



PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Paloma Cerezo Sánchez (Medicina Familiar y Comunitaria)
C.S Armilla. Distrito Granada-Metropolitano.

 www.husc.es  [@hospsancecilio](https://twitter.com/hospsancecilio)  [@husc.es](https://www.facebook.com/husc.es)



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Médico de Atención Primaria



Síndrome clínico
Síntomas+/- signos
Anomalía estructural/funcional
↓ GC ó ↑ P.intracardiaca
Reposo / estrés.

Sospecha de Insuficiencia cardíaca



CRITERIOS DE FRAMINGHAM

DPN	Edemas MMII
Ingurgitación	Tos nocturna
Crepitantes	Disnea de esfuerzo
Cardiomegalia	Hepatomegalia
EAP	Derrame pleural
3ºTono	Taquicardia 120lpm
Aumento PVC	
Reflujo HY	(2 mayores ó
- 4,5 Kg con Tto	1 mayor+2 menores)

Signos de Alarma

Algoritmo diagnóstico

NT-proBNP>300

URGENCIAS

CARDIOLOGÍA

PROYECTO COORDINACIÓN H-AP

Confirmación Diagnóstica

Seguimiento

PROYECTO COORDINACIÓN H-AP

Proyecto coordinación 2019 HUSC- Distrito Granada-Metropolitano. Proceso IC.

1. Vía clínica. Ruta asistencial IC.

A. Derivación Distrito **AP**→**Hospital**.

- ¿Qué pacientes?, ¿Cómo?, ¿Con qué?
- Respuesta.
- **Seguimiento compartido.**
 - *Protocolos comunes.*
 - *Comunicación bidireccional.*

B. Derivación **tras hospitalización** a Distrito AP.

- *Vías clínicas al alta:* UIC, Enfermero GC, Atención Primaria.
- **Estrategia seguimiento precoz tras alta.**
 - Visitas seguimiento precoces.
 - Protocolos farmacológicos de titulación conjuntos y consensuados.

Objetivo: mejorar el manejo de IC y la coordinación entre niveles.



2. Proceso educativo paciente: homogénea AP-AE.
3. Comunicación entre profesionales: consulta presencial (informe derivación-respuesta), telemática (tlf corporativo, email).
4. Referentes: listados actualizados (Dr AP, EGC, Referentes AP IC...).
5. Formación.



A) DERIVACIÓN DE AP → HOSPITAL



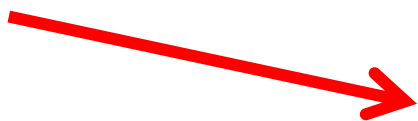


A. Derivación desde AP → Hospital

**NTproBNP <300
VPN 94-98%**

¿Qué pacientes derivar desde AP?

- Sospecha clínica de IC de novo ó
- IC conocida con

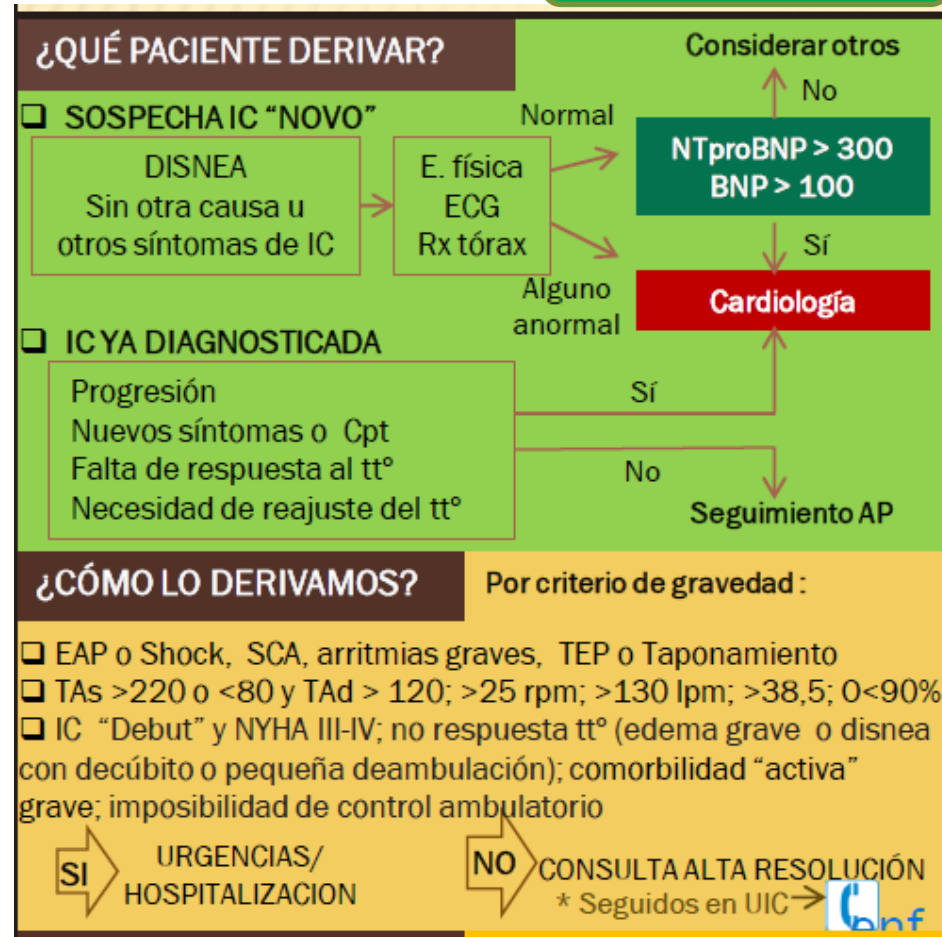


¿Cómo derivarlos?

→ Vía «preferente» Consulta Acto Único o Alta Resolución: 30 días.

Criterios inestabilidad: URGENCIAS

Estable y seguido UIC: re-contacto





A. Derivación desde AP → Hospital

¿CON QUE DERIVAMOS?

- Hoja derivación con resumen clínico y tratamiento actual
- ECG y analítica IC: perfil lipídico, Renal, Electrolitos, Glucemia, Hemograma, TSH y **NT-proBNP**
- Rx de tórax (si duda de causas respiratorias de disnea)

FACTORES DE RIESGO	SIGNOS Y SINTOMAS
Edad	Disnea/ortopnea/DPN
HTA	Estertores, crepitantes
Diabetes	Astenia, Edemas
C Isquémica	Hepatomegalia
Otras cardiopatías	Reflujo hepato yugular
HVI	Oliguria
Alcohol/Tabaco	Soplos, 3ºo 4ºo ruido



Solicitud de Pruebas Analíticas

Hombre 71 años Medicina Enfermería

Solicitud

Última solicitud: 19/04/2021 00:54 Estado: Petición en espera de asignación

Selección detallada Perfiles Algoritmos Diagnósticos

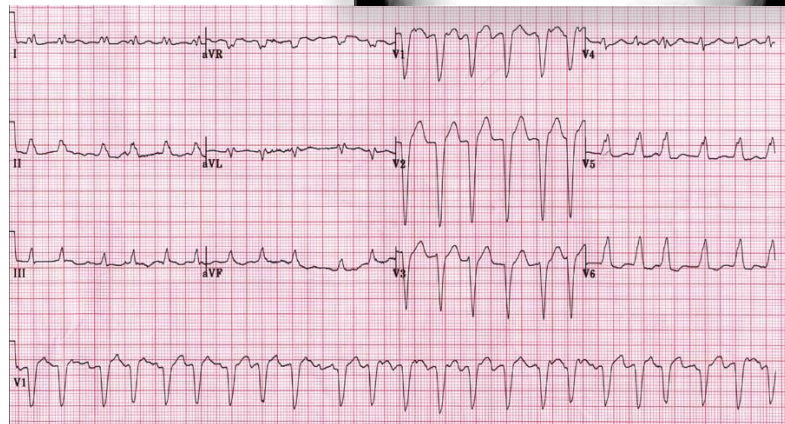
Pruebas solicitadas

Nombre convencional	Espécimen
HEMATOLOGÍA General	
Hemograma completo	Sangre
BIOQUÍMICA General (sangre)	
Glucosa	Sangre
Creatinina	Sangre
Colesterol	Sangre
Colesterol de HDL	Sangre
Triglicéridos	Sangre
Sodio	Sangre
Potasio	Sangre
HORMONAS (sangre)	
Tirotropina	Sangre
pro-Péptido natriurético cerebral	Sangre

Insuficiencia cardíaca

NTproBNP <300
VPN 94-98%

Histórico R. Anular Imprimir Aplicar Aceptar Salir





Respuesta cardiología y Plan de seguimiento

¿QUÉ RESPUESTA DAR? Atención en CAR <20-30 días

INFORME CLINICO:

<input type="checkbox"/> Confirmación diagnóstico IC	<input type="checkbox"/> Tratamiento:
<input type="checkbox"/> Diagnostico etiológico	▪ Plan farmacológico
<input type="checkbox"/> FEVI	▪ Medidas generales (+web)
<input type="checkbox"/> Clasificación funcional NYHA	▪ Objetivos terapéuticos

SEGUIMIENTO:

IC y FEVI <40%	UIC	Cardio	IC sistólica SIN co-morbilidad predominante	Subsidiarios de intervención
IC y FEVI ≥40% complicada (reingresos hospitalarios o visitas a urgencias fc)		Interna	IC diastólica Pluripatológico Gran comórbido	Muy añosos
Cardiopatías significativa (valvulopatía/isquémica /miocardiopatía familiar)		Consultas externas/específicas de Cardiología		
IC y FEVI ≥40% y Sin cardiopatía significativa	AP	<input type="checkbox"/> Seguimiento con protocolos comunes (visitas, titulación, exploraciones, educación) <input type="checkbox"/> Comunicación bidireccional (correo corporativo y/o teléfono)		

*Si autonomía, soporte social y motivación suficiente

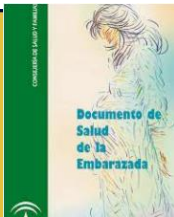


REGISTRAR EN "DIRAYA AP":
Proceso IC
(una vez confirmado diagnóstico)

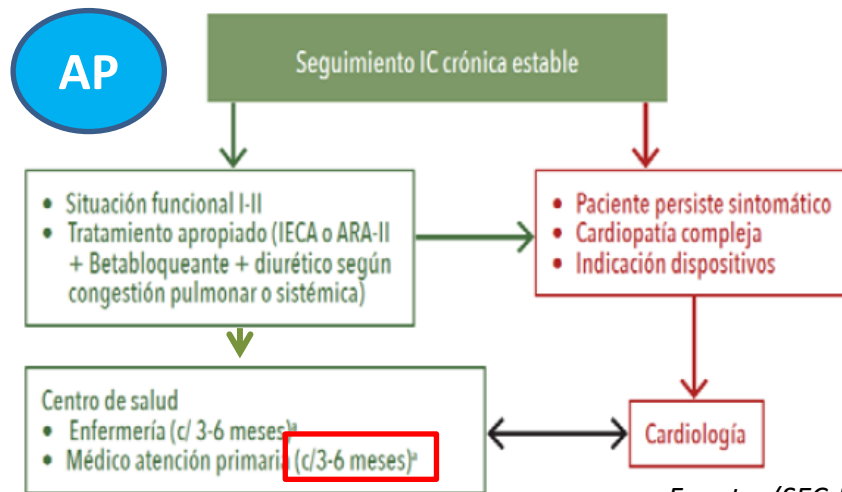


Protocolo de Visitas

- **Médicas**
 - Frecuencia cada 3-6 meses
 - Plantearse revisión anual si CFI-II
- **Titulación**
 - Frecuencia cada 15-30 días
 - Visita médica o enfermería
- **Exploraciones**
 - Analítica (iones y función renal cada 3 meses)
 - ECG
 - Rx tórax anual
 - Eco al año de seguimiento, posterior bianual o según cambios clínicos
- **Enfermería**
 - Frecuencia cada 3 meses
 - Educación y cuestionarios



Casos no urgentes: cardiouc.husc.sspa@juntadeandalucia.es
Casos más prioritarios: 669461 (exterior 647-77 9461)
www.husc.es/especialidades/cardiologia



Fuente: (SEC-PRIMARIA 2017)

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	





B) DERIVACIÓN TRAS HOSPITALIZACIÓN A AP SEGUIMIENTO PRECOZ TRAS ALTA



B. Derivación tras hospitalización a Distrito AP. Seguimiento «precoz» tras el alta



ATENCION HOSPITALARIA (UIC)

- IC sistólica (FEVI \leq 40%)
- IC diastólica con criterios de complejidad (Dos o más ingresos en los últimos 6 meses por IC, visitas frecuentes a urgencias por IC, Grado funcional III-IV refractario)

ALTA HOSPITALARIA POR IC

GESTORA DE CASOS

- 00078 Gestión ineficaz de la propia Salud.
- 00079 Incumplimiento.
- 00061 Cansancio del rol cuidador/ Claudicación familiar.
- Índice de Brass > 20 (complejo)
- Incluidos en el programa de Cuidados paliativos
- Reingresos frecuentes.





ATENCION PRIMARIA
+ CAR CARDIO/MI

- IC predominante diastólica (FEVI > 40%)
- Sin criterios de complejidad (no más de dos ingresos en los últimos 6 meses, sin GF III-IV refractario previo al ingreso)
- No tributarios de tratamientos invasivos

CITACIÓN

UIC: Enfermera UIC
AP: Cita “telefónica” enfermera AP en 2-4 días + Cita CAR 1 mes

Seguimiento «precoz» en AP tras el alta

- Al alta:
 - Cita “telefónica” enfermera AP en 2-4 días agenda virtual específica 
 - Cita **CARDIOLOGÍA 1 mes.** 
- Otras vías:
 - Referente IC: mail, teléfono (listados actualizados).
 - Buzón de alta al profesional de AP.



CEREZO SANCHEZ, PALOMA

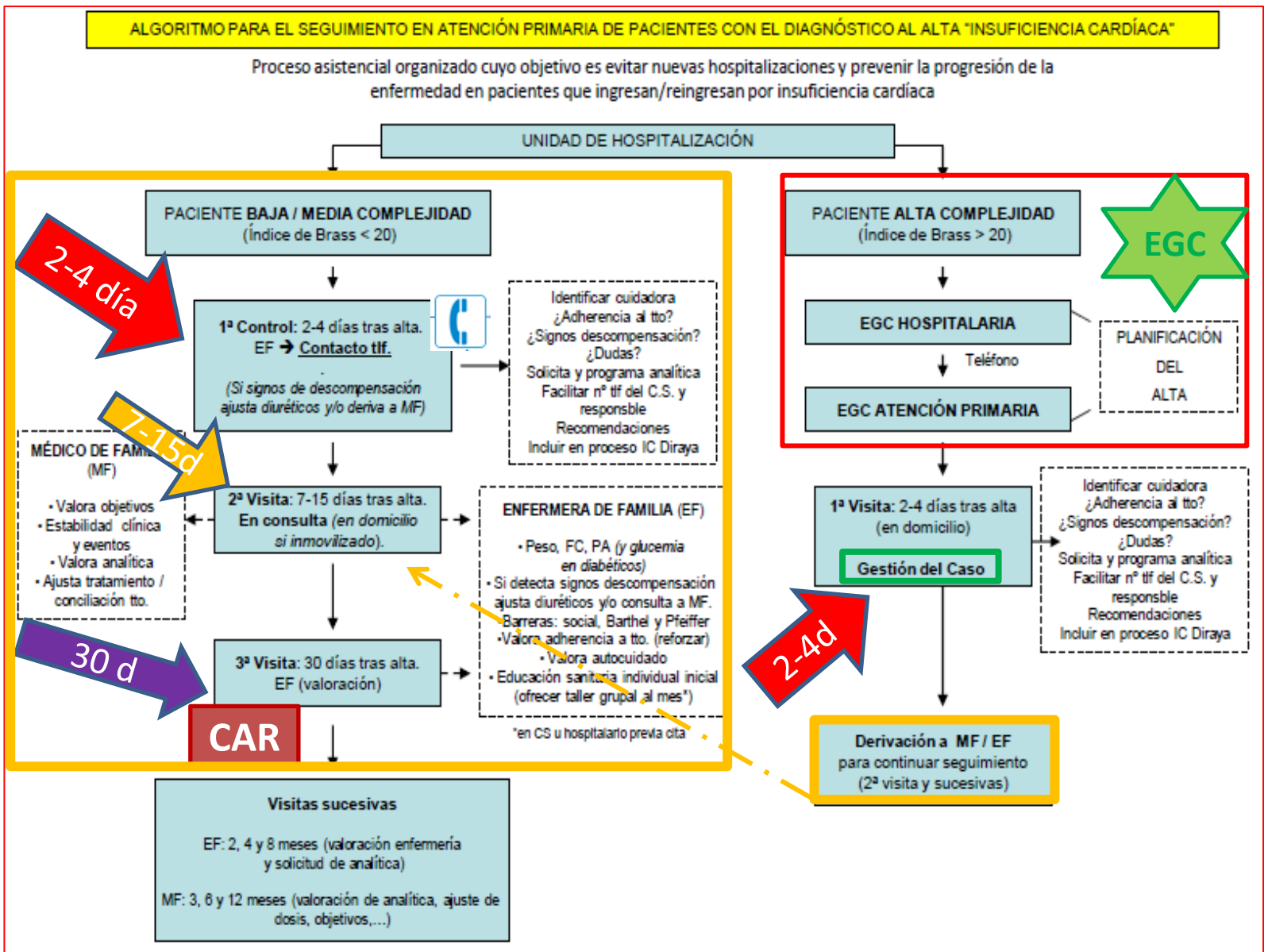
Leído No leído Fecha Eliminar Notificaciones 1 - 20 de 40

- Urgencia Hospitalaria
- Urgencia Hospitalaria
- Teleconsulta
- Hospitalización
Enviado a [redacted] Su paciente [redacted] ha sido dado en alta de Complejo Hospitalario de Granada. Motivo del alta: Curación/Mejoría Paciente [redacted] 21 abr 2021 16:45

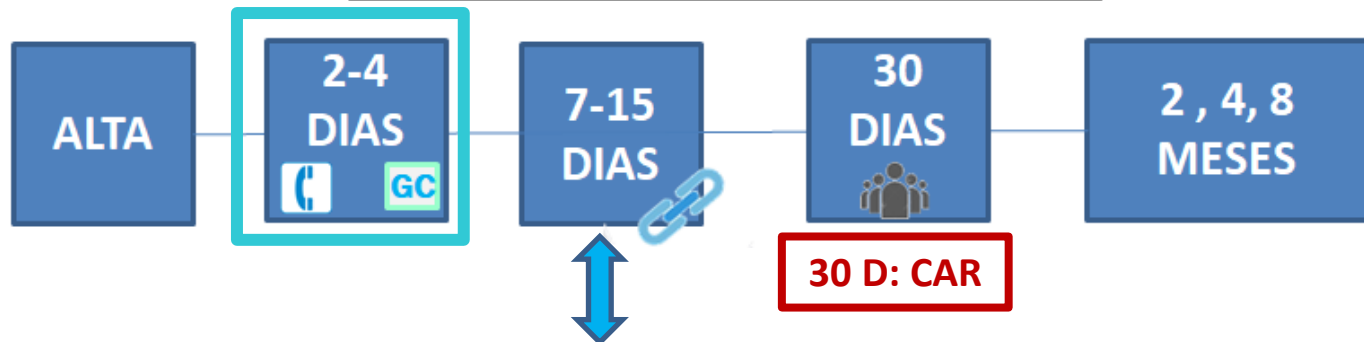
Notificación asociada al paciente ([redacted] (AN: [redacted]))

con NUHSA AN ha recibido el alta de Complejo Hospitalario de Granada el día 21/04/2021 a las 16:45:00. Diagnóstico al alta:
Profesional responsable: [redacted] con CNP: [redacted] Datos de contacto del paciente: Domicilio: [redacted] Teléfono: [redacted]

Seguimiento «precoz» AP tras alta



ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA



2-4
DIAS

- Identificar cuidador/a
- ¿Adherencia al tratamiento?
- ¿Signos descompensación?
- ¿Dudas?
- Solicitar y **programar analítica**: creat, Na, K, Hb
- Facilitar nº tlf del C.S. y responsable
- Recomendaciones: dieta, control peso, TA y FC
- Incluir en proceso IC Diraya

- ✓ Sistemática de evaluación
- ✓ Signos de alarma
- ✓ ¿Qué hacer signos de alarma?

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



SISTEMÁTICA DE EVALUACIÓN CONSULTA

- ✓ Peso, FC, PA (y glucemia en diabéticos)
- ✓ Detectar barreras: social, Barthel y Pfeiffer
- ✓ Valora adherencia a tratamiento y autocuidado (reforzar).
- ✓ Educación sanitaria individual → Ofrecer taller grupal al mes en CS u hospital (cita).



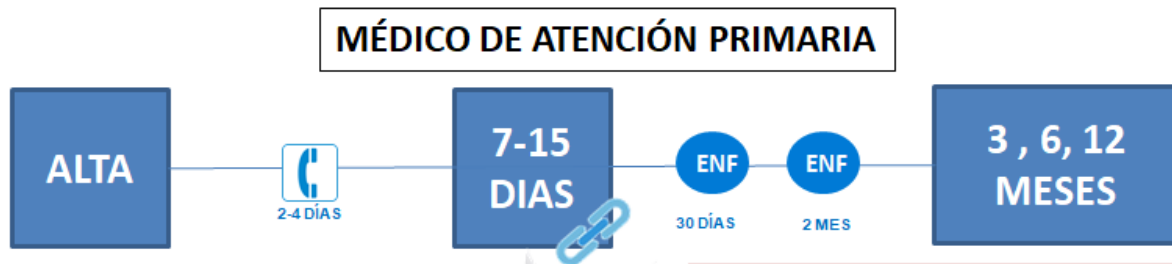
SIGNOS DE ALERTA

- ✓ Aumento de peso rápido: más de 1kg/día o más de 2 kg en 2-3 días.
- ✓ Edemas en tobillos o abdomen (ascitis).
- ✓ Disminución de la cantidad de orina.
- ✓ Empeoramiento de disnea, ortopnea o crisis de disnea nocturna
- ✓ Tos seca persistente, dolor torácico.
- ✓ Mareo o pérdida de conciencia (síncope)



QUE HACER ANTE SIGNOS DE ALERTA?

- ✓ Síntomas congestivos: ajustar diuréticos (si está pautado)
- ✓ Contactar con médico AP.



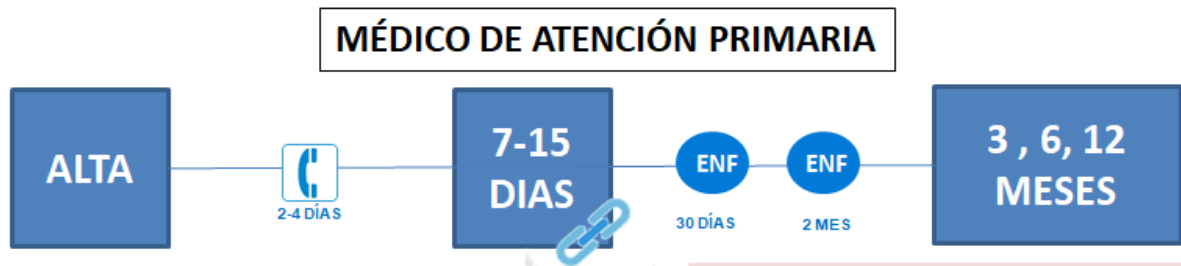
SISTEMÁTICA DE EVALUACIÓN

- ✓ Objetivos: Frecuencia cardíaca, tensión arterial y peso
- ✓ Estabilidad: clase funcional y síntomas congestivos
- ✓ Eventos adversos
- ✓ **Valorar analítica básica:** hemograma, iones, función renal
- ✓ Tratamiento: adherencia, conciliación y optimizar.
- ✓ Régimen flexible diuréticos.

SIGNOS DE ALERTA

- ✓ Aumento de peso rápido: más de 1kg/día o más de 2 kg en 2-3 días.
- ✓ Edemas en tobillos o abdomen (ascitis).
- ✓ Disminución de la cantidad de orina.
- ✓ Empeoramiento de disnea, ortopnea o crisis de disnea nocturna
- ✓ Tos seca persistente, dolor torácico.
- ✓ Mareo o pérdida de conciencia (síncope)





QUE HACER ANTE SIGNOS DE ALERTA?

• SÍNTOMAS CONGESTIVOS:

- Si TAS > 100 mmHg: aumento diuréticos (furosemida) durante 3-4 días:
Si mejoría: reducir progresivamente dosis diuréticos

Si empeoramiento: contactar con UIC

- Si TAS < 90-100 mmHg: reducción dosis IECA/ARAII/ARNI y aumento dosis **furosemida (contactar con UIC si no mejoría)**
- **TAS < 90 mmHg o > 140 mmHg:** Reducción o aumento dosis IECA/ARAII/ARNI
- **FC < 50 lpm (hacer ECG):** Reducción/suspensión Betabloqueantes/digoxina/ivabradina
- **FC > 120 lpm (hacer ECG) y TA > 100 mmHg:** Aumentar dosis de Betabloqueante

CON UIC, SI...

Persistencia síntomas congestivos severos

Hb < 9 g/dl, Cr de novo > 2.5 mg/dl, K⁺ > 5,5 mEq/l,

TAS < 90 mmHg sintomática persistente





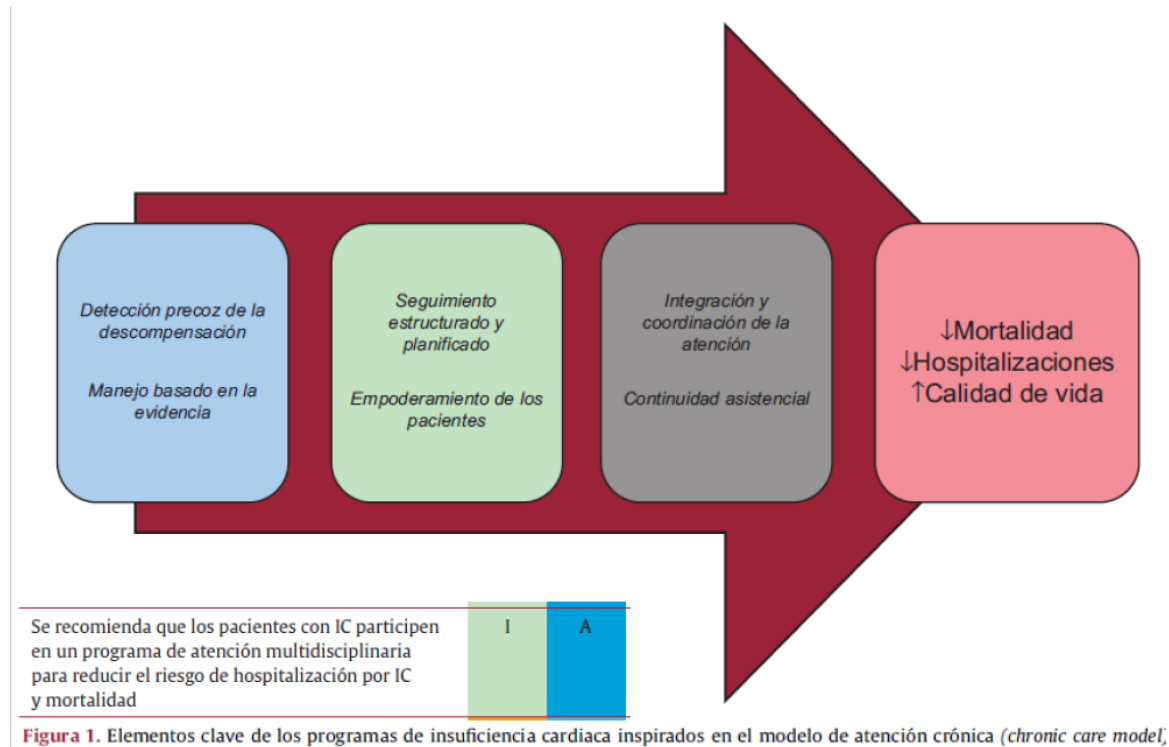
CONCLUSIONES

- Papel del Médico de Familia manejo paciente con IC:
 - **Reconocimiento** de síntomas /signos compatibles con el diagnóstico de ICC.
 - Diagnóstico diferencial: Descartar otras causas de disnea / edemas...
- Conocer y aplicar vía clínica **o ruta asistencial**.
 - Inestabilidad → Derivación urgente.
 - **Derivación programada:** ¿qué?, ¿cómo?, ¿con qué?.
- **Plan de seguimiento:**
 - Calendario de visitas.
 - Objetivos terapéuticos, titulación fármacos, protocolos consensuados.
 - Detección precoz de inestabilidad, progresión.
- Proceso Educativo pacientes/cuidadores.
- Comunicación bidireccional.
- Formar parte de la “Unidad de IC”.



CONCLUSIONES

- ¿Por qué?



- Barreras:
 - No agendas estructurada en AP...
 - Consulta a demanda.
 - Menor trabajo por cupos->enfermería por tareas.
 - No longitudinalidad: salientes, renovaciones corta duración...