HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

UNIDAD INSUFICIENCIA CARDIACA

III Jornadas sobre

Atención Multidisciplinar del Paciente con Insuficiencia Cardíaca

PUNTOS DE ENCUENTRO EN IC

11 Mayo 2023

# Inauguración Jornada

**11- mayo- 2023**

**Organiza: Unidad de Insuficiencia Cardiaca**

- Jesús G. Sánchez Ramos. Cardiólogo
- Diego Segura Rodríguez. Cardiólogo
- Alfredo Pardo Cabello. Internista
- Maite Molina Ruiz. Enfermera

**Invitados:**

- ✓ Eduardo Moreno Escobar. Cardiología
- ✓ Pilar Giner Escobar. Medicina Interna
- ✓ Rogelio Molina Ruano. Urgencias
- ✓ Farid Muwaquet Rodríguez. Distrito sanitario G-M
- ✓ Francisco J. Guerrero García. Dirección médica HUSC

# Impacto IC en nuestra área

Cortesía Dr Francisco Guerrero

**CENTROS AP: PROVINCIA GRANADA 2022**

| nº casos | x10.000 h | Prevalencia R | Mortalidad |
|---|---|---|---|
| 28.474 | 277 | 3% (17,5% $_{>65ª}$) | 10,3% |

**DATOS HOSPITALIZACIÓN HUSC 2022**

| DxP | Servicio | EM | Rit $_{30d}$ | Mort$_{hosp}$ |
|---|---|---|---|---|
| 526 (1350 dxs) | C 228<br>MI 298 | 10,8 d | 2,3% | 14,6% |

**DATOS UIC HUSC 2022 (-2011)**

| Nuevos | Pacientes | Actividad | Mort |
|---|---|---|---|
| C 244<br>MI 73 | 1284 (715 a)<br>225 | 1056 md<br>1942 enf | 210 (14%)<br>(seg. 2,5 a) |

# Guía para la atención multidisciplinar e integral de la insuficiencia cardiaca

La Heart Failure Policy Network

## Figura 1. Circuito multidisciplinar e integral en la atención de la insuficiencia lave de calidad

a atención de paciente, especialmente en momentos de necesidades cambian, en todos los niveles de atención y en los do del paciente.[2 6]

**Clave**

⚠ Los puntos de fricción representan áreas problemáticas bien conocidas en las que los cuidados y el apoyo fallan en muchos pacientes. No todos los pacientes son iguales. No todos los pacientes serán tratados en el hospital. Los puntos de fricción 4 y 5 pueden ocurrir en cualquier lugar tras el diagnóstico.

**Las tres fases del recorrido de un paciente con insuficiencia cardiaca (IC)**

| | Diagnóstico | Cuidados y seguimiento | Convivencia con la IC |
|---|---|---|---|
| **¿Cómo debe ser una atención de calidad?** | • Los profesionales sanitarios detectan rápidamente los signos o síntomas de la IC al trabajar en estrecha relación con otros niveles de atención[13]<br>• Derivación desde la atención primaria para un diagnóstico realizado por especialistas que incluye un ecocardiograma y una determinación de péptido natriurético tipo B[13 41]<br>• Diagnóstico definitivo y oportuno que incluye el tipo de IC y las afecciones subyacentes adicionales[6 13 41]<br>• Iniciación de la educación en autocuidado a pacientes, cuidadores y familiares [6 13 41] | • Atención personalizada liderada por un cardiólogo (especializado en IC) o un especialista en medicina interna[13]<br>• Búsqueda del alivio rápido de los síntomas,[6] consideración de un desfibrilador automático implantable, transición hacia la medicación oral tras conseguir la estabilización<br>• Planificación del alta hospitalaria y seguimiento minucioso con indicaciones claras de contacto[23]<br>• Una vez iniciada la planificación de cuidados individualizada, los pacientes son inscritos en programas de gestión de la IC[6 13 17] | • Una educación de alta calidad para pacientes, cuidadores y familiares con el fin de apoyar la experiencia a largo plazo de los pacientes y sus hábitos de autocuidado[13 41]<br>• Enfoque integral de la persona hacia la rehabilitación y el apoyo psicológico[6 13 41]<br>• Una atención continuada que incluye un control minucioso, una gestión individualizada[13] y apoyo realizado por profesionales sanitarios, y pacientes con la misma enfermedad y/o expertos |
| **¿Por qué es vital el enfoque multidisciplinar e integral?** | • La IC suele ser difícil de diagnosticar y los pacientes con IC pueden encontrarse en situaciones diferentes[13]<br>• El diagnóstico, incluida la comprensión de las causas de la IC, requiere la realización de varias pruebas y la valoración de un especialista[6]<br>• La iniciación temprana del tratamiento es esencial para aumentar la esperanza de vida y minimizar los síntomas[6]<br>• Muchos pacientes de alto riesgo precisan una derivación rápida[6] | • Los pacientes con IC tienen necesidades de cuidados complejas, que abarcan especialistas y generalistas[13]<br>• En las semanas posteriores al alta médica existe el riesgo de perder información fundamental y de que se produzca el retraso y la fragmentación de los cuidados[6 41]<br>• Los pacientes con un correcto apoyo post-alta y un plan de asistencia tras el alta hospitalaria reingresan con menor frecuencia[42] | • La IC requiere un apoyo clínico y psicosocial que sea continuado y personalizado[13]<br>• Los ingresos hospitalarios no planificados se pueden evitar siguiendo modelos referentes de atención multidisciplinaria[14 15]<br>• Los pacientes que practican el autocuidado tienen un riesgo menor de volver a ser ingresados y gozan de mejores resultados clínicos y calidad de vida[13 41] |

*La IC suele estar precedida por otras enfermedades, tales como otras afectaciones cardíacas, la enfermedad renal o la diabetes.[5]*

**¿Dónde suele fallar la atención sanitaria a los pacientes?**

1. Presentación y diagnóstico
2. Planificación del alta y seguimiento precoz
3. Gestión clínica
4. Empoderamiento del paciente y autocuidado
5. Planificación anticipada de los cuidados

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

UNIDAD INSUFICIENCIA CARDIACA

## 16 00 Insuficiencia cardíaca **desde la Prevención**

Prevención desde la educación sanitaria: en busca del Paciente Experto.

**Sra. María Teresa Molina**
Enfermería. Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Universitario Clínico San Cecilio.

¿Debemos prescribir ejercicio físico desde consulta?

**Dr. Pablo Toledo**
Cardiología. Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Hospital Universitario Clínico San Cecilio.

Abordaje práctico de la disnea.

**Dra. Tania Ortiz**
Medicina de Familia. Centro de Salud de Armilla.

## 17 00 Insuficiencia cardíaca **desde el Riesgo**

¿Estamos realizando un buen abordaje de la Hipertensión y la Dislipemia para prevenir IC?

**Dr. Juan Carlos Aguirre**
Medicina de Familia. Centro de Salud Fortuny Velutti.

¿Qué papel juega la obesidad y la diabetes en el desarrollo de IC?

**Dr. Miguel Quesada**
Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Clínico San Cecilio.

Impacto de la enfermedad renal crónica en el desarrollo de insuficiencia cardiaca.

**Dra. María Peña**
Nefrología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio.

## 18 00 Insuficiencia Cardiaca **desde la Fibrilación Auricular**

IC con FEVI reducida y Fibrilación Auricular.

**Dr. Diego Segura**
Cardiología. Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Universitario Clínico San Cecilio.

IC con FEVI preservada y Fibrilación Auricular.

**Dr. Jesús Palomares**
Medicina Interna. Hospital Santa Ana, Motril.

## 19 00 Insuficiencia Cardiaca **desde las Descompensaciones**

¿Qué implica el empeoramiento por Insuficiencia Cardíaca en nuestros pacientes?

**Dr. Norberto Herrera**
Cardiología. Hospitalización. Hospital Universitario Clínico San Cecilio.

Congestión en el ámbito ambulatorio: ¿Qué puedo hacer desde la consulta?

**Dr. Jesús Sánchez**
Cardiología. Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Universitario Clínico San Cecilio.

Manejo práctico de la congestión en urgencias: Código diurético.

**Dra. Irene Ortega**
Urgencias. Hospital Universitario Clínico San Cecilio.

PUNTO DE ENCUENTRO (REUNIÓN)