

POLÍTICA Y SOCIEDAD

LA SEC, SEMES Y SEMI, CON LA COLABORACIÓN DE NOVARTIS

Sociedades científicas elaboran un documento de consenso sobre la insuficiencia cardiaca



- — MADRID 1 DIC, 2014 - 4:03 PM

Las sociedades científicas españolas de Cardiología (SEC), de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y de Medicina Interna (SEMI), con la colaboración de Novartis, han elaborado un documento de consenso, por el que esperan reducir entre un 25% y un 50% la mortalidad, el reingreso y el gasto sanitario derivado de la insuficiencia cardiaca; al mismo tiempo, reclaman la misma rapidez para tratar la insuficiencia cardiaca y el infarto.



Cardiólogos, médicos de urgencias e internistas solicitan a través del “Consenso para la mejora de la atención integral de los pacientes con Insuficiencia Cardiaca Aguda”, una atención integral y urgente de estos pacientes desde el momento del ingreso

hasta el seguimiento tras el alta. Uno de los aspectos destacados es que únicamente el 20% de los pacientes dados de alta salen del hospital con una visita preconcertada con un cardiólogo o un internista.

Reclaman también a las administraciones que aumente el número de unidades de insuficiencia cardiaca en los centros hospitalarios, sólo presentes en aproximadamente un 10% de los hospitales, así como el personal (Enfermería en Cardiología) dedicado a la atención continuada de estos pacientes, comparando la necesidad de reaccionar ante un episodio de insuficiencia cardiaca aguda con la misma rapidez con la que se realiza tras un infarto agudo de miocardio.

Objetivos y Decálogo del consenso

- Realizar un análisis crítico de los procesos asistenciales en práctica clínica habitual.
- Analizar los aspectos de mejora del actual modelo organizativo y asistencial.
- Establecer las líneas estratégicas para hacer frente al reto sanitario que supondrá, en los próximos años, el aumento de la población de riesgo y de la incidencia de la insuficiencia cardiaca aguda.

El consenso consta de 36 recomendaciones, de las que los especialistas elaboraron un decálogo de las primordiales:

1. Se recomienda el uso de péptidos natriuréticos (BNP/Nt-proBNP) en pacientes con sospecha de ICA tras la evaluación inicial (Hª clínica, ECG y Rx de tórax), especialmente si existe incertidumbre sobre su diagnóstico.
2. La realización de una ecocardiografía de orientación en urgencias mejoraría el proceso diagnóstico y terapéutico. La realización de la ecocardiografía reglada y programada durante el ingreso del paciente es de gran valor en la confirmación diagnóstica, sindrómica y etiológica, a la vez que facilita la implementación del plan terapéutico más adecuado para el paciente con ICA.
3. En la fibrilación auricular (FA) rápida debe reducirse la frecuencia cardiaca (FC). El tratamiento de la frecuencia cardiaca rápida -o ritmo ventricular- es mejorar la condición clínica del paciente con el tratamiento específico de la ICA dado que en la mayoría de los casos se trata de una respuesta adaptativa a la propia ICA.
4. Asumiendo la variabilidad propia de cualquier modelo asistencial y la idiosincrasia multidisciplinar de la atención a los pacientes con ICA se recomienda protocolizar de forma local y participativa en cada hospital los criterios generales de abordaje, derivación y manejo asistencial que aporten la mejor calidad en la atención y en la continuidad asistencial a estos pacientes.
5. Los pacientes con inestabilidad clínica valorada por signos vitales tras el tratamiento inicial en los SUH en los que se mantiene una presión arterial sistólica < 85 mm Hg o > 175 mm Hg, una frecuencia cardíaca > 130 latidos/min, y una saturación de O₂ $<$ al 90%, no son apropiados para la atención en UO y debieran ingresar según los casos en los distintos servicios hospitalarios.
6. Se recomienda evaluar al menos diariamente la dosis de diurético en función de la respuesta y del estado de congestión del paciente, siempre teniendo en cuenta sus posibles efectos adversos.
7. Al ingreso del paciente, se recomienda mantener el tratamiento de la ICC con IECA o ARAII, siempre que la situación de la función renal y la presión arterial lo permitan, ya que su uso reduce las complicaciones cardiovasculares y mejora el pronóstico.
8. Se considera que existe un empeoramiento de la ICA cuando el paciente expresa un aumento de la disnea, persistencia o aumento de la congestión o de los signos de hipoperfusión o inestabilidad hemodinámica que requiere cambios y/o ajustes en el plan terapéutico.
9. Todos los pacientes, previamente a su alta, deben recibir consejos sanitarios respecto a:
 - Su enfermedad: síntomas más comunes.
 - Peso: control y seguimiento.
 - Ingesta de líquidos: criterios generales.
 - Ejercicio: plan básico adaptado.
 - Consumo de sal: criterios generales.
 - Evitar tabaco y alcohol.
 - Actitud ante:
 - aumento de peso.
 - aumento de la presión arterial.
10. Se recomienda la puesta en marcha de protocolos locales multidisciplinarios en un marco estructurado y planificado mediante programas de IC integrados con atención primaria. Las unidades de IC multidisciplinarias ayudan en la continuidad asistencial al alta del paciente.