

# Reunión de Coordinadores Programa UMIPIC

12.45 h:

Protocolos de actuación.

Vía clínica

Dr. José Manuel Cerqueiro González

Dr. Álvaro González Franco

## VIA CLINICA DE INSUFICIENCIA CARDIACA



# **SITUACIÓN PRELIMINAR: 2001-2005**



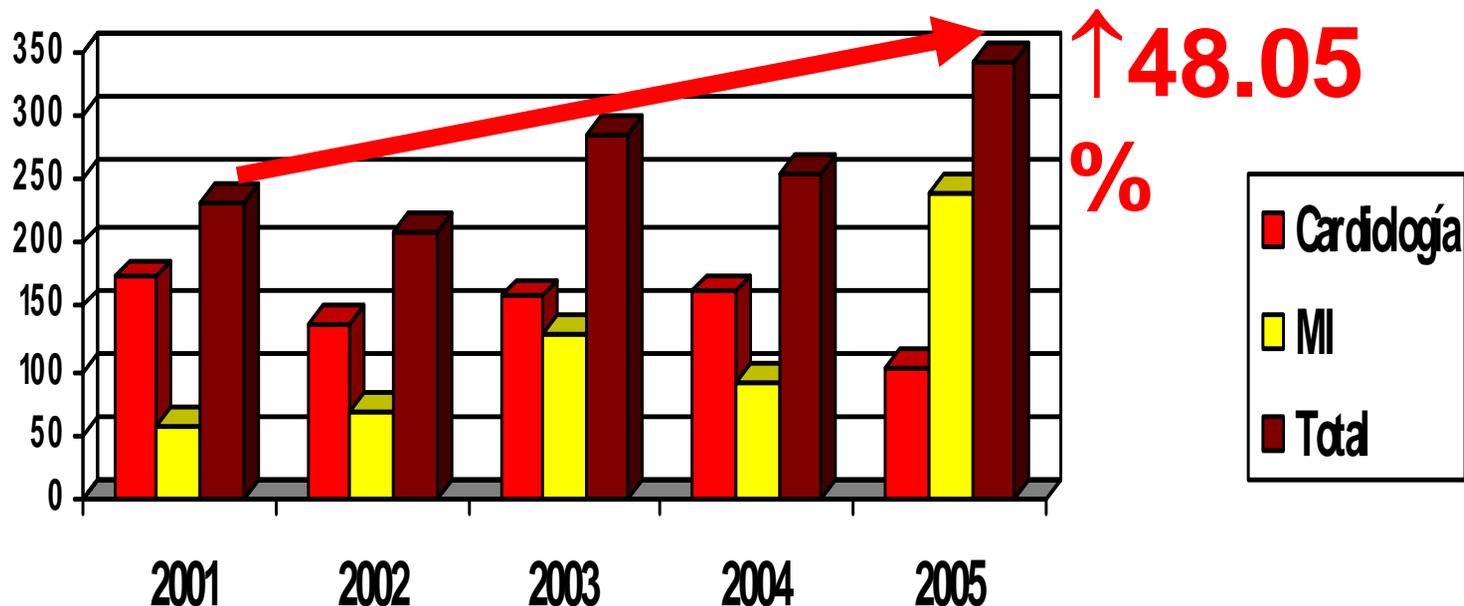
# Evolución ingresos de IC en HVN 2001-05

**GRD 127 :** IC, cardiopatía HTA o Enfermedad cardio-renal hipertensiva en situación congestiva

**GRD 544:** IC, arritmia cardiaca o trastorno de conducción



cardiaca con complicación mayor o comorbilidad (TEPA, EAP, Insuf Respirat Aguda, Insuf Renal Aguda, Neumonía, UPP, FV o sepsis)



# Evolución ingresos de IC en HVN 2001-04



**GRD 127 : 80%**, estancia media estándar: 7.56 días

**GRD 544: 20%**, estancia media estándar: 9.28 días

GRD	Servicio	años	Nº ingresos	Estancia media HVN	Estancia media standard	Diferencia
127	Cardio	01-04	563	10.47	7.56	2.91
127	MI	01-04	217	8.75	7.56	1.19
127	Total	01-04	780	9.99	7.56	2.43
544	Cardio	01-04	68	15.93	9.28	6.64
544	MI	01-04	131	9.72	9.28	0.43
544	Total	01-04	199	11.84	9.28	2.56

**PRIMERA  
PROPUESTA:  
UCE – Vía Clínica IC  
2006**



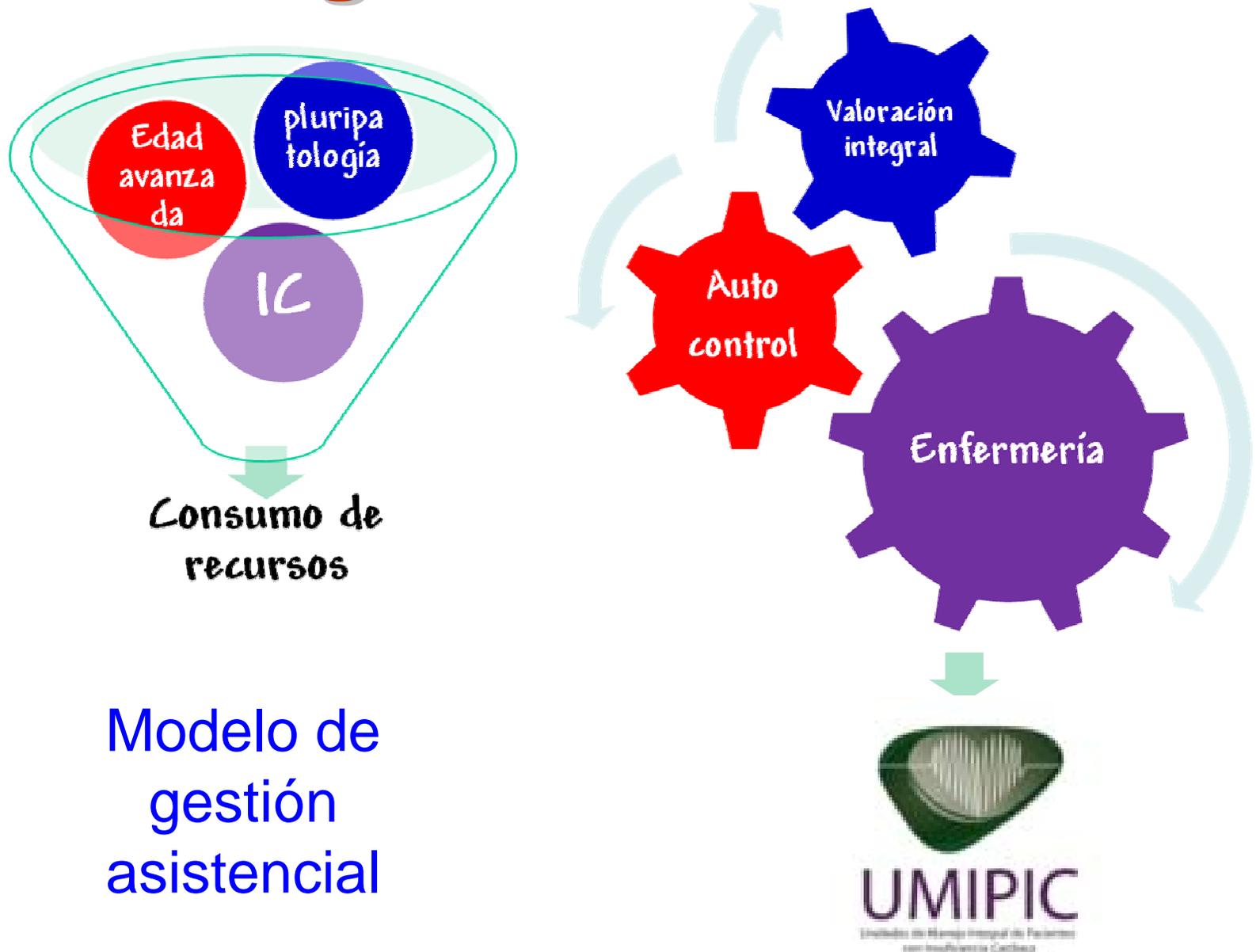
# Objetivos de Vía Clínica de IC-HVN.

- **Disminuir estancia hospitalaria**
- **Optimizar el tratamiento médico**
- Mejorar la calidad de vida y el grado de satisfacción
- Mejorar el nivel educativo y la capacidad de autocuidado
- Disminuir la variabilidad de manejo diagnóstico y terapéutico
- Fomentar el trabajo en equipo
- Servir de apoyo docente y como fuente de futuros estudios en el campo de la IC

**CONTINUACIÓN:  
Consulta  
Monográfica IC  
abril-07**



# Programa UMIPIC



# Unidad de Insuficiencia

## Cardiaca

Unidad  
Insuficiencia  
cardiaca

Urgencias

Estandarización cuidados  
Criterios ingreso  
Derivación adecuada

Hospitalización  
**Vía Clínica**

CRITERIOS de DISTRIB  
Estabilización clínica  
Educación básica  
Tratamiento adecuado a  
Guías de Práctica Clínica

Consulta  
Monográfica

Optimización terapéutica  
(titulación fármacos)  
Control FRCV  
Control comorbilidades  
Educación sanitaria

Atención  
Primaria

Detección de pacientes  
Seguimiento compartido  
Coordinación con HUCA

# DEFINICIÓN VIA CLÍNICA

1. Forma de actuación de la práctica médica
2. Objetivo: mejorar la calidad asistencial en enfermedades
  - muy prevalentes
  - de curso clínico predecible
3. basándose en una estandarización de cuidados

No son aplicables a todos los pacientes

Nunca deben sustituir el juicio médico

# DEFINICIÓN VIA CLÍNICA

## 1. Es una herramienta de **coordinación**

- detalla las actividades del día a día
- consiguiendo así la optimización del tratamiento médico
- sin dejar tiempos muertos ni retrasar decisiones claves del proceso por falta de información

## 2. versión operacional de las guías clínicas



Vía clínica

# DEFINICIÓN VIA CLÍNICA

## DOCUMENTACIÓN VÍA CLÍNICA

1.

atriz temporal

2.

oja de información al enfermo y/o familiar

3.

ojas de verificación/seguimiento

4.

oja de variaciones

5.

ncuesta de satisfacción del enfermo y/o familiar

6.

# VIA CLINICA IC HVN-06



# Objetivos de Vía Clínica de IC-HVN.

- Disminuir estancia hospitalaria
- Optimizar el tratamiento médico
- Mejorar la calidad de vida y el grado de satisfacción
- Mejorar el nivel educativo y la capacidad de autocuidado
- Disminuir la variabilidad de manejo diagnóstico y terapéutico
- Fomentar el trabajo en equipo
- Servir de apoyo docente y como fuente de futuros estudios en el campo de la IC

# Criterios de inclusión:

Etiología ya conocida:

- cardiopatía hipertensiva
- cardiopatía isquémica
- valvulopatía

Etiología no conocida en mayores de 80 años o pacientes no subsidiarios de UCI/actitud intervencionista por situación basal

En ambos casos con criterios convencionales de ingreso:

- Insuficiencia respiratoria
- Disnea g<sup>o</sup> IV
- Aumento de disnea habitual sin respuesta a tratamiento convencional ambulatorio
- Ausencia de respuesta a tratamiento instaurado en urgencias

# Criterios de exclusión:

- Descompensación severa de otra patología acompañante
- Inestabilidad hemodinámica / shock
- Movilización enzimática importante / clínica de angor
- Fibrilación Auricular no conocida (valorar ingreso en planta convencional)
- Problemática social

# Criterios de alta:

- Mejoría de la congestión sin necesidad de empleo de diuréticos intravenosos.
- Estabilidad hemodinámica con TAS entre 90-160 mmHg y Frecuencia Cardíaca entre 55-90 latidos por minuto.
- Ausencia de clase funcional IV de la NYHA.
- Ausencia de disfunción renal aguda con creatinina > 2.5 mgr/dl o aumento de los valores de creatinina superior a 0.5 mgr/dl con respecto al basal durante el ingreso.
- Introducción, al menos, de IECAs.
- Educación sanitaria recibida en cuanto a dieta, ejercicio, control de peso diario, fármacos a evitar en

# Criterios de salida de vía clínica:

- Infección nosocomial
- Hemorragia Digestiva
- Ictus
- Síndrome Coronario Agudo
- Síndrome Confusional Agudo
- Trombosis Venosa y/o Tromboembolismo Pulmonar
- Necesidad de realizar coronariografía o estudio electrofisiológico
- Necesidad de revascularización coronaria o de sustitución valvular
- Necesidad de rehabilitación o de soporte social por falta de autonomía

# DOCUMENTACIÓN VIA CLÍNICA

1.

atriz temporal

2.

oja de información al enfermo y/o familiar

3.

ojas de verificación/seguimiento

4.

oja de variaciones

5.

ncuesta de satisfacción del enfermo y/o familiar

<i>Matriz temporal</i>	Actuación médica	Cuidados de Enfermería	Pruebas Complementarias	Medicación	Dieta / Actividad Información y apoyo (paciente y familiares)
FASE DE INGRESO	<p><b>Evaluación inicial de Constantes:</b> TA, FC y Pulsioximetría</p> <p><b>Anamnesis y exploración:</b> Incluir: Antec Personales: Fact Riesgo cardiovascular Comorbilidad asociada Medicación Grado basal de la NYHA Identificar factor precipitante de la descompensación</p> <p><b>Exploración física:</b> FC y FR Presión venosa yugular Auscultación cardiaca y pulmonar Detectar hepatomegalia y/o ascitis Presencia de edemas</p>	<p>Reposo en cama a 45° o sentar en sillón Control de peso Constantes por turno de TA, FC y diuresis y diaria de pulsioximetría Determinación analítica <u>Educación sanitaria de IC</u> Valoración de <u>síndrome de fragilidad</u> del paciente (soporte social, cognitivo y de autocuidado (E Barthel y E Pfeiffer) Valoración <u>de vía venosa</u> (si &gt;48 horas valorar retirada o cambio de vía si procede)</p>	<p><u>GAB de control</u> (si hipercapnia o acidosis al ingreso) <u>BQ gral</u> con PFH, FGE Perfil lipídico, TSH (si ACxFA), digoxinemia, HbA1c (si DM), perfil Fe, B12, fólico y reticulocitos (si anemia), proteínas totales y albúmina <u>SyS orina</u> y microalbuminuria <u>ECG</u> si ACxFA <u>Ecocardio</u> en pacientes no conocidos, en aquellos que no tengan estudio ecocardiográfico en los últimos 2 años o con sospecha de cambios significativos desde el último realizado (en menos de 72 h)</p>	<p><u>Furosemida</u> 20-80 mgr IV según grado de congestión pulmonar y niveles de creatinina (2-4 ampollas al día) O2 si SO2 &lt; 93% <u>IECAs*</u> Enalapril 5 mg/12 horas si Cr &lt; 2.5 y K &lt; 5.5, con TAS &gt; 80 y FGE &gt; 50 ml/min 2.5mgr/12horas si FGE &lt; 50 Dosis equivalente de Enalapril si previamente estaba con IECA <u>Valorar ARA-II***si:</u> Intolerancia a IECAs (angioedema o tos) o IC con FEVI preservada y Cr &lt; 2.5 y K &lt; 5.5 <u>Valorar antiagregación o anticoagulación</u> <u>Valorar IBP</u> <u>Medicación ambulatoria habitual</u> *cualquier IECA admitido en las Guías de Consenso **cualquier ARA-II admitido en las Guías de Consenso</p>	<p><b>Dieta</b> hiposódica Ingesta hídrica máxima de 2 litros de líquidos <b>Actividad:</b> Reposo en cama o sentado en sillón Fisioterapia respiratoria Elevación de MMII <b>Información:</b> Explicar síntomas y signos de IC Causas de IC Pronóstico de la IC Explicar cómo reconocer signos de alarma ante una descompensación Entrega de material educativo para el paciente y la familia <b>(ANEXO II)</b></p>

# DOCUMENTACIÓN VIA CLÍNICA

1.  
atríz temporal
2.  
oja de información al enfermo y/o familiar
3.  
ojas de verificación/seguimiento
4.  
oja de variaciones
5.  
ndicadores de medición

Estos signos de alarma son:

1. Ganancia de peso rápida: 2 kilos en 2 ó 3 días
2. Hinchazón de pies, tobillos o piernas.
3. Disminución de la cantidad total de orina.
4. Necesidad de aumentar el número de almohadas al dormir.
5. Dificultad para respirar, sobre todo con menor ejercicio o en reposo.

Todo ello orienta a un aumento en la retención de líquidos, y el primer paso será aumentar la dosis del medicamento indicado para orinar (DIURÉTICO).

Si no observa mejoría después de unos días, póngase en contacto con nuestra Unidad llamando a nuestro número de teléfono: 646-577281

## Conclusiones:

Esta información pretende servir para aclarar algunas de las dudas más frecuentes que hemos detectado entre los pacientes con **Insuficiencia Cardíaca**, no obstante, le recordamos que no debe quedarse con ninguna duda, y que todo lo que no entienda debe preguntárselo a su médico.



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

U.C.E.

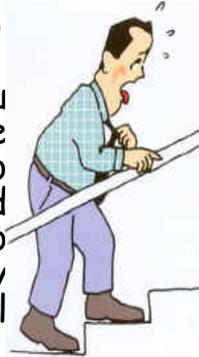
HOSPITAL

VALLE DEL NALÓN

## ANEXO II: INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE INSUFICIENCIA CARDÍACA.

### ¿Qué es la Insuficiencia Cardíaca?

Insuficiencia cardíaca quiere decir que su corazón tiene menos capacidad de la que debería para bombear sangre. Como consecuencia de esto aparece dificultad para realizar actividades físicas como caminar o subir escaleras y probablemente sentirá que le falta el aliento (disnea).



La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica para la cual no hay curación pero tratándola adecuadamente puede conseguirse una mejoría importante en su calidad de vida.

*Su corazón tiene menos capacidad de trabajo, por eso no va a poder hacer todas las actividades que antes realizaba.*

### ¿Qué podemos hacer para controlar la insuficiencia cardíaca?

Para controlar su insuficiencia cardíaca debe seguir cuidadosamente las instrucciones y recomendaciones que le indicamos durante su ingreso en la Unidad y en las revisiones.



## 1. Hábitos y estilos de vida:

- Cocine sin sal ni grasa.
- Evite el alcohol y el tabaco.
- **Controle su peso diariamente:** pésese todos los días al despertar. Anote los resultados en un cuaderno.
- Haga el ejercicio físico que su situación le permita.
- Vacúnese frente al neumococo y de forma regular de la gripe.

Cumpliendo bien el tratamiento y realizando pequeños cambios en su forma de vida va a vivir más y mejor

## 2. Dieta:

- La meta es conseguir reducir el contenido de sal y de grasas de su alimentación.
- A la hora de cocinar, es mucho mejor usar el microondas, el horno o cocer los alimentos. En caso de tener que freírlos, evite los rebozados y utilice la plancha.



## 3. Ejercicio:

El ejercicio moderado puede ayudar al corazón a ponerse "más fuerte". Los ejercicios físicos incluyen fundamentalmente caminar, andar en bicicleta y nadar.

Realice ejercicio físico de acuerdo a las siguientes recomendaciones

- Utilice ropa cómoda.
- Comience de forma gradual, por ejemplo, caminar 15 minutos 3 días por semana, establezca días fijos (lunes, miércoles y viernes) de ésta forma se acordará mejor. Progrese según sus posibilidades.
- Sea constante. Intente hacer ejercicio siempre a la misma hora, acabará convirtiéndose en una rutina.
- Evite los ejercicios bruscos y violentos, así como aquellos esfuerzos que le produzcan falta de aire o dolor torácico.

El ejercicio físico mejora los síntomas, ayuda a perder peso y a reducir el colesterol, mejora la circulación y disminuye el estrés y la tensión arterial.

## 4. Signos de alarma:

A pesar de que no es común que presente cambios repentinos en sus síntomas, es importante que sepa reconocer los signos de alarma y qué debe hacer si estos se presentan.

# DOCUMENTACIÓN VIA CLÍNICA

1.  
atríz temporal
2.  
oja de información al enfermo y/o familiar
3.  
ojas de verificación/seguimiento
4.  
oja de variaciones
5.  
ndicadores de medición

# Seguimiento de la Via Clínica de IC

Nombre y apellidos

NHC

Edad

Fecha de ingreso

Fecha de alta

*ENFERMERÍA*

	Sí	N	No procede
¿Se mide la saturación de O2 con pulsioxímetro?		0	
¿Precisa valoración por Trabajo Social?			
¿Presenta hipotensión sintomática?			
¿Se le entrega la información escrita?			

Puntuación	escala		No	
Puntuación	escala		realizada	
Barthel			realizada	

# Seguimiento de la Vía Clínica de IC

## *ENFERMERÍA*

	1	2	3	4	5
Día de la Vía					
Día de retirada de sondaje					
Día de retirada de vía periférica					
Días de realización de creatinina e iones					
Días en que se pesa					
OBSERVACIONES					

# Seguimiento de la Via Clínica

## MEDICOS

Etiología de la Insuficiencia Cardíaca

Indicar factor precipitante de la descompensación

	S í	No	No procede
¿Presenta disfunción sistólica?			
¿Se le realiza Rx tórax?			
¿Se le realiza Ecocardiograma?			
¿Precisa valoración por Cardiología?			
¿Ha presentado hiper/hipoK asociada a la medicación?			
¿Y disfunción renal severa asociada a la medicación?			
Tratamiento al alta con Espironolactona			
Tratamiento al alta con BB			
¿Requiere la realización de ECG antes del alta?			

# DOCUMENTACIÓN VIA CLÍNICA

1.  
atriz temporal
2.  
oja de información al enfermo y/o familiar
3.  
ojas de verificación/seguimiento
4.  
oja de variaciones
5.  
ndicadores de medición

# Noja de variaciones de Via Clínica de

Datos de filiación del paciente

NHC:  
Nombre:  
Apellidos:  
Cama:

Fecha	Variación	Código	Acción tomada	Firma
	n	o		a
Observaciones:				

## Variaciones dependientes de las condiciones del paciente

1. Reagudización de EPOC
2. Hiperglucemia >400 mg/dl
3. Anemia
4. Fiebre
5. Náuseas, vómitos
6. Síndrome Confusional
7. Retención Aguda de Orina
8. ITU
9. HiperK /disfunción renal aguda (<3 mgr/dl)
10. Hipotensión sintomática
11. Crisis hipertensiva
12. Dolor no controlado
13. Otras. Especificar

## Variaciones dependientes del personal sanitario:

14. Decisión médica
15. Decisión DUE
16. Decisión del paciente
17. Decisión de la familia
18. Decisión de otro miembro del personal sanitario
19. Otras. Especificar

## Variaciones dependientes de la Institución:

20. Retraso de laboratorio
21. Retraso de ecocardiografía
22. Retraso de coronariografía
23. Retraso en Servicios Sociales

# DOCUMENTACIÓN VIA CLÍNICA

1.  
atríz temporal
2.  
oja de información al enfermo y/o familiar
3.  
ojas de verificación/seguimiento
4.  
oja de variaciones
5.  
ndicadores de medición

# ITEMS DE CALIDAD EN INFORME DE ALTA DE IC

- **Diagnóstico** de IC: etiología estimada, factores precipitantes
- **Función sistólica** detectada
- **Complicaciones** acontecidas en ingreso o previsibles
- En caso de no introducción de IECAs o BB, especificación de motivo o **contraindicación**.
- En caso de **Fibrilación Auricular** y no anticoagulación, especificar motivo o contraindicación.
- **Seguimiento** necesario post-alta:
  - plazo de comunicación al equipo de Atención Primaria
  - Revisión programada en el hospital.

# ITEMS DE CALIDAD EN INFORME DE ALTA DE IC

- Proporcionar **información** sobre la enfermedad: material educativo de apoyo
- Indicar número de **teléfono de contacto** de la Unidad para proporcionar información y acceso rápido del enfermo ante posibles signos de descompensación

**CONCLUSIÓN**

**UN SISTEMA  
ORGANIZADO EN EL  
CUIDADO DE LA IC  
MEJORA LOS SÍNTOMAS  
Y REDUCE LOS  
INGRESOS  
HOSPITALARIOS**



**GRACIAS**