Anexo V: INSUFICIENCIA CARDIACA

Derivación y Transiciones del paciente al alta

Coordinación Primaria-Especializada

Actualizado mayo 2026

CARDIOLOGÍA
MEDICINA INTERNA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

JUNTA DE ANDALUCIA
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Distrito Sanitario Granada-Metropolitano

www.husc.es @hospsancecilio @husc.es

JUNTA DE ANDALUCIA
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA GRANADA–METROPOLITANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

DERIVACIÓN DESDE AP-HOSPITAL POR INSUFICIENCIA CARDIACA

ATENCIÓN PRIMARIA

¿QUÉ PACIENTE DERIVAR?

- ❑ **SOSPECHA IC "NOVO"**

DISNEA
Sin otra causa u
otros síntomas de IC

→ E. física
ECG
Rx tórax

- Normal → NTproBNP > 125
BNP > 35
  - No → Considerar otros
  - Sí → Cardiología
- Alguno anormal → Cardiología

- ❑ **IC YA DIAGNOSTICADA**

Progresión
Nuevos síntomas o Cpt
Falta de respuesta al ttº
Necesidad de reajuste del ttº

- Sí → Cardiología
- No → Seguimiento AP

¿CÓMO LO DERIVAMOS?

Por criterio de gravedad :

❑ EAP o Shock, SCA, arritmias graves, TEP o Taponamiento
❑ TAs >220 o <80 y TAd > 120; >25 rpm; >130 lpm; >38,5; 0<90%
❑ IC "Debut" y NYHA III-IV; no respuesta ttº (edema grave o disnea con decúbito o pequeña deambulación); comorbilidad "activa" grave; imposibilidad de control ambulatorio

SI → URGENCIAS/ HOSPITALIZACION

NO → CONSULTA ALTA RESOLUCIÓN
* Seguidos en UIC

¿CON QUE DERIVAMOS?

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

CARDIOLOGÍA

¿QUÉ RESPUESTA DAR?

Atención en CAR <20-30 días

EVALUACIÓN:
❑ Historia Clínica + E. Física + ECG
❑ Ecocardiograma + NT-proBNP
❑ Otras según: holter, ergo, isótopos, hemodinámica, RMN…

INFORME CLINICO:
❑ Confirmación diagnóstico IC
❑ Diagnostico etiológico
❑ FEVI
❑ Clasificación funcional NYHA
❑ Tratamiento:
- Plan farmacológico
- Medidas generales (+web)
- Objetivos terapéuticos

SEGUIMIENTO:

IC y FEVI<40%
IC y FEVI≥40% complicada
(ingresoshospitalario
o visitas a urgencias fc)
→ **UIC**

Cardio	IC sistólica SIN co-morbilidad predominante	Subsidiarios de intervención
Interna	IC diastólica Pluripatológico Gran comórbido	Sd Geriátrico

*Si autonomía , soporte social y motivación suficiente

Cardiopatías significativa
(valvulopatía/isquémica
/miocardiopatía familiar)
→ Consultas externas/específicas de Cardiología

IC y FEVI ≥40% y
Sin cardiopatía significativa
→ **AP**
- ❑ Seguimiento con protocolos comunes (visitas, titulación, exploraciones, educación)
- ❑ Comunicación bidireccional (correo corporativo y/o teléfono)

REGISTRAR EN "DIRAYA AP": Proceso IC una vez confirmado Dx

(AP: Atención Primaria; UIC: unidad de IC)

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO UIC

cardiouic.husc.sspa@juntadeandalucia.es
669461 (exterior 647-77 9461)
www.husc.es/especialidades/cardiologia

Médicos: C: Jesús G. Sánchez Ramos/Diego Segura Rodríguez/Norberto Herrera Gómez
I: Alfredo Jose Pardo Cabello
Enfermeras: Esther Rebollo Barragán / Vera Berrio Gutiérrez
Gestora Casos: Belén Esteban Vilchez / Mari Luz Flores Antigüedad

DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA GRANADA–METROPOLITANO

PREPARACIÓN ALTA HOSPITALIZADO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Proceso asistencial organizado cuyo objetivo es evitar nuevas hospitalizaciones y prevenir la progresión

INGRESO
Interna | Cardio

→ **ALTA**

Seguimiento →

- **UIC**
  1. Dx ppal al alta: Insuficiencia Cardiaca
  2. Paciente con movilidad/voluntad para acudir a un programa hospitalario
- **GC**
  Índice de Brass >20 (paciente complejo)
- **AP**
  1 Sin movilidad/voluntad para acudir a un programa hospitalario
  2. Cuidados paliativos

Cardio	Interna
SIN comorbilidad significativa asociada que condicione su pronóstico	Pluripatológico que precise estudio adicional o necesidad de tratamiento específico NO cardiológico.
Subsidiarios de intervencionsmo	Síndromes geriátricos

MÉDIC@

SISTEMÁTICA DE EVALUACIÓN

- ❑Evaluación diagnóstica y etiológica
- ❑Identificación y resolución precipitantes
- ❑Mejora de las comorbilidades
- ❑Revisión y optimización del tratamiento (iSGLT2; FEr: Bbloq IECA/ARAII/sacubitri +ARM+Vericiguat.)

☑ ESTABILIDAD PRE-ALTA

- ✓Ausencia de congestión
- ✓Función renal e iones estables
- ✓BNP/NT-proBNP en descenso
- ✓FC <70 lpm (< 80 en FA)
- ✓TA < 140/90 mmHg.

☑ INFORME DE ALTA :

- ➢**Diagnóstico:**
  IC debut o Descompensación
  Tipo de IC y FEVI
  Etiología
  Clase NYHA al alta
- ➢**Datos al alta:**
  Peso, TA , Ritmo, Fc , Creat, iones, hb, NT-BNP (si posible)
- ➢**Tratamiento al alta:** Conciliado.
- ➢**Seguimiento"cita":** AP o UIC

ENFERMERÍA

Detección al ingreso del paciente con Insuficiencia Cardíaca

EVALUACIÓN INTEGRAL

- •*Cuestionarios*: Índice de Barthel, Escala Brass y Deca-mir
- •*Detectar y corregir barreras:* social, dependencia y cognitivo
- •Comprobar autocuidado y adherencia (reforzar)

PROCESO EDUCATIVO (paciente y cuidador)

- ○ Entrega "triptico" informativo
- ○ Educación básica "durante" y pre-alta (cuaderno educativo guía)

PLANIFICACIÓN DEL ALTA A DOMICILIO:

- ❑Informe alta de enfermería:
  - Check-list de valoración pre-alta con intervención realizada
  - Plan de cuidados común
- ❑ Remite informe AP
- ❑ Comprueba citas al alta: AP ("agenda telefónica" o GC) o UIC

(UIC: unidad de IC; GC: gestor casos; AP:primaria)

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO UIC

cardiouic.husc.sspa@juntadeandalucia.es
669461 (exterior 647-77 9461)
www.husc.es/especialidades/cardiologia

Médicos: C: Jesús G. Sánchez Ramos/Diego Segura Rodríguez/Norberto Herrera Gómez
I: Alfredo Jose Pardo Cabello
Enfermeras: Esther Rebollo Barragán / Vera Berrio Gutiérrez
Gestora Casos: Belén Esteban Vilchez / Mari Luz Flores Antigüedad

TRANSICIÓN ALTA HOSPITALARIA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

PLANTA DE CARDIOLOGIA — PLANTA DE MEDICINA INTERNA

GESTOR CASOS HOSPITAL

- **Enfermera UIC**
- **Gestor Caso AP**
- **Enfermera AP**
  - Cita telefónica <72 h
  - Programa cita lab

- ✓ Petición Lab básico x médico
- ✓ Cita agenda Gestión Casos (+ buzon med/enf AP)

Índice de Brass > 20 → Cita presencial 48-72 h

VISITA EN 48-72H por parte de ENFERMERÍA de AP

CRITERIOS INCLUSIÓN UIC:
1. Dº ppal al alta: IC
2. Paciente con movilidad/voluntad para acudir a un prog. hospitalario
3. Cuidador principal identificado

→ UIC CAR / UIC MI

VÍA PACIENTE SEGUIMIENTO UNIDAD IC HOSPITALARIA		COMUNICACION	VÍA PACIENTE SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA
DÍA 07	ANALÍTICA		DÍA 07 — ANALÍTICA
DÍA 10	VISITA FACULT/ENF UIC	COMUNICACION	DÍA 10 — VISITA FACULTATIVO/ENF AP
DÍA 30	VISITA FACULTATIVO UIC	COMUNICACION	DÍA 30 — VISITA FACULTATIVO/ENF AP
3/6/12M	VISITA FACULTATIVO UIC*	COMUNICACION	3/6/12M — VISITA FACULTATIVO/ENF AP*

CRITERIOS SEGUIMIENTO EN AP:
1. Paciente sin movilidad/voluntad para acudir a un programa hospitalario
2. Cuidados paliativos

* Según situación clínica

cardiouic.husc.sspa@juntadeandalucia.es
669461 (exterior 647-77 9461)
www.husc.es/especialidades/cardiologia

Médicos: C: Jesús G. Sánchez Ramos/Diego Segura Rodríguez/Norberto Herrera Gómez
I: Alfredo Jose Pardo Cabello
Enfermeras: Esther Rebollo Barragán / Vera Berrio Gutiérrez
Gestora Casos: Belén Esteban Vilchez / Mari Luz Flores Antigüedad

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA POR "INSUFICIENCIA CARDÍACA"

DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA GRANADA-METROPOLITANO

HUVN HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

ALTA HOSPITALARIA DIAGNÓSTICO INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

CITACIÓN DIRECTA , **CITA TELEFÓNICA EN AGENDA "GESTIÓN ALTA HOSPITALARIA"** DE ATENCIÓN PRIMARIA

1ª VISITA
2-4 DÍAS POST ALTA

- ✓ Adherencia al tratamiento
- ✓ Signos descompensación*
- ✓ Constantes: FC, PA, Peso, Glucemia si DM
- ✓ Programar analítica 7º día
- ✓ Confirmar Cuidador/a
- ✓ Facilitar contacto de C de Salud
- ✓ Recomendaciones**

ÍNDICE BRASS < 20
BAJA/MEDIA COMPLEJIDAD
CITA TELEFÓNICA

Si signos de descompensación ajustar diuréticos y/o derivar a MF

ÍNDICE BRASS > 20
ALTA COMPLEJIDAD
CITA PRESENCIAL

Si signos de descompensación ajustar diuréticos y/o derivar a MF

7 DÍAS
Extracción analítica solicitada al alta

ENFERMERÍA FAMILIA
- ✓ Peso, TA, FC, Glucemia si DM
- ✓ Barthel y Pfeiffer
- ✓ Adherencia tratamiento
- ✓ Valora autocuidado
- ✓ Recomendaciones**

MÉDICO FAMILIA
- ✓ Valora objetivos control
- ✓ Signos descompensación*
- ✓ Valora resultados analítica
- ✓ Ajusta tratamiento
- ✓ Conciliación de medicación

2ª VISITA
10 DÍAS POST ALTA

CONSULTA PRESENCIAL
Si inmovilizado, en domicilio

3ª VISITA
30 DÍAS POST ALTA

Valoración EF

VISITAS SUCESIVAS

EF: 2, 4 Y 8 meses (valoración constantes, autocuidado, adherencia al tratamiento)
MF: 3, 6 y 12 meses (valoración de analítica si procede, signos de descompensación, ajuste de dosis, objetivos.....)

*** SIGNOS DESCOMPENSACIÓN**
- ➢ Aumento de peso (>3kg una semana)
- ➢ Edemas
- ➢ Oliguria
- ➢ Disnea
- ➢ Dolor precordial
- ➢ Tos Irritativa
- ➢ Mareo o pérdida de conciencia

**** RECOMENDACIONES**
- ➢ Procurar dieta sana (poca sal sin grasas)
- ➢ Evitar hábitos tóxicos (alcohol, tabaco)
- ➢ Cumplir el tratamiento
- ➢ Pesarse a diario

HELGA MARÍA CASTILLO BUENO. MÉDICO DE FAMILIA. DISTRITO AP GRANADA METROPOLITANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO UIC
cardiouic.husc.sspa@juntadeandalucia.es
669461 (exterior 647-77 9461)
www.husc.es/especialidades/cardiologia

Médicos: C: Jesús G. Sánchez Ramos/Diego Segura Rodríguez/Norberto Herrera Gómez
I: Alfredo Jose Pardo Cabello
Enfermeras: Esther Rebollo Barragán / Vera Berrio Gutiérrez
Gestora Casos: Belén Esteban Vilchez / Mari Luz Flores Antigüedad

DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA GRANADA-METROPOLITANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA POR "INSUFICIENCIA CARDÍACA"

Proceso asistencial organizado cuyo objetivo es evitar nuevas hospitalizaciones y prevenir la progresión de la enfermedad en pacientes que ingresan/reingresan por insuficiencia cardíaca

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

ALTA → 2-4 DIAS (C, GC) → 7-15 DIAS → 30 DIAS → 2 , 4, 8 MESES

C

- Identificar cuidador/a
- ¿Adherencia al tratamiento?

GC

- ¿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 CONSULTA

- Peso, FC, PA *(y glucemia en diabéticos)*
- Si detecta signos descompensación ajusta diuréticos (si pautado) o consulta MF.
- *Detectar barreras: social, Barthel y Pfeiffer*
- Valora adherencia a tto. (reforzar)
- Valora autocuidado
- 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?

1) **Síntomas congestivos:** ajustar diuréticos (si está pautado)
2) **Contactar con médico AP**:

- Síntomas congestivos persistente
- Si TAS < 90 o síntomas ortostáticos: Reducción dosis IECA/ARAII/ARN
- Si TAS >160 mmHg: Subir IECA/ARAII/ARN o asociar.
- FC < 50 lpm (hacer ECG): Reducción/suspensión betabloqueantes/digoxina/ivabradina
- FC > 120 lpm (hacer ECG): Aumentar dosis de Betabloqueante

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO UIC

cardiouic.husc.sspa@juntadeandalucia.es
669461 (exterior 647-77 9461)
www.husc.es/especialidades/cardiologia

Médicos: C: Jesús G. Sánchez Ramos/Diego Segura Rodríguez/Norberto Herrera Gómez
I: Alfredo Jose Pardo Cabello
Enfermeras: Esther Rebollo Barragán / Vera Berrio Gutiérrez
Gestora Casos: Belén Esteban Vilchez / Mari Luz Flores Antigüedad

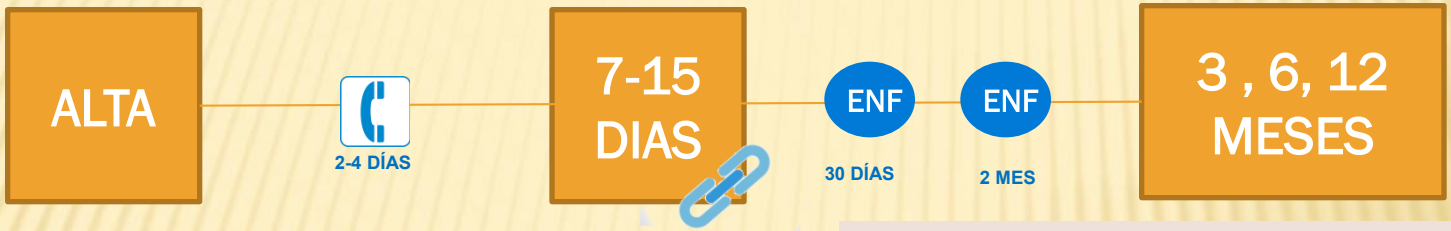
DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA GRANADA-METROPOLITANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA POR "INSUFICIENCIA CARDÍACA"

Proceso asistencial organizado cuyo objetivo es evitar nuevas hospitalizaciones y prevenir la progresión de la enfermedad en pacientes que ingresan/reingresan por insuficiencia cardíaca

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA



SISTEMÁTICA DE EVALUACIÓN

- Objetivos: Frecuencia cardiaca, 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 paroxística nocturna,
✓Tos seca persistente, dolor torácico.
✓Mareo o pérdida de conciencia (síncope)

QUE HACER ANTE SIGNOS DE ALERTA?

1) SÍNTOMAS CONGESTIVOS

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

2) TAS < 90 mmHg o > 140 mmHg

- Reducción o aumento dosis IECA/ARAII/ARNI

3) FC < 50 lpm (hacer ECG)

- Reducción/suspensión Betabloqueantes/digoxina/ivabradina

4) FC > 120 lpm (hacer ECG) y TA > 100 mmHg

- Aumentar dosis de Betabloqueante

5) CONTACTAR 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

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO UIC

cardiouic.husc.sspa@juntadeandalucia.es
669461 (exterior 647-77 9461)
www.husc.es/especialidades/cardiologia

Médicos: C: Jesús G. Sánchez Ramos/Diego Segura Rodríguez/Norberto Herrera Gómez
I: Alfredo Jose Pardo Cabello
Enfermeras: Esther Rebollo Barragán / Vera Berrio Gutiérrez
Gestora Casos: Belén Esteban Vilchez / Mari Luz Flores Antigüedad

SEGUIMIENTO EN UNIDAD DE IC TRAS ALTA O DEBUT POR "INSUFICIENCIA CARDÍACA"

DIAGNOSTICO

FASE I (2-3 meses)

VIGILANCIA, ESTABILIZACION
TITULACION, EDUCACION

Primera Visita
Conjunta
médico/enfermera
Valoración integral
Plan terapéutico/educativo

Visitas polivalentes

Visita Fin fase inicial
Conjunta médico/enfermera
Planifica Evaluación postI

FASE II (3-12 meses)

CALIDAD DE VIDA, PRONOSTICO, REFUERZO

Rehabilitación Cardiaca

Evaluación postintervencion
Valoración funcional
Reevaluacion FEVI
Holter

TOMA DECISIONES
-Dispositivos
-Necesidad de Tx
-Tt° especiales

SEGUIMIENTO

FASE III (> 1 año)

MANTENIMIENTO

UIC

Atención Primaria y/o Consulta General

(cumplen TODAS)
Función sistólica preservada
Disfunción sistólica & CF I-II
Y
Ausencia descompensaciones
Buen nivel de autocuidado
No candidatos a dispositivos

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO UIC
cardiouic.husc.sspa@juntadeandalucia.es
669461 (exterior 647-77 9461)
www.husc.es/especialidades/cardiologia

Médicos: C: Jesús G. Sánchez Ramos/Diego Segura Rodríguez/Norberto Herrera Gómez
I: Alfredo Jose Pardo Cabello
Enfermeras: Esther Rebollo Barragán / Vera Berrio Gutiérrez
Gestora Casos: Belén Esteban Vilchez / Mari Luz Flores Antigüedad

SEGUIMIENTO IC CRÓNICA NO DESCOMPENSADA

Criterios de Seguimiento según Nivel Asistencial

Situación funcional I y II
Tratamiento optimizado

Paciente sintomático III-IV
Cardiopatía compleja
Indicación de dispositivos

Centro de Salud
Enfermería: c/6-12m
Médico de AP: c/6-12 meses

↔ **Cardiología**

1. Seguimiento por Médico de Atención Primaria
- Situación Funcional I-II.
- Sin descompensaciones de IC en el último año (no ha precisado ingreso).
- Tratamiento optimizado. Diuréticos según congestión

2. Seguimiento por Cardiología y Atención Primaria
- Pacientes con síntomas avanzados o descompensaciones fc.
- Considerar otros tratamientos según evolución/situación clínica
- Cardiopatía estructural que precisa seguimiento específico:
  - -Valvulopatía significativa con opciones terapéuticas. Prótesis valvulares.
  - -Cardiopatía isquémica sintomática.
  - -Miocardiopatías específicas.
  - -Candidatos o portadores de DAI y/o Resincronizador implantado.
  - -Candidatos a Trasplante o dispositivos

Actuaciones del equipo de atención primaria en el seguimiento

1. **Educación / autocuidado:**
   - Dieta y nutrición.
   - Ejercicio físico aeróbico
2. **Adherencia al tratamiento**
3. **Evaluación situación clínica**
   - Capacidad funcional
   - Edemas periféricos / signos de congestión pulmonar
   - Efectos secundarios de la medicación

4. **Constantes**
   - **Peso:** (instruir en automedición del peso corporal diario (preferible), máximo 2 veces/semana)
   - Presión arterial
   - Frecuencia Cardiaca
5. **Vacunación antigripal (anual) / Neumococo**
6. **Electrocardiograma**
7. **Analítica:** Hemograma, Crea, Na y K… NT-proBNP anual
8. **No precisan solicitud de ecocardiograma:**
   - Paciente clínicamente no descompensado, sin cambios en evolución
   - IC con función sistólica conservada
   - Ausencia de cambios clínicos ni electrocardiográficos
   - No prevista modificación terapéutica

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO UIC

cardiouic.husc.sspa@juntadeandalucia.es
669461 (exterior 647-77 9461)
www.husc.es/especialidades/cardiologia

Médicos: C: Jesús G. Sánchez Ramos/Diego Segura Rodríguez/Norberto Herrera Gómez
I: Alfredo Jose Pardo Cabello
Enfermeras: Esther Rebollo Barragán / Vera Berrio Gutiérrez
Gestora Casos: Belén Esteban Vilchez / Mari Luz Flores Antigüedad

www.husc.es/especialidades/cardiologia/uic_unidad_insuficiencia_cardiaca