

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

IV Focus-Taller en Cardiología
Noviembre 2010 Pamplona

Virginia Álvarez Asiáin.
Complejo Hospitalario de Navarra. Área del corazón



¿Qué dificultades se va a encontrar en
MAP ante un paciente con IC crónica?

Cómo debo seguir a un paciente con ICC?

Cada cuánto debo citarlo?

Qué pruebas debo realizar en el
seguimiento?

Cuando debo derivarlo a cardiología?

Como actuo ante determinadas
dificultades? Agudizaciones, IR,
anemia, hiponatremia, arritmias....

Difícil establecer pautas y protocolos

Es importante tener conceptos claros e individualizar en cada paciente

Muy importante: relación entre AP-cardiología de forma directa y rápida.

Esencial: la labor de enfermería familiarizada con la patología

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

Paciente de 65 años

AP

DM tipo II tratado con insulina

HLP controlada

IR crónica ligera (creatinina 1.5)
secundaria a nefropatía diabética.

Arteriopatía de EEII con claudicación IIa

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

Historia cardiológica

En Octubre-2008 ingresa por IAM anterior extenso KILLIP IV con ingreso prolongado en cardiología por IC de evolución lenta , se realizó cateterismo: enfermedad coronaria de 2 vasos CD y DA ocluida , se realizó ACTP 1º DA proximal con implantación de stent convencional.

FEVI residual 25%. Insuficiencia mitral ligera-moderada.PSAP 37mmhg

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

Tratamiento al alta

Enalapril 5mg cp al día

Bisoprolol 2.5mg al día.

Seguril 1cp al día

Eplerenona 25mg 1cp al día

Adiro 100 1cp al día

Atorvastatina 40 mg 1cp al día

Sintrom para mantener INR 2-3

Insulina lantus (0-0-24)

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

Tras el alta acude a la consulta:

Refiere encontrarse aceptablemente bien,
"cansado" con disnea GF II, no ortopnea,
no edemas, no dolor torácico.

¿Qué datos nos interesan?

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

1- Constantes basales:

TA 90/50. FC: 55lpm saturación basal
97%

2- EF

PV: normal

AC: rítmica soplo sistólico FM II/VI

AP: limpia

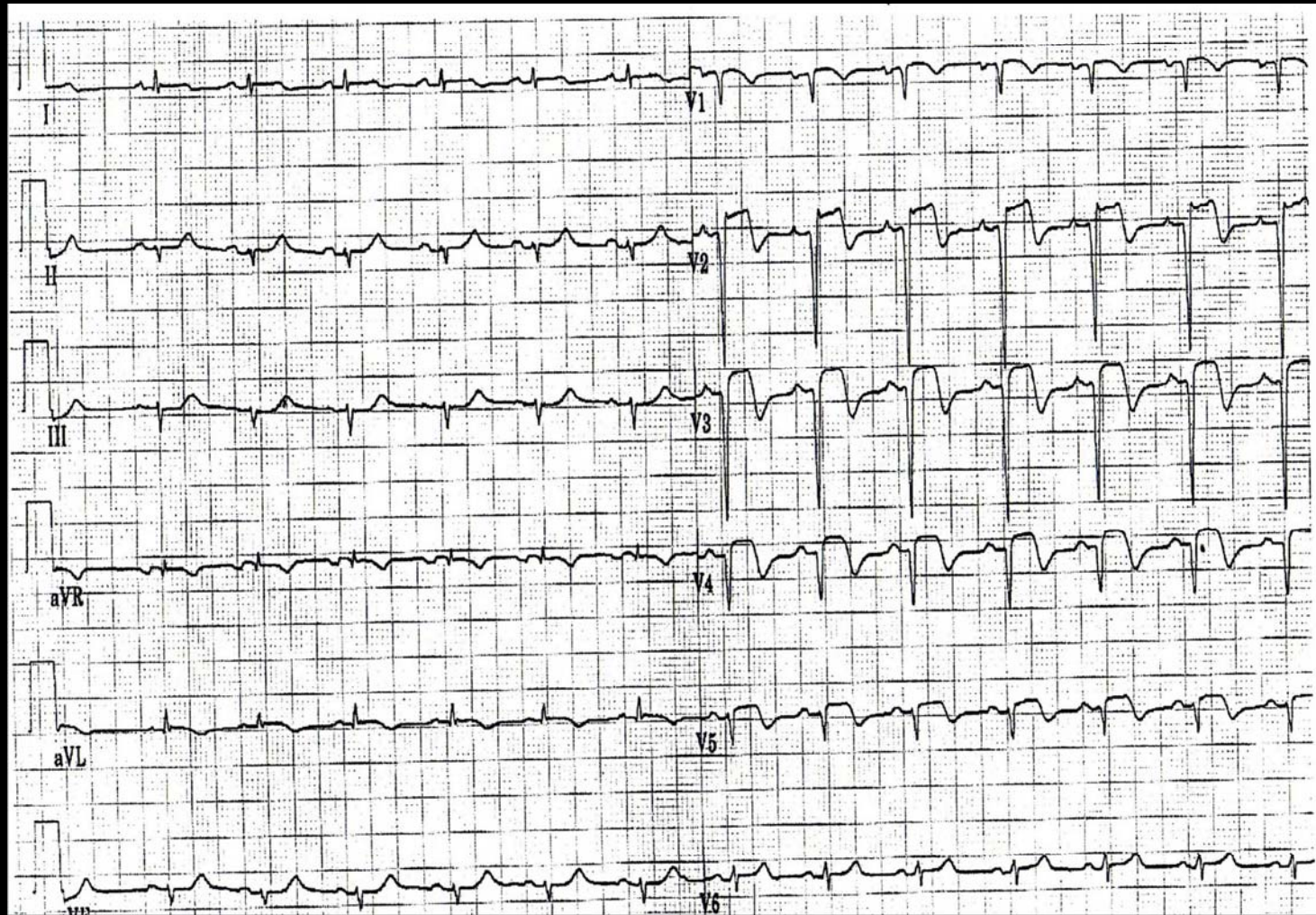
Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

Analítica:

Urea: 39. creatinina:1.7gr/dl. K 4.2. Na
120. HB. 12.5gr/dl. HBA1c 7.8%.
Colesterol LDL 98. HDL 55. CT 199.

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

ECG:



¿Qué dificultades se va a encontrar en
MAP ante un paciente con IC crónica?

Cómo debo seguir a un paciente con ICC?

Cada cuanto debo citarlo?

Qué pruebas debo realizar en el
seguimiento?

Cuando debo derivarlo a cardiología?

Como actuo ante determinadas
dificultades? Agudizaciones, IR,
anemia, hiponatremia, arritmias....

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

Estamos ante un paciente con IC en estadio C (AHA/ACC).

Seguimiento mixto: cardiología-AP

Consulta de enfermería:

Insistir en educación sanitaria: dieta, control de peso, ejercicio físico, vacunas etc...

Citar cada 2 semanas para control de TA. FC e ir aumentando BB e IECAS según tolerancia.

Analítica : función renal e iones cada 4 semanas e INR

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

Nuestro paciente.....

Aumentamos enalapril a 7.5 mg al día a las
2 semanas: TA 90/55. FC 58lpm. Función
renal e iones sin cambios. Clinicamente
estable.

¿ Que hacemos aumentamos BB o IECA?
Los 2 a la vez?

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

Aumentaríamos IECA hasta 10mg de enalapril y posteriormente iniciaríamos el aumento de BB de forma progresiva y lenta.

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- Durante el seguimiento: se mantiene estable GF II, sin datos en la EF de ICC.
- Tolera dosis de Enalapril 10mg al día. Bisoprolol 5mg al día, resto mantiene similar tratamiento.
- Analítica de control : creatinina 2gr/dl (las ultimas en torno 1.7-2) K 4.5. LDL 90 HDL 50. HBA1c 7.4%

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- En este momento se mantiene estable. Dosis de IECAs y BB a dosis máximas toleradas.
- Pero.....en Julio 2009 en San Fermín acude por aumento de la disnea progresiva: GFIII con ligeros edemas de EEII y aumento de peso en la última semana

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- lo 1º ante una descompensación de un paciente con ICC: buscar causa desencadenante:

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

Incumplimiento tt° (dieta / fármacos). Es el más frecuente.

Arritmias (FA)

Isquemia

Infección

TEP

Pat. no cardíaca (I. Renal)

Tóxicos (alcohol, cocaína)

Alto Gasto (anemia, hipertiroidismo)

Fármacos

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

ACa (Verapamil, Diltiazem) y Betabloqueantes

Antiarrítmicos

Ttº cáncer

Estrógenos

Corticoides

AINES

Coxib

Glitazonas

Comprimidos efervescentes

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

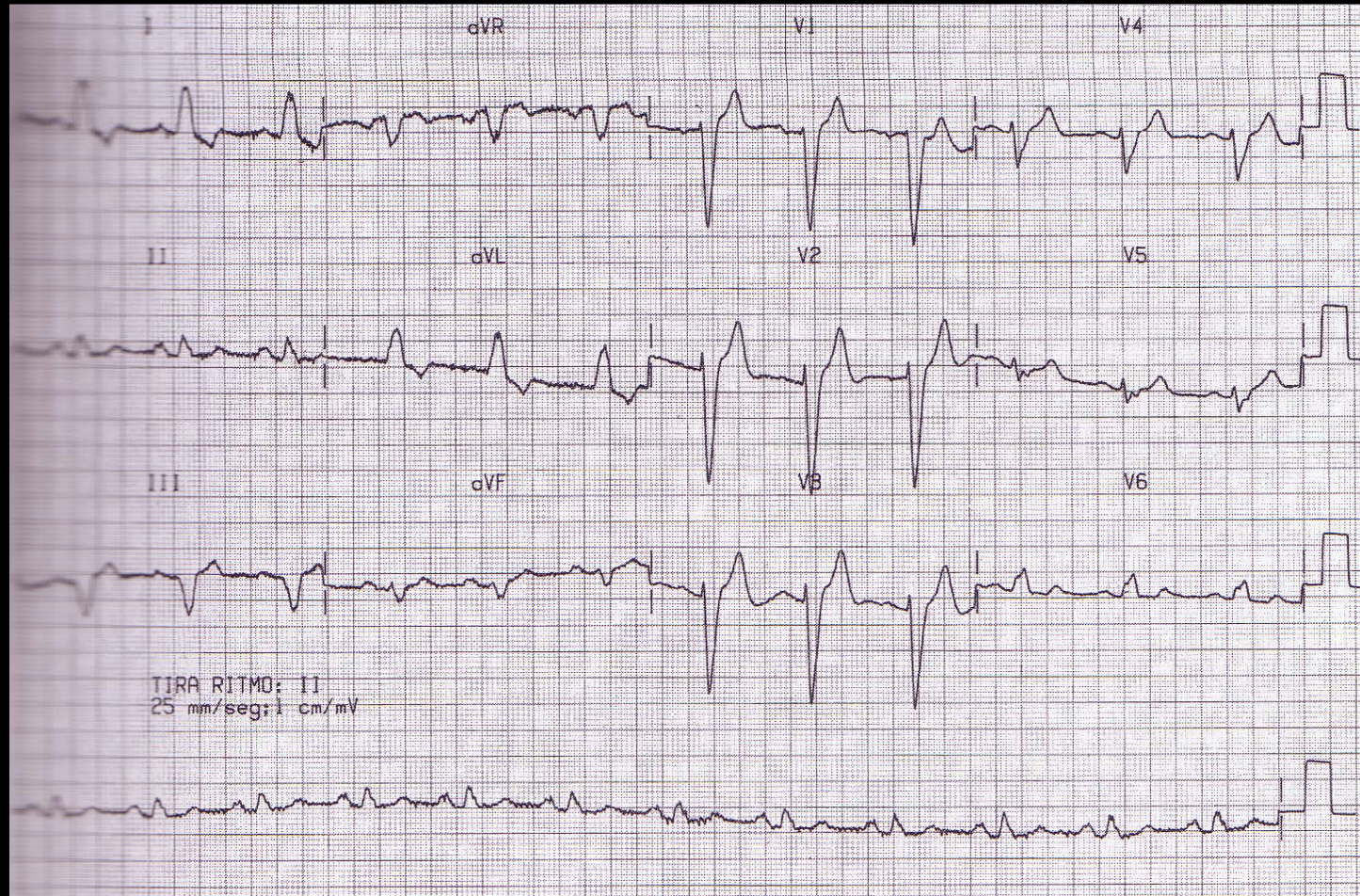
- En nuestro caso el paciente refería: transgresión dietética.
- ECG en RS sin cambios significativos
- Rx tórax: redistribución de flujo
 - Se aumentó la dosis de diurético: furosemida 2-1-0 durante 1 semana.
 - A la semana mejoría clínica, desaparición de edemas
 - 1-1-0 durante otra semana y posterior volver a la dosis habitual

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- A los 3 meses (Octubre 2009) el paciente consulta por síncope.
- Episodio sincopal brusco sin pródromos con traumatismo facial que requiere puntos de sutura

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- ECG



Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- Paciente de alto riesgo: cardiopatía isquémica. IAM antiguo. DVI severa.
- Ha desarrollado BRI
- Sospecha: síncope arrítmico : TV sincopal vs bradiarritmico: BAV paroxístico

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- Indicación de derivación urgente para valoración cardiológica

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- El paciente ingresa en cardiología se decide implantación de DAI-TRC.
- Sale de alta con similar tratamiento.
- ETT: FEVI 20-25%. Insuficiencia mitral moderada-severa . PSAP 43mmhg

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

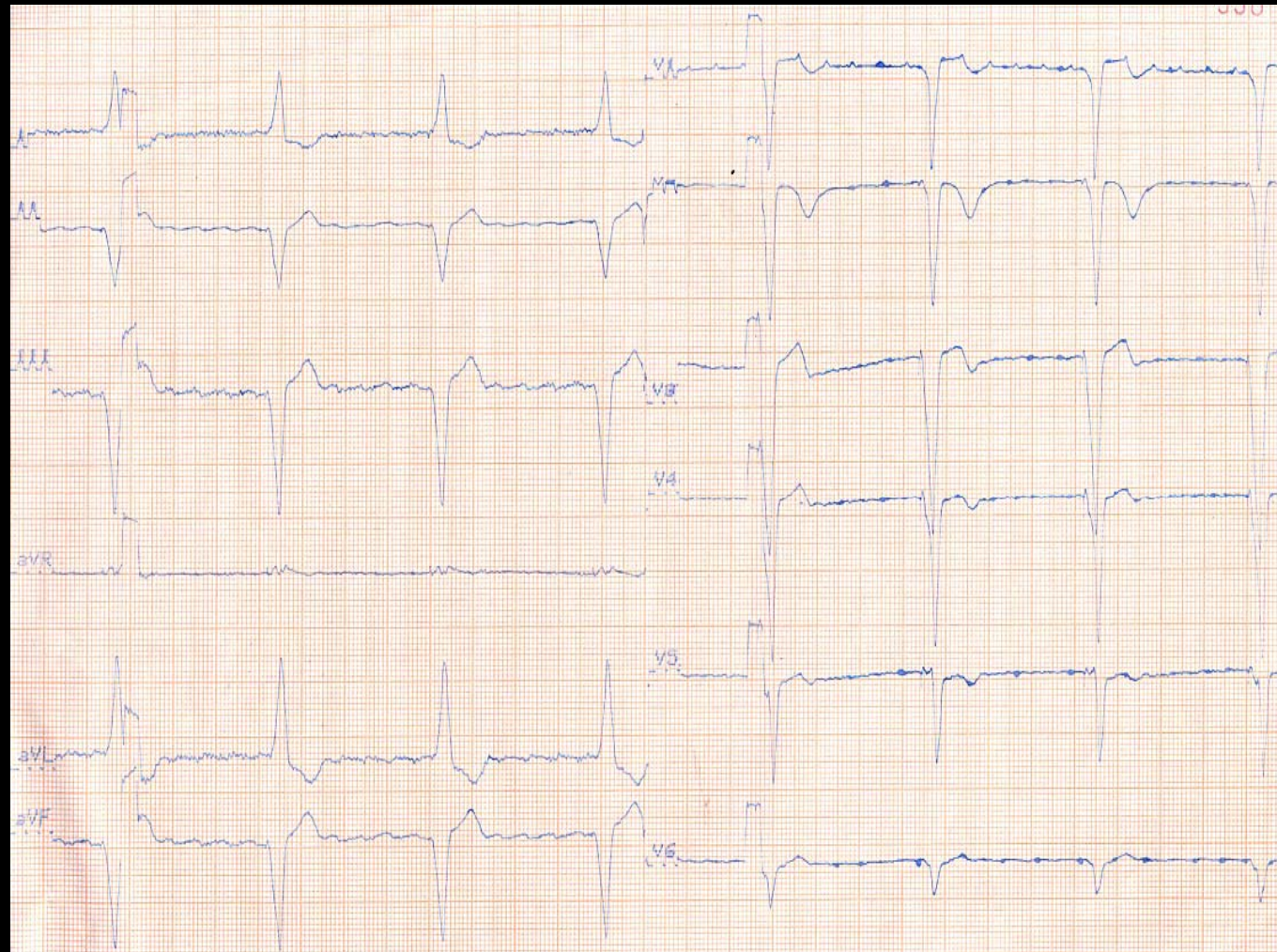
- Revisión a los 3 meses(enero 2010):

Se mantiene estable GF II avanzado.

EF: arritmico. Soplo sistolico III/VI

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- ECG:



Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

El paciente esta en FA con RVM
controlada, no ha empeorado su GF.

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

En este caso actitud:

riesgo embólico: alto. ..Pero ya esta anticoagulado

Por otro lado la FC esta controlada:
mantener igual tratamiento BB y si la FC en reposo es mayor de 80lpm aumentar BB si se toleran si no asociar digoxina.

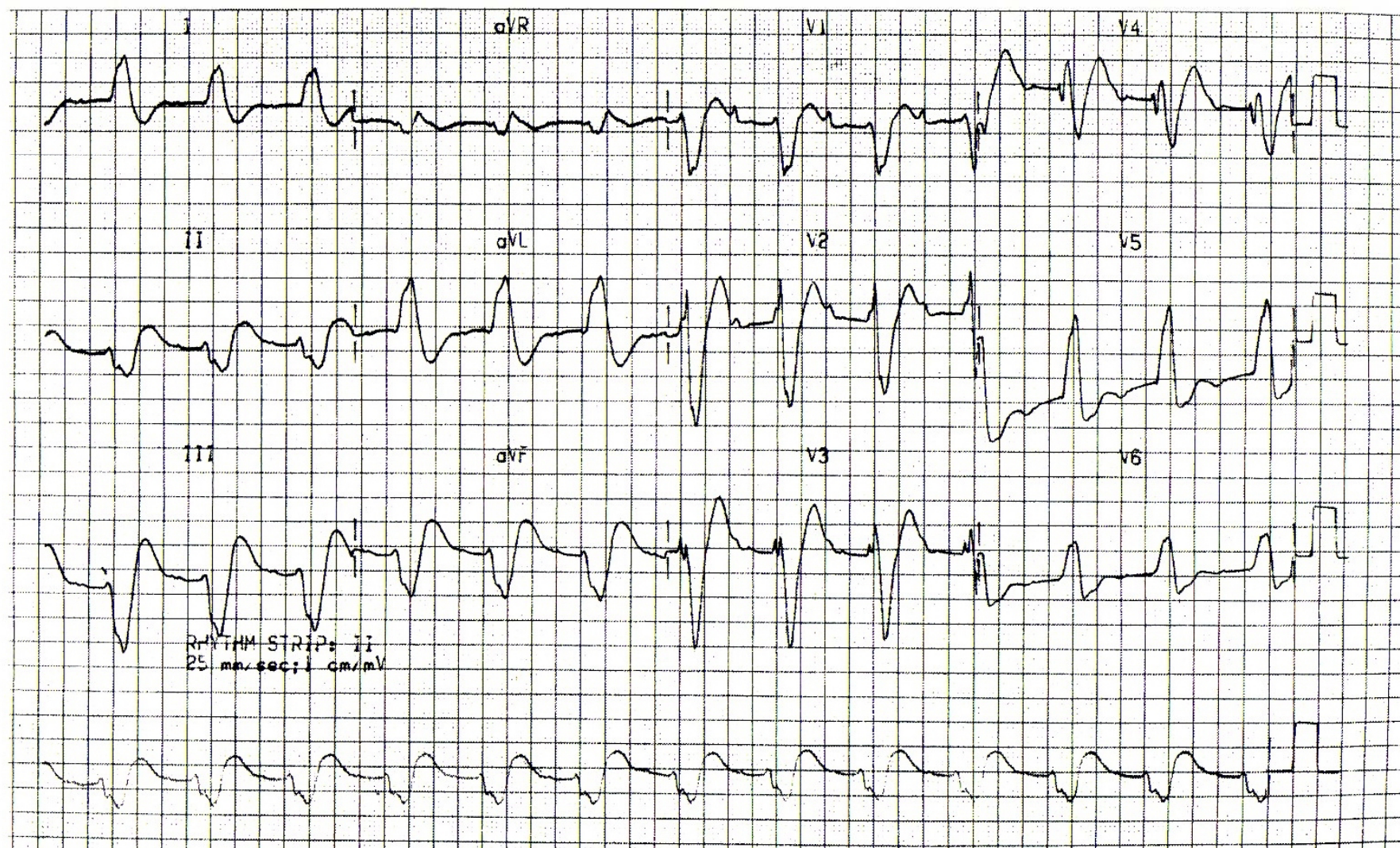
No es necesario derivar a cardiología por este motivo.

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- La Fc en reposo aumentó y se asoció digoxina 1cp al día

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- En Febrero 2010 consulta por cuadro de diarrea líquida de 3 días de evolución, mareo. MEG. disminución de la diuresis..
- EF: PV normal. AC tonos apagados soplo sistólico II/VI. AP : normal
- Se realiza ECG y analítica



Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

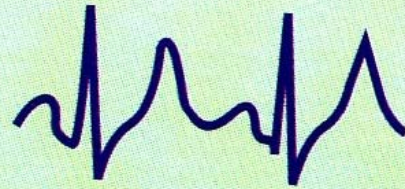
- Analítica: creatinina 2.8mg/dl. K 6.2.
digoxinemia:1.4.

En paciente Diabético, con IR polimedicado:
IECAS+esplerenona+BB+digoxina.....**CUID
ADO CON LA HIPERPOTAEMIA**

A



B



C



D



E



F



Tabla I.

SECUENCIA DE LAS ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS
PRODUCIDAS POR LA HIPERPOTASEMIA Y LA HIPOKALIEMIA.

HIPERKALIEMIA

- 5,7 mEq/l Onda T alta, picuda y simétrica
QTc normal o acortado.
- 7 mEq/l QTc normal
↓ Amplitud onda P
Trastorno conducción intrauricular.
- 8,4 mEq/l No se ve onda P.
- 9-11 mEq/l QRS ensanchado
Corriente de lesión.
- 12 mEq/l Fibrilación ventricular.

HIPOKALIEMIA

- ↓ Segmento ST
- ↓ Amplitud onda T
- Onda U
- ↑ Amplitud QRS

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- Requiere derivación urgente: cuadro grave , potencialmente mortal.

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- El paciente ingresa.
- Tras las medidas habituales se consigue normalizar las cifras de potasio y la función renal se mantiene al alta
Creatinina 2.1gr/dl K 5
- Al alta se retira eplerenona, resto de tratamiento se mantiene.

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- En Abril 2010 tras cuadro catarral tratado con ATB y BD empeora la disnea pasando a estar en GF III. Edemas de EEII.
- EF: PV(+). AP crepitantes finos bibasales. Saturación basal 94%

¿ Que hacemos?

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

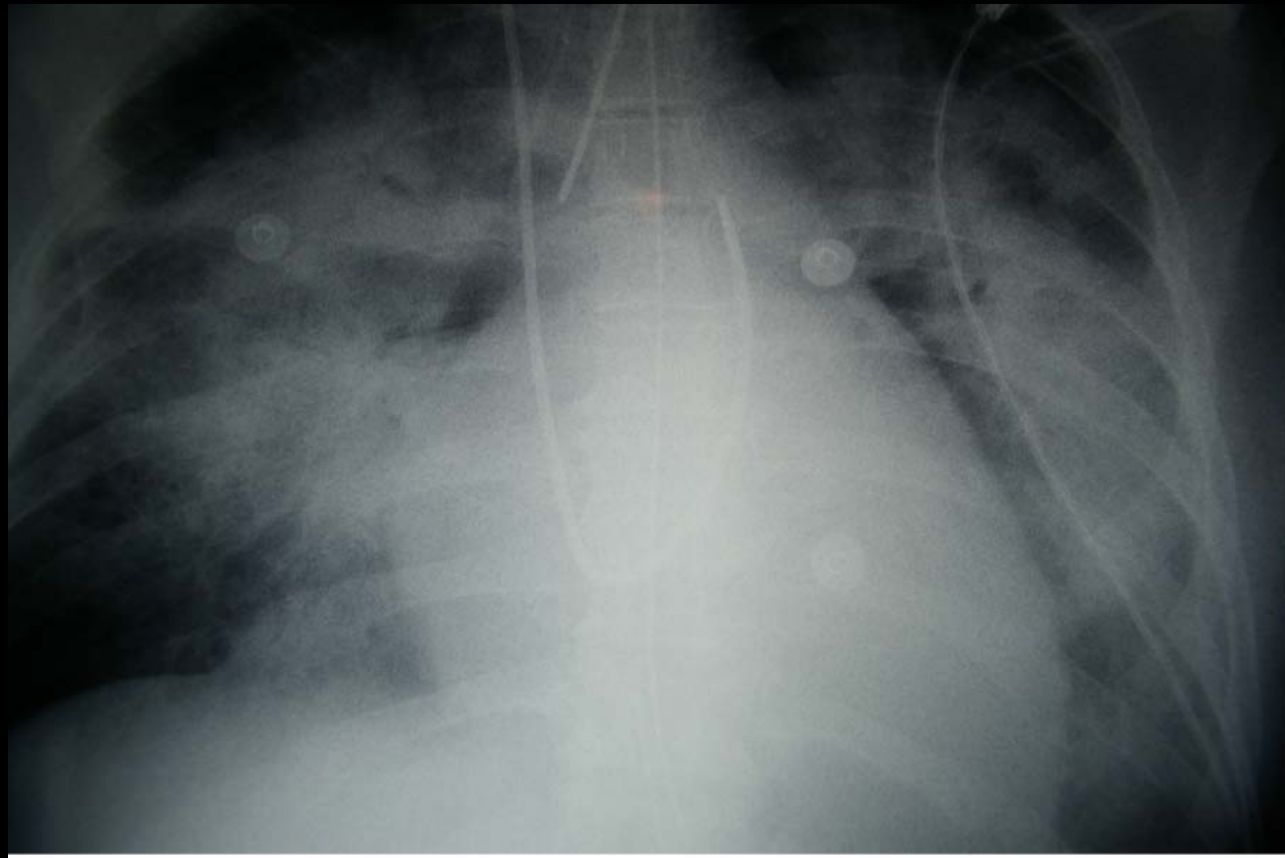
- Se trata de síntomas congestivos no severos.
- Aumentamos dosis de diurético: seguril a 2-4cp al día.
- Refiere mejoría de los edemas. Pero se mantiene en GF II avanzado.
- A la semana, claro empeoramiento con edemas , asociado a DPN ortopnea y disnea de reposo

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- EF:
 - TA 85/50. FC:88lpm.saturación: 88%
 - PV elevada. AC arritmica soplo sistólico III/IV.
 - AP crepitantes bibasales
 - EEII: edemas con fóvea

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- RX tórax:



Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- Situación de EAP con Hipotensión
- Requiere derivación urgente a cardiología (urgencias). Tras administrar O2 en mascarilla y diurético Iv 8 si es posible)

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

Ingreso en cardiología

- Requiere drogas inotrópicas+diurético
Iv evoluciona con IRA que se estabiliza al alta.
- Durante el ingreso tormenta arrítmica, se controla finalmente con amiodarona.
- ETTDVI severa FE 15%. IM severa.
HTP severa.
- Tras 1 mes de ingreso es dado de alta

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- Durante el ingreso se valora la posibilidad de Tx cardiaco, en el estudio pretransplante se detecta una masa LSI pulmón con diagnostico de adenocarcinoma pulmonar T2N2M1.
- Se trata con RT.
- Se desestima el Tx cardiaco

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

Enalapril 10mg cp al día

Bisoprolol 2.5mg al día.

Seguril 1-1-0

Amiodarona 1cp cada 12h

Lanirapid 1cp al día

Adiro 100 1cp al día

Atorvastatina 40 mg 1cp al día

Sintrom para mantener INR 2-3

Insulina lantus (0-0-24)

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- En la revisión:
 - Disnea GF II -III edemas vespertinos en EEII.
- Situación de IC crónica avanzada con IR asociada

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- Importante la información al paciente y a la familia de la situación y de la importancia del AUTOCUIDADO:
- Dieta, fármacos, peso diarios..

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- ¿Cómo identificamos precozmente la desestabilización?
 - Deterioro GF
 - Tos ,DPN
 - edemas
- Peso: aumento 1.5-2Kg en 2-3 días
- Vigilancia especial ante procesos intercurrentes

La enfermería juega un papel importante en el seguimiento de estos pacientes.

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- Ante el empeoramiento clínico en esta situación:
 - Manejo con diurético: aumento de la dosis de diurético de asa
 - Asociarlo a tiazidas
 - Uso de tandas de tratamiento endovenoso

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

A falta de respuesta considerar fenómeno de resistencia a diuréticos:

- *Mala cumplimentación farmacológica y de dieta*
- *Mala absorción. Estados edematosos severos*
- *Insuficiencia renal*
- *Mala perfusión renal*
- *Hipertrofia de células de túbulo distal en TT°s crónicos*
- *Situaciones especiales*
 - Hipoproteinemia
 - Síndrome nefrótico

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

En estos pacientes es fundamental

Concienciación del paciente y su entorno

Apoyo logístico y emocional

Seguimiento estrecho consulta MAP-
enfermería con resolución rápida de los
problemas.

Relación estrecha de cardiología-AP

Criterios de seguimiento y derivación entre niveles asistenciales

- Nos hace pensar.....

¿ Hacia donde nos debemos dirigir?