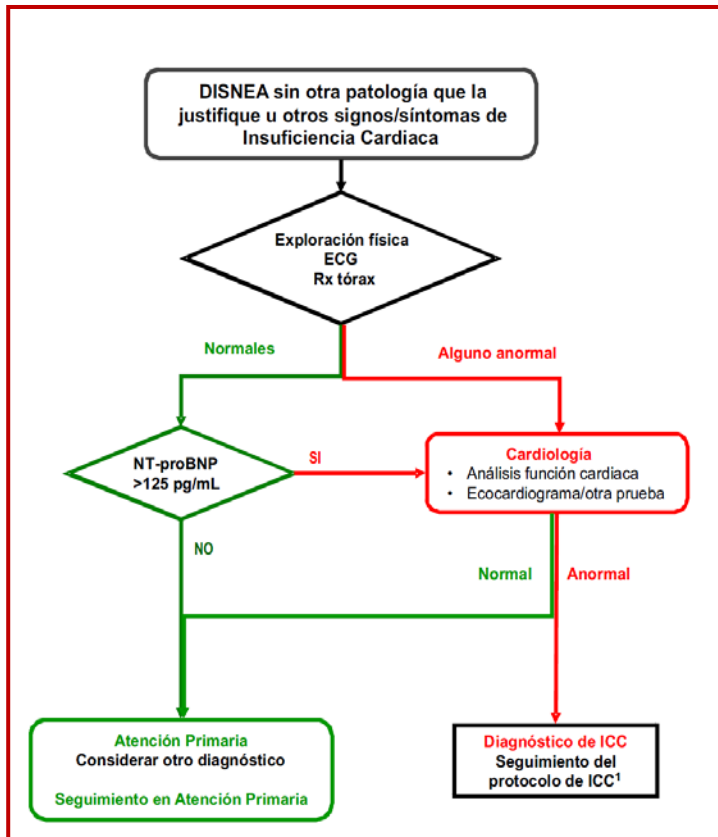
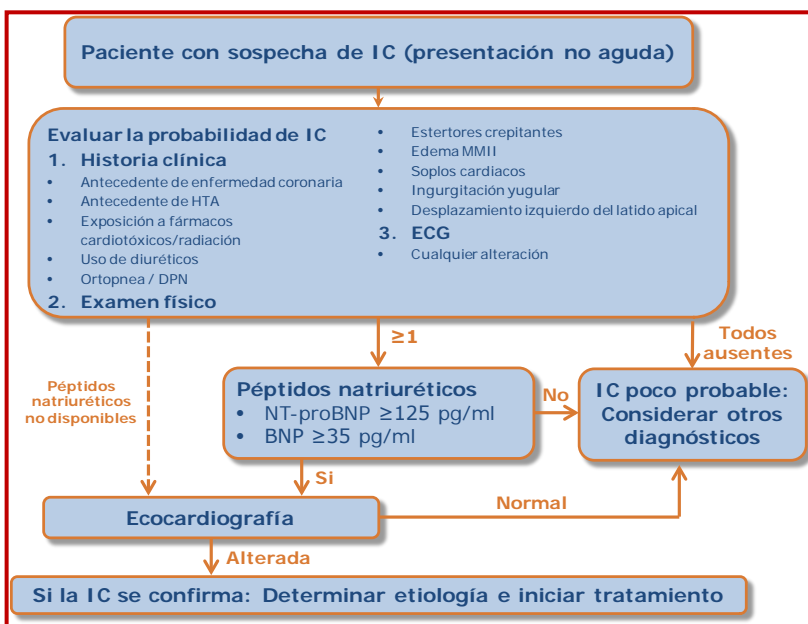


Figura 2. Secuencia diagnóstica en pacientes con sospecha de IC



Aquellos pacientes con IAM previo y sospecha de IC deben ser derivados de forma inmediata (< 2 semanas) de para ser evaluados por un cardiólogo y realización de ecocardiografía. Idóneamente consulta de alta resolución.

Se debe garantizar un plazo inferior a cuatro semanas para la evaluación por un cardiólogo en aquellos pacientes referidos desde atención primaria con sospecha de IC. Es recomendable la determinación previa de péptidos natriuréticos en Atención Primaria.

3.2.2. Seguimiento

Una vez se ha establecido el diagnóstico de IC, las decisiones sobre el manejo del paciente dependen en gran medida de la gravedad y presentación de los síntomas (figuras 3 y 4; tablas 3 a 5).

Figura 3. Ruta asistencial de IC⁽²⁾

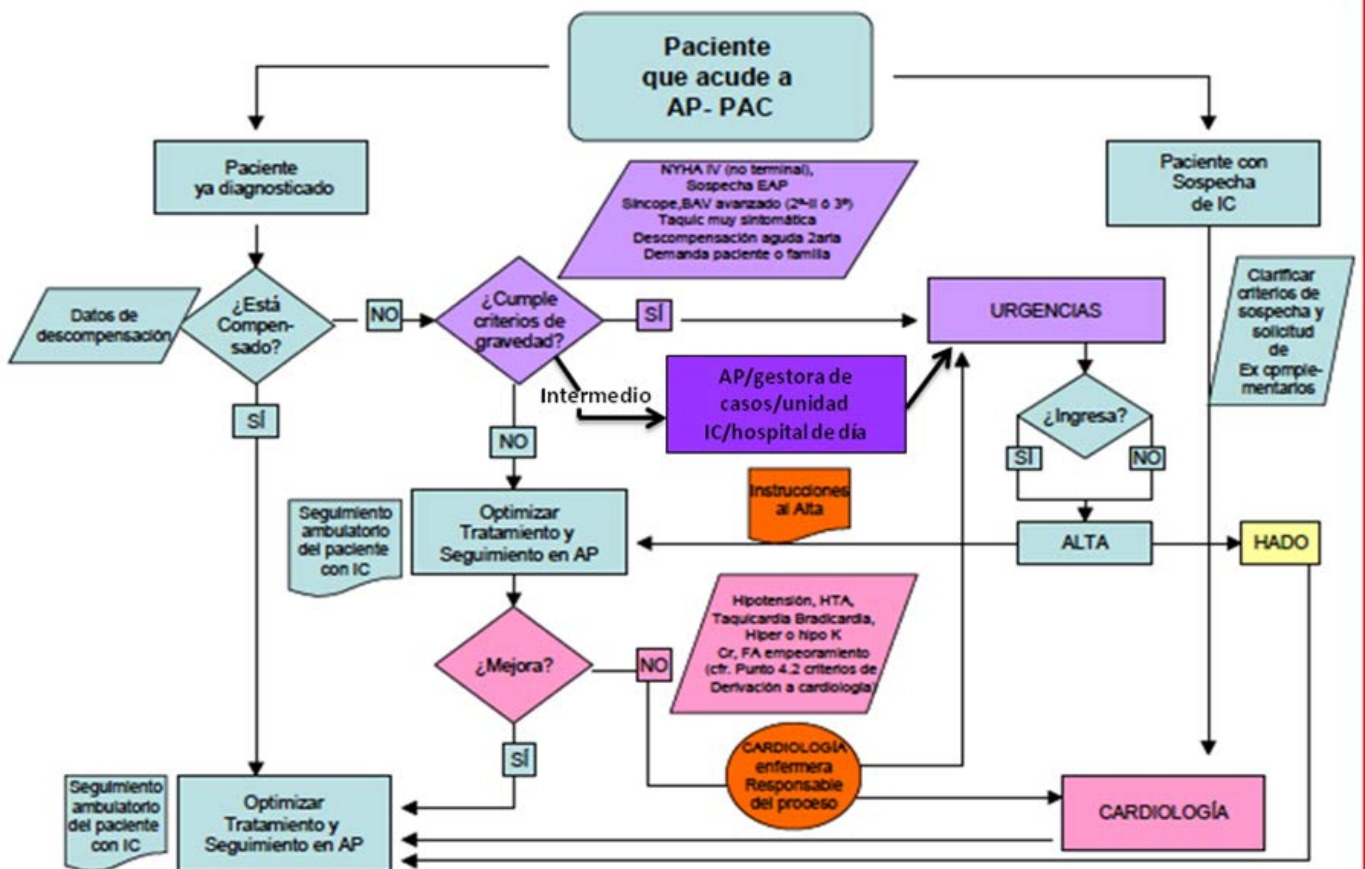


Figura 4. Seguimiento del paciente con ICC crónica y estable

⁽²⁾ Aunque introducida en el documento de estándares y recomendaciones y recogida en el documento del proceso, esta vía asistencial contiene una recomendación que, en la medida de lo posible, se debería evitar, como es la derivación al servicio de urgencias de pacientes con IC descompensada. Idealmente se debería poner en contacto el profesional de atención primaria o la gestora de casos con la unidad de IC para derivar al paciente a la unidad y/o tomar la decisión de manejo terapéutico más aconsejable. En ocasiones se pueden manejar en el hospital de día disponible para la unidad de insuficiencia cardiaca, evitando un ingreso hospitalario innecesario, así como la asistencia del paciente en el servicio de urgencias

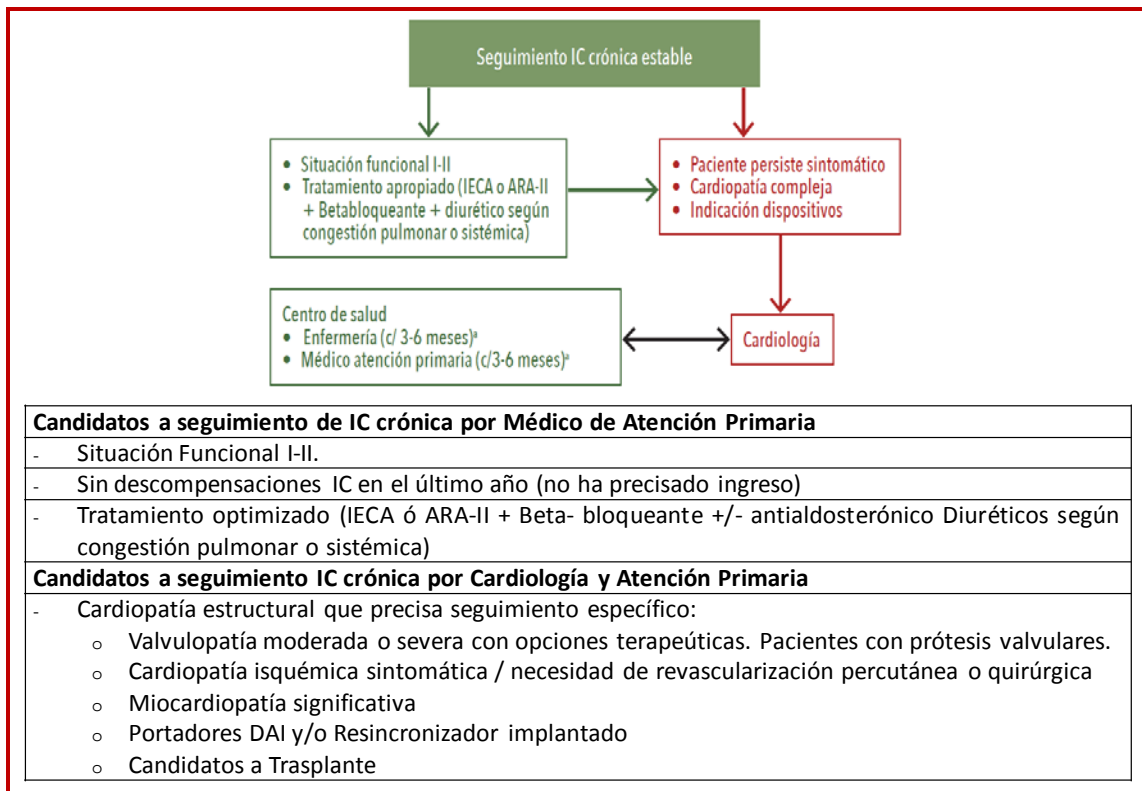


Tabla 3. Actuaciones del equipo de atención primaria en el seguimiento del paciente con IC

Actuaciones del equipo de atención primaria en el seguimiento del paciente con IC
Educación / autocuidado:
Dieta y nutrición.
Ejercicio físico adecuado
Adherencia al tratamiento
Evaluación situación clínica
Capacidad funcional
Edemas periféricos / signos de congestión pulmonar
Efectos secundarios de la medicación
Constantes
Peso (instruir en automedición del peso corporal diario (preferible), máximo 2 veces/semana)
Presión arterial
Frecuencia Cardíaca
Vacunación antigripal (anual) / Neumococo
Electrocardiograma
Analítica: Hematimetría, función renal, Na y K
No precisan solicitud de ecocardiograma:
Paciente clínicamente estable
IC con función sistólica conservada
Ausencia de cambios clínicos ni electrocardiográficos
No prevista modificación terapéutica

Tabla 4. Criterios derivación a Cardiología - IC crónica estable en seguimiento

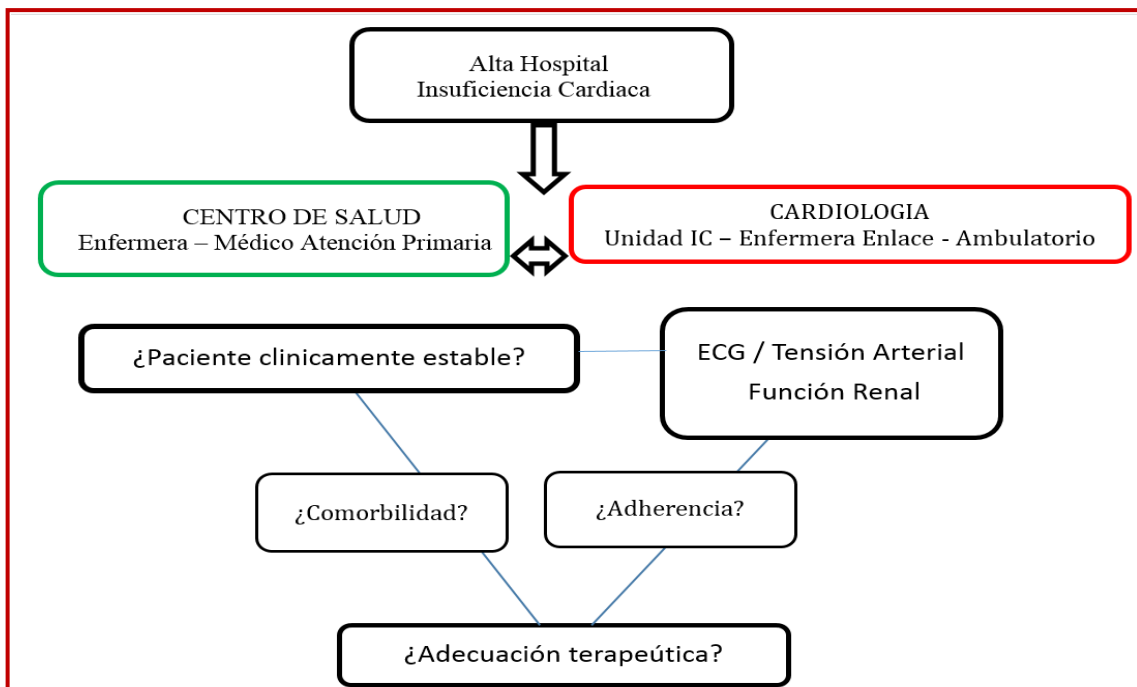
Progresión de la sintomatología
Efecto secundario del tratamiento que impide titulación apropiada
Deterioro de la función renal :
Creatinina o Urea - elevación > 50% respecto a la basal
Alteración electrolitos (K> 5,5 o Na < 132 mEq/dl)
Cambio electrocardiográfico

Tabla 5. Modelo de atención en ICC: responsabilidad de los distintos niveles asistenciales según la fase evolutiva de la IC

PROCEDIMIENTO	¿QUIEN?	COMENTARIOS
IC “de novo” Diagnóstico, etiología y pronóstico.	Cardiología	Al menos una vez evaluado por Cardiología .
Educación	Cardiología / Primaria	Compartir materiales educativos Reforzar mensajes uniformes
Ajustar tratamiento	Cardiología/Primaria	Protocolos titulación Consulta no presencial
Seguimiento crónico - Crónico estable - Crónico complejo - Ajuste tratamiento	Primaria Primaria + Cardiología Primaria / Cardiología	Cada 3-6 meses (antes si inestabilización clínica)
Posterior ingreso - urgencias	Primaria – <10 días Cardiología - < 30 días	Conciliación medicación Comorbilidad

3.2.3. Manejo coordinado del paciente tras el alta hospitalaria

Figura 5. Manejo coordinado del paciente tras el alta hospitalaria



3.3. Estándares e indicadores

Tabla 6. Estándares e indicadores de la ruta asistencial IC

Estándares	
Estructura	
Ruta asistencial de IC. Documento escrito, revisable periódicamente (al menos, una vez al año).	
Debe estar nombrado un responsable del proceso en el ámbito de la unidad de cardiología.	
Debe haberse constituido un equipo multidisciplinar de atención a la IC, integrado, al menos, por un cardiólogo clínico, un representante del servicio de urgencias del hospital y un representante de los médicos de los equipos de atención primaria del ámbito de influencia del hospital.	
Debe existir un programa de formación continuada, para todo el equipo multidisciplinar, que preste atención principalmente a los profesionales de los centros de salud, servicios de emergencias y de urgencias, con elevado recambio y alternancia (turnos) del personal	
Proceso	
La ruta asistencial debe contemplar la referencia inmediata (< 2 semanas) de aquellos pacientes con IAM previo y sospecha de IC para ser evaluados por un cardiólogo.	
Las personas que se presentan en AP con sospecha de insuficiencia cardíaca sin infarto de miocardio previo tienen sus péptidos natriuréticos séricos medidos.	
La ruta asistencial debe garantizar un plazo inferior a cuatro semanas para la evaluación por un cardiólogo en aquellos pacientes referidos desde atención primaria con sospecha de IC. Recomendable la determinación previa de péptidos natriuréticos en Atención Primaria	
Indicadores	
1.	% de pacientes mayores de 18 años con un diagnóstico de IC para quienes se documentan los resultados cuantitativos o cualitativos de una evaluación de la FEVI reciente o anterior (en cualquier momento del pasado) en un período de 12 meses
2.	% de visitas de pacientes para sujetos mayores de 18 años con un diagnóstico de IC con resultados cuantitativos de una evaluación documentada del nivel actual de actividad y síntomas clínicos
3.	% de visitas de pacientes para sujetos mayores de 18 años con un diagnóstico de IC y con resultados cuantitativos de una evaluación del nivel de actividad y de los síntomas clínicos documentados en los cuales los síntomas del paciente han mejorado o permanecido constantes con los objetivos del tratamiento desde la última evaluación o qué síntomas del paciente han demostrado un deterioro clínicamente importante desde la última evaluación con un plan documentado de atención
4.	% de pacientes mayores de 18 años con un diagnóstico de IC que recibieron educación de autocuidado en >3 elementos de educación durante > 1 visita dentro de un período de 12 meses
5.	% de pacientes mayores de 18 años con un diagnóstico de IC con una FEVI actual o previa de <40% a los que se les prescribió tratamiento con bloqueador beta con bisoprolol, carvedilol, nebivolol, o succinato de metoprolol de liberación sostenida en un período de 12 meses.
6.	% de pacientes mayores de 18 años con un diagnóstico de IC con una FEVI actual o previa <40% a los que se les prescribió un IECA o un tratamiento con ARA II en un período de 12 meses.
7.	% de pacientes mayores de 18 años con un diagnóstico de IC con una FEVI actual o previa <40% a los que se les prescribió espironolactona/epplerenona en un período de 12 meses.
8.	% de pacientes mayores de 18 años con un diagnóstico de IC con FEVI actual <35% a pesar del tratamiento médico óptimo durante al menos 3 meses que recibieron asesoramiento sobre la implantación de DAI como opción de tratamiento para la profilaxis de muerte súbita.
9.	Tasa de reingresos hospitalarios (todas las causas, EAC como causa principal, IC como causa principal) ajustados a riesgo.
10.	Frecuentación por IC (PQI 8 de la AHRQ).
11.	Tasa poblacional de estancias totales / año.
12.	Tasa poblacional de estancias totales / año en ≥ 65 años.
13.	Tasa poblacional de consultas en servicios de urgencia por descompensación de la IC.
14.	Tasa poblacional de consultas en servicios de urgencia por descompensación de la IC ≥ 65 años.

Anexo 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial

Anexo 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial

RUTA ASISTENCIAL	
PRINCIPIOS	CARACTERÍSTICAS
1.- Centrado en el paciente 2.- Implicación de Cardiología y AP (todos) 3.- Sustentada en la mejor práctica clínica 4.- Garantizar la continuidad de la atención	1.- Sencilla 2.- Flexible y modificable 3.- Adaptada a las condiciones locales 4.- Debe definir claramente las condiciones de derivación (bidireccional) 5.- Debe establecer responsables

Proceso de elaboración de la ruta asistencial

- 1.- 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.
- 2.- 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.
- 3.- 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).
- 4.- Adaptar el sistema de información local para hacer posible la elaboración y seguimiento de los indicadores de desempeño.
- 5.- Difusión de la ruta entre todos los cardiólogos y médicos de AP y el resto agentes implicados.
- 6.- 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-).
- 7.- Formación específica a todos los agentes implicados.

Referencias

1 Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pujol Farriols R, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. Med Clin (Barc). 2010; 134:505-10.

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-consenso-elaboracion-del-informe-alta-13149573>

2 Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016;37:2129-200.