Grupo de trabajo Multidisciplinar de IC Illes Balears

GUÍA RÁPIDA DE ACTUACIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA PARA ENFERMERÍA

DETECCIÓN DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

HISTORIA CLÍNICA

- Historia de cardiopatia isquémica
- Historia de HTA
- Exposición a cardiotóxicos/ radiación
- Uso de diuréticos

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Ganancia de peso rápida: más de 1Kg día durante 2-3 días o 3 kg en 1 semana
- Edemas maleolares
- Aumento del perímetro abdominal
- Disminución de la diuresis
- Aumento de la disnea habitual
- Ortopnea/Disnea paroxística nocturna
- Tos seca persistente
- Dolor torácico
- Síncope, mareos y palpitaciones

SI SOSPECHA DE IC (debut o descompensación)

↓

DERIVAR A MÉDICO DE AP*

*Si es un paciente en seguimiento por UIC hospitalaria: contactar con su unidad de referencia

ABORDAJE EN CONSULTA DE ENFERMERÍA

EDUCACIÓN

CUMPLIMIENTO TERAPEÚTICO
- Morisky Green

ALIMENTACIÓN
- Potasio
- Sodio
- Lípidos
- Ingesta hídrica

EJERCICIO
- IPAQ
- NYHA

INMUNIZACIÓN
- Vacunación neumococo
- Vacunación gripe/covid

DETECCIÓN SIGNOS/SÍNTOMAS DESCOMPENSACIÓN

FOMENTO DEL AUTOCUIDADO

CONTROL FRCV
- Consumo sustancias tóxicas
- Peso
- Diabetes
- HTA
- Dislipemias

DL PM 00592-2024

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

DIURÉTICOS (individualizar según grado de congestión)

FEVI reducida ≤ 40%
Clase I: ISGLT2, ARNI o IECA, Bbloq, ARM

FEVI ligeramente reducida 41-49%
Clase I: ISGLT2;
Clase IIb: ARNI o IECA o ARA-II, ARM ,Bbloq, ,ARM

4 Terapias (BB,ARNI o IECA, ARM, ISGLT2)

FEVI preservada ≥ 50%
Clase I: ISGLT2

ISGLT2

SEGUIMIENTO TRAS ALTA HOSPITALARIA

TIEMPO	< 7 DÍAS	7-15 DÍAS	30 DÍAS	2 MESES	4 MESES	SEGUIMIENTO AMBULATORIO SEGÚN RIESGO DEL PACIENTE
QUIÉN*	Enf AP	Médico AP +/- Enf	Médico AP	Enf AP	Médico AP	

*En paciente en seguimiento en UIC hospitalaria, alternar visitas entre AP y UIC.

SEGUIMIENTO EN PACIENTE AMBULATORIO

*Individualizar, siempre que el paciente esté estable. *Mantener las visitas establecidas como paciente crónico

Paciente de bajo riesgo de descompensación

- NYHA I-II sin ingresos en los 12 meses previos
- Tratamiento optimizado

Paciente de alto riesgo de descompensación

- NYHA III-IV
- Ingreso reciente por descompensación
- Comorbilidades graves
- Elevada fragilidad
- Descargas frecuentes o recientes de DAI
- IC de inicio reciente
- Proceso de titulación de fármacos

Bajo riesgo	Revisión cada **3-6 meses en AP y anual en cardiología / MI**
Bajo riesgo (UIC)	Revisión cada **3 meses, alternando AP y Cardiología UIC /UMIPIC**
Alto riesgo	Revisión cada **1-3 meses en AP y cada 3-6 en cardiología /MI**
Alto riesgo (UIC)	**Seguimiento estrecho en la Unidad de IC**, cuando estén estable, se pasaría al grupo de bajo riesgo
Pacientes con fallo predominantemente derecho	**Revisión en AP cada 15-30 días y en Cardiología / MI cada 1-2 meses** hasta estabilización, y luego pasar a esquema de alto riesgo o situación avanzada/terminal según evolución
Pacientes en situación muy avanzada/terminal y/o incluidos en programas de atención domiciliaria	**Seguimiento domiciliario por AP** con apoyo telefónico desde la Unidad de IC / Cardiología / MI y alguna visita presencial si se considera muy necesario (aunque no suele hacer falta). Valorar ESAD u Hospitalización Domiciliaria.

Autores

M.M. Llull, T. Cano, J. Fontanella, A. Galmés, A.M. Sahuquillo