

REORGANIZACIÓN ASISTENCIAL EN INSUFICIENCIA CARDIACA

A) CIRCUITOS ASISTENCIALES EN PACIENTES CON IC. REORGANIZACIÓN Y FLUJO DE PACIENTES (COVID Y NO COVID):

Principales actividades del médico:

- Consulta telemática
- Visita presencial imprescindible
- Manejo en hospital de día para evitar ingresos
- Apoyo al seguimiento (ocasionalmente domiciliario) desde atención primaria
- Revisión telemática de datos biométricos a través de dispositivos del paciente
- Valoración a través de plataformas online de algoritmos de IC de dispositivos implantables

REESCALADA + DEESCALADA

Durante la fase de reescalada se recomienda minimizar, en la medida de lo posible, las visitas presenciales tanto de los pacientes con COVID-19, como sin la infección.

Domicilio	Atención ambulatoria	Atención hospitalaria
SIN SOSPECHA DE CORONAVIRUS		
<ul style="list-style-type: none"> • Uso racional de consultas y pruebas hospitalarias • Consulta telefónica, revisión diferida y reprogramar • Consulta presencial (indispensables) • Hospital de día solo como alternativa a un ingreso 		<ul style="list-style-type: none"> • Solo ingresos inevitables • Extremar prevención • Minimizar estancia
SOSPECHA DE CORONAVIRUS		
<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento telefónico, revisar datos de alarma • Minimizar visitas hospitalarias • Unidades de 'diagnóstico rápido', sobre todo en inmunodeprimidos • Hospitalización domiciliaria u hospital de día solo como alternativa a un ingreso 		<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento (mascarilla y contacto) • Diagnóstico precoz
CORONAVIRUS CONFIRMADO		
<ul style="list-style-type: none"> • Zonas exclusivas de aislamiento • Circuitos exclusivos de traslado de pacientes, realización de pruebas... • Uso de equipo de protección individual (EPI) • Vigilancia de interacciones con tratamientos específicos 		

Principales actividades de la enfermera de IC:



- Seguimiento proactivo especialmente en periodos más vulnerables como el post-alta hospitalaria precoz
- Atención y ayuda con el manejo de las descompensaciones y otras alteraciones, la titulación del tratamiento específico para la IC y la detección de efectos adversos de la medicación
- Canalizar las solicitudes telemáticas
- Facilitar la formación no presencial en la enfermedad
- Evaluación de la capacidad y adherencia al autocuidado, supervisión de la adherencia al tratamiento y manejo de las necesidades socio-sanitarias
- Enlace entre atención primaria / atención hospitalaria, así como entre los distintos profesionales de ambas áreas, garantizando la continuidad de cuidados

B) GESTIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DE IC:

REESCALADA

Es aconsejable limitar la valoración presencial en consultas de IC o remitir a urgencias a una serie de pacientes:

- Empeoramiento de los síntomas o signos de insuficiencia cardiaca que no hayan respondido al aumento domiciliario de diuréticos o cuando presente un aumento de >1 grado de clase funcional, datos de bajo gasto o síncope
- Descargas repetidas del DAI o aparición de alarmas graves en la revisión telemática
- Frecuencia cardiaca repetida <40lpm o >100lpm
- Dolor torácico de perfil isquémico y de características inestables
- Deseo del paciente, consensuado con el médico y tras valoración del riesgo/beneficio

REVISIÓN ANTICIPADA DE PACIENTES CITADOS O PENDIENTES DE CONSULTA

Pacientes preferentes (realizar visita presencial o telefónica prevista)

- Primera visita tras ingreso hospitalario
- Pacientes en fase funcional III-IV de la NYHA
- Pacientes en fase de optimización de tratamiento
- Pacientes con >2 ingresos en los últimos 12 meses
- Pacientes pendientes de toma de decisión (implante de dispositivo, cateterismo, inclusión en lista de espera de trasplante, valoración para asistencia ventricular...)

Pacientes en los que la visita se puede demorar 3-6 meses

- Pacientes en fase funcional I-II de la NYHA
- Medicación optimizada
- Sin descompensaciones en los últimos 6 meses

DEESCALADA

REVISIÓN TELEMÁTICA DE PACIENTES A LOS QUE PREVIAMENTE SE APLAZÓ LA CITA EN CONSULTA, PACIENTES YA CITADOS O PENDIENTES DE CONSULTA

- Pacientes en clase funcional I-II de la NYHA
- Medicación optimizada
- Sin descompensaciones en los últimos 6 meses

Volver a citar telefónica o presencialmente en 3-6 meses

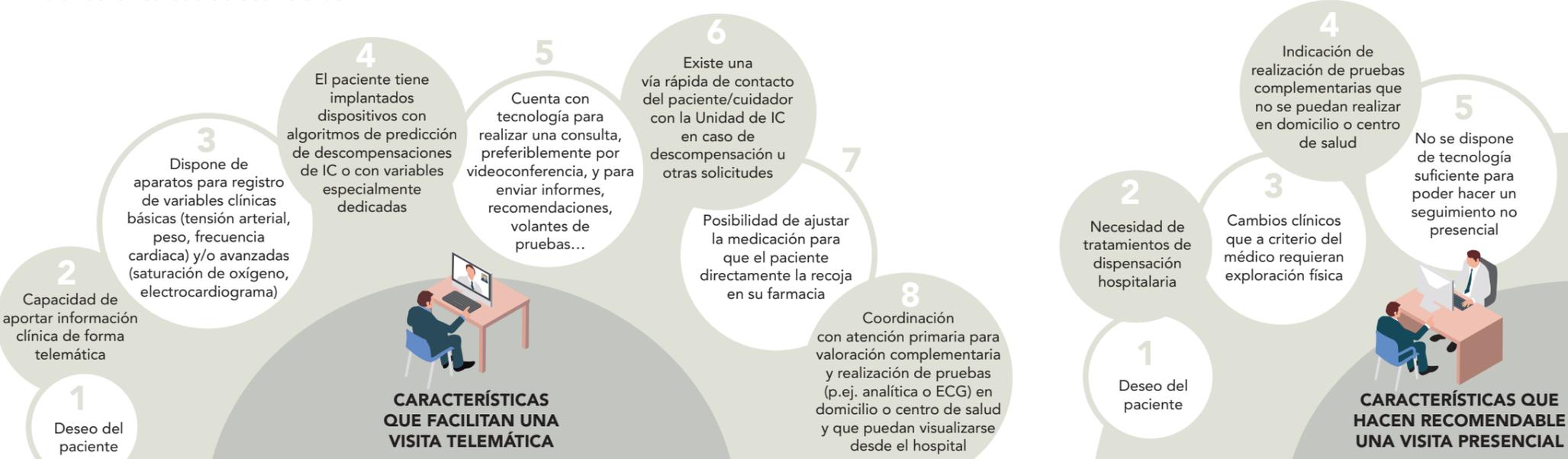
- Empeoramiento clínico
- Primera visita tras ingreso hospitalario
- Pacientes en fase funcional III-IV de la NYHA
- Pacientes en fase de optimización de tratamiento
- Pacientes con >2 ingresos en los últimos 12 meses
- Pacientes pendientes de toma de decisión (implante de dispositivo, cateterismo, inclusión en lista de espera de trasplante, valoración para asistencia ventricular...)
- Pacientes en los que, por deseo propio consensuado con el médico, se considera adecuada una visita presencial, una vez sopesados los riesgos y beneficios

Solicitar visita presencial

NUEVA REALIDAD

Nuevos circuitos asistenciales:

- Integrar lo aprendido del seguimiento remoto y las nuevas tecnologías durante las fases previas, con el seguimiento habitual convencional
- Individualizar según la tecnología disponible en el nuevo medio y del paciente: se discutirán con el paciente riesgos y beneficios
- Se podrán alternar visitas presenciales con telemáticas



Situaciones especiales durante la reescalada:

Pacientes con trasplante cardiaco (TxC)	Medidas estrictas de aislamiento. Fomentar el teletrabajo y solicitar la baja médica a los que no puedan evitar contacto con otras personas en su actividad laboral.	Todas las visitas rutinarias posibles, telefónicas. No deberían hacerse las biopsias endomiocárdicas o ecocardiogramas de protocolo. Si se aconseja mantener las biopsias endomiocárdicas o controles clínicos y analíticos dentro de los 3 primeros meses post-trasplante o tras un episodio de rechazo.	Para los pacientes que deban acudir al hospital de forma presencial: contacto telefónico previo para descartar síntomas sugestivos de infección y tomar las medidas necesarias.	Mantener a los pacientes trasplantados en zonas libres de COVID-19. El personal que les atiende deberá llevar mascarilla quirúrgica.
Pacientes con asistencia ventricular de larga duración (AVLD)	Si se dispone de monitorización de INR en domicilio (Coagucheck), seguir igual. Si no, realizar controles de INR quincenalmente o más frecuentemente si el INR no está estable, a través de visita a domicilio de la enfermera del ambulatorio y comunicación al servicio de hemostasia.	Los pacientes recogerán a diario en un cuaderno los parámetros de la AVLD: revoluciones por minuto, flujo, potencia e índice de pulsatilidad si disponible.	Cada 15 días la enfermera de IC se comunicará con el paciente para que le informe de su situación clínica, peso, INR, remita fotos del cuaderno de parámetros de la AVLD y del aspecto de la cura del driveline, e informe de cualquier evento reseñable (alarmas de la AVLD o problemas con baterías/controlador).	Si el paciente presentaba presión arterial media alta (>85 mmHg) o estaba en fase de titulación de fármacos neurohormonales: realizar cada 15 días medición en domicilio de la presión arterial mediante doppler por parte de la enfermera del ambulatorio. Considerar realizar ECG, si estaban siendo titulados los betabloqueantes, así como ajuste de medicación tras comunicación con equipo de IC.