

Ruta assistencial Insuficiència Cardíaca

AGA Barcelonès Nord i Baix Maresme

Júlia Pareja Coca
Medicina Interna
Unitat d'atenció al Malalt Crònic
Juny 2017



Procés d'atenció al pacient amb Insuficiència Cardíaca

- La Insuficiència Cardíaca és una síndrome clínica complexa, causada per canvis hemodinàmics, neurohormonals, moleculars, estructurals i/o funcionals, que disminueixen la capacitat del ventricle del cor per omplir-se o ejectar sang.
- Suposa un augment de la morbimortalitat.
- Representa la **primera causa d'ingrés hospitalari en pacients de més de 65 anys** en el nostre medi i la **tercera causa de mort cardiovascular**

Procés d'atenció al pacient amb Insuficiència Cardíaca

Dispositius assistencials. Circuits

S'estableixen diferents entorns en funció:

- Lloc on s'atén al pacient
- Capacitat de resolució davant les diferents situacions clíniques:
 - diagnòstic IC,
 - IC estable,
 - descompensacions lleus o amb pacient estable
 - pacient inestable urgent,

Fundació Hospital de l'Esperit Sant	
Servei d'Urgències	Unitat del malalt crònic
Servei de Cardiologia	Hospital de dia polivalent
Servei de Medicina Interna	Unitat de Treball Social
Hospitalització convencional	Infermera Gestora de Casos
Consultes externes	Unitat d'Hospitalització a Domicili
Unitat de curta estada	

Centre d'Atenció especialitzada_FHES - CAE Major

Centre d'Atenció primària (ABS 1 a 6)

Procés d'atenció al pacient amb Insuficiència Cardíaca

Diagnòstic de Insuficiència cardíaca

Es realitza a qualsevol dispositiu assistencial, quan el pacient presenta signes i símptomes suggestius de Insuficiència cardíaca → Criteris de Framingham

Probes diagnòstiques

- Rx tòrax
- Pèptids natriurètics (VPN 98%)
- Analítica bàsica (descartar factors desencadenants)
- ECG
- Ecocardiograma

Classificació de la ICC segons New York Heart Association

- NYHA I: Sense limitació de l'activitat física.
- NYHA II: Lleugera limitació de l'activitat física. Asintomàtic en repòs, però les activitats habituals causen fatiga, dispnea o palpitations inapropiades.
- NYHA III: Marcada limitació de l'activitat física. Asintomàtic en repòs, però menys activitats de les habituals causen fatiga, dispnea o palpitations inapropiades.
- NYHA IV: Incapacitat per a qualsevol activitat física sense desconfort. Simptomàtic en repòs.

Visites de seguiment a AP amb el pacient estable (MAP):

- Avaluació de l'estat funcional (NYHA).
- Avaluació de signes i símptomes. Control de pes.
- Ritme del cor i PA, si necessita ECG i si hi ha alteració del ritme respecte a l'anterior.
- Revisió del compliment terapèutic (dieta i fàrmacs) i si necessita ajustar tractament.
- Revisió anual del calendari vacunal: vacuna antigripal anual i pneumocòccica, dosi única (segona dosi en 5 anys si la primera vacunació va ser abans dels 65 anys).
- Analítica semestral o si hi ha un canvi de l'estat funcional. Digoxinèmia si hi ha signes d'intoxicació o incompliment.
- Proves d'imatge si hi ha un canvi simptomàtic important. Només es realitzarà una ecocardiografia de repetició en cas de progressió de la malaltia.

Procés d'atenció al pacient amb Insuficiència Cardíaca Quan s'ha de derivar el pacient a consultes de Cardiologia (CAE, CCEE)?

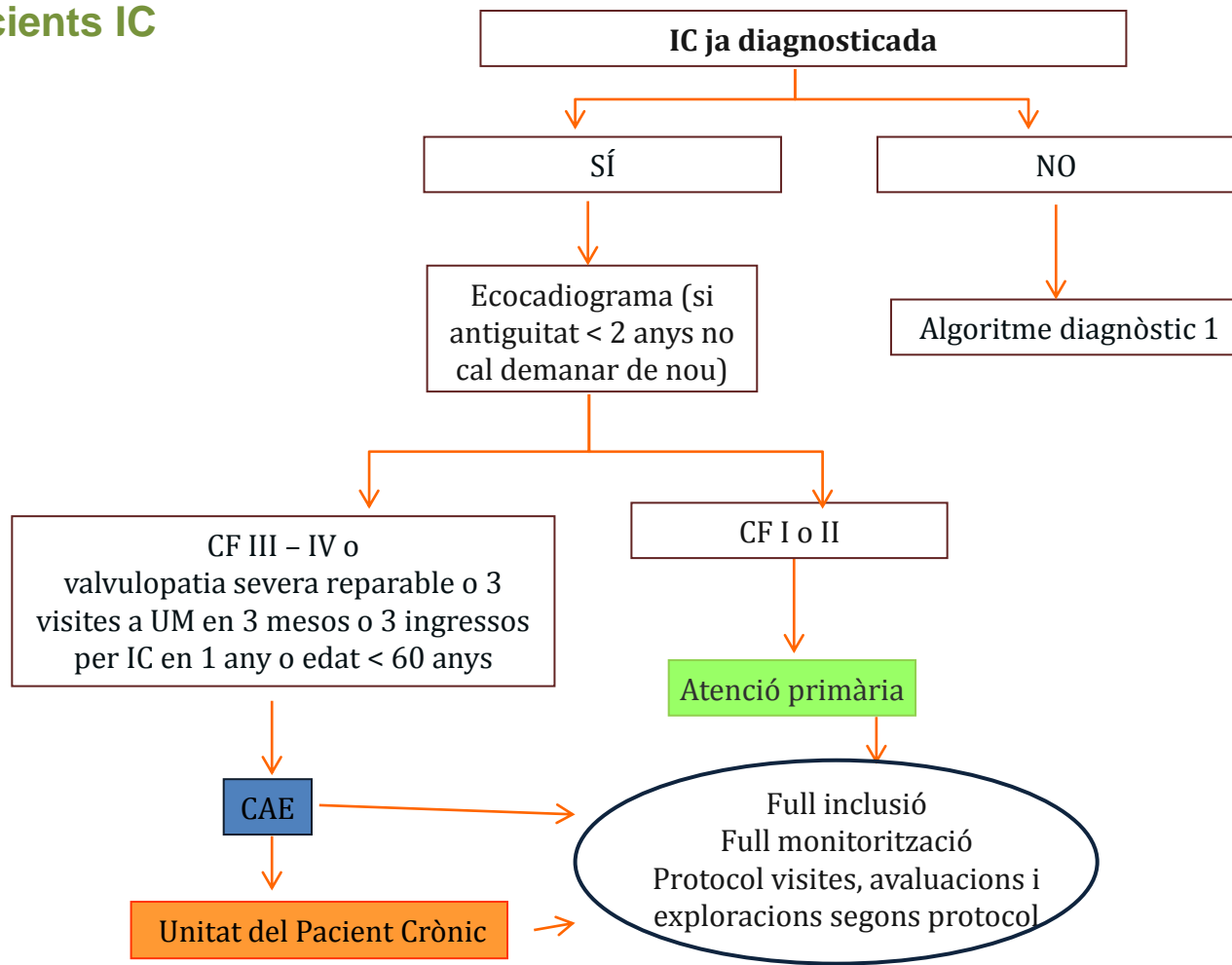
- Classe funcional >II
- Valvulopatia reparable
- Trastorn del ritme recidivant i/o de difícil maneig
- Cardiopatia isquèmica inestable
- Miocardiopatia hipertròfica no secundària a HTA
- Necessitat d'intervencionisme
- 3 visites a urgències en 3 mesos
- 2 ingressos per IC en 1 any, reingrés precoç
- Edat < 60 anys

Si no compleix cap d'aquestes característiques continuarà controls amb l'Equip d'Atenció Primària, amb el pla de cures de infermeria i el protocol de visites de seguiment i monitoratge.

Procés d'atenció al pacient amb Insuficiència Cardíaca

Dispositius assistencials. Circuits

Seguiment pacients IC



Quan s'ha de derivar el pacient a la Unitat de Malat Crònic (Hospital de dia polivalent)

- Descompensacions greus però que no requereixen ingrés (dispnea de mínim esforç, edema important, etc) en pacients PCC i que no responguin a l'ajust de la medicació per part del facultatiu.
- Malalts sense resposta adequada a dosis màximes de diürètics o que necessitin tractament intravenós.
- Pacients complexos identificats des de l'AP que requereixen una atenció mèdica/infermera relacionada amb la seva IC que no es pot resoldre des de l'AP
- Qualsevol altra situació clínica d'IC important, però que no tingui criteris per ser remès a urgències.

La població diana és la mateixa que estableix el Programa de Gestió de Cas pel Pacient Crònic Complex de l'ICS.

Aquells pacients amb ICC amb >2 ingressos anuals, etiquetats PCC, podran ser derivats a UMC des de l'ABS, CAE, Urgències, Consultes Externes o Hospitalització, previ contacte amb la unitat.

Procés d'atenció al pacient amb Insuficiència Cardíaca

Atenció de les aguditzacions

- **Derivació a Urgències Hospitalàries**
 - Pacients amb descompensació amb CF NYHA IV o inestabilitat hemodinàmica
 - Pacients amb malaltia greu concomitant
 - *Valorar ingrés Hospitalari segons evolució i resultats PPCC
- **Atenció especialitzada ambulatoria (CAE i CCEE hospitalaria)**
 - Descompensacions menys greus que no responguin a l'ajust de la mediació
- **Unitat Malalt Crònic previa visita de l'equip d'att primària i amb cita programada**
 - Pacients inclosos en programa de crònics (PCC)
 - Descompensacions greus però que no requereixen ingrés
 - Progressió de la IC en pacients amb tractament correcte, sense factors precipitants.
 - Pacients que necessitin un programa de seguiment i atenció més intensiu que el que es pot oferir al centre d'atenció especialitzada a primària
 - Visites reiterades a urgències per IC (més de 3 visites en 3 mesos).
 - Ingressos reiterats per IC (més de 3 ingressos en 1 any).
 - Contraindicacions o intolerància a fàrmacs de primera línia (IECA, ARA II i betablocadors).

Procés d'atenció al pacient amb Insuficiència Cardíaca

Programes de Rehabilitació

- Pacients en classe funcional I NYHA: seguir un programa d'educació sobre els beneficis de l'exercici físic per part d'infermeria amb el suport d'un fulletó
- Pacients en classe funcional IV NYHA: seguir un programa de rehabilitació domiciliaria.
- Pacients de classe funcional II-III NYHA: seguir un programa de rehabilitació hospitalària.
 - derivar a servei de Rehabilitació de HGTiP

Pacient Crònic Complex

- Pluripatologia crònica dominant Estatus Clinical Risk Group –CRG- 7 o 6 (malaltia crònica en 2 òrgans o més) o GMA >3
- Una única patologia crònica dominant (CRG 5) i haver tingut >2 ingressos hospitalaris urgents en els últims 12 mesos (criteri de gravetat de la patologia)
- Amb dós casos sempre que existeixi fragilitat/discapacitat avaluada en les dimensions social, funcional motora, cognitiva, emocional, nutricional

Unitat Malat Crònic – H. Dia Polivalent

CRITERIS INCLUSIÓ UNITAT MALALT CRÒNIC (UMC)

Pacient amb criteris de PCC/MACA, prèvia consulta amb la unitat i amb:

- Barthel \geq 40 (Mínim dependència moderada).
- Bon suport familiar/social o autònom
- Patologia crònica estable amb signes d'elevat risc de reagudització imminent o en inici d'una reagudització.
- Patologia crònica estable que requereixi procediments o tto diaris/setmanals específics que es puguin realitzar a HD per evitar la reagudització i evitar l'ingrés.

CRITERIS EXCLUSIÓ UMC

- Problemàtica social que impedeixi una adequada atenció ambulatoria.
- Baixa motivació.
- Manca d'autonomia i comprensió (Barthel $<$ 40).
- Barrera idiomàtica o cultural.

Els pacients amb descompensació per patologia AGUDA GREU (nivell 1-3 del Model de Triatge Andorrà), han de ser ASESOS A URGÈNCIES DE L'HOSPITAL.