

Guía de destino de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA) desde el Servicio de Urgencias Generales. Hospital General de Alicante.

Servicio de Urgencias Generales, Unidad de Corta Estancia, Unidad de Hospitalización a Domicilio, Medicina Interna, Medicina Intensiva y Cardiología.

Actualización: 10 de Mayo del 2022

Alta desde Urgencias	Paciente con un episodio de descompensación de Insuficiencia cardiaca (IC) conocida con criterios de bajo riesgo (escala MEESSI) y que previsiblemente tenga una recuperación precoz en domicilio:
	<ul style="list-style-type: none"> • IC conocida.
	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad respiratoria o hemodinámica tras el tratamiento en urgencias.
	<ul style="list-style-type: none"> • Sin signos de hipoperfusión tisular.
	No requiere ventilación no invasiva al ingreso.
	Sin evidencia de síndrome coronario agudo.
	Arritmias sin criterios de ingreso.
	Presencia de enfermedades asociadas que no requieran tratamiento hospitalario.
	Buena respuesta clínica y diurética (volumen y/o natriuresis) al tratamiento inicial de urgencias
	En todos los pacientes se aplicará de la escala MEESSI, y de forma orientativa, los pacientes de riesgo bajo serán susceptibles de alta u observación y los de riesgo intermedio y alta ingreso hospitalario o alta con UHD.
Unidad de Observación (UO) 24h	Precisa aceptación previa por Medicina de Urgencias.
	paciente con un episodio de descompensación de Insuficiencia cardiaca (IC) conocida y que previsiblemente va a recuperarse en menos de 24 horas:
	<ul style="list-style-type: none"> • IC conocida.
	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad respiratoria o hemodinámica tras el tratamiento en urgencias.
	<ul style="list-style-type: none"> • Sin signos de hipoperfusión tisular.
	No requiere ventilación no invasiva al ingreso.
	Sin evidencia de síndrome coronario agudo.
	Arritmias sin criterios de ingreso.
	Presencia de enfermedades asociadas que no requieran tratamiento hospitalario.
	Buena respuesta clínica y diurética (volumen y/o natriuresis) al tratamiento inicial.

	Adecuado soporte social y posibilidad de un óptimo seguimiento ambulatorio.
	Pacientes con IC con criterios de traslado al Hospital Sociosanitario de San Vicente y que el traslado se puede gestionar desde el S. Urgencias en un plazo de 24-48h
Unidad de corta estancia (UCE) 48-72h	Precisa aceptación previa por Medicina de Urgencias. Con factores precipitantes no graves, estable desde un punto de vista hemodinámico, con respuesta al menos parcial al tratamiento inmediato que no requiere procedimientos diagnósticos ni terapéuticos complejos y que, probablemente, va a recuperarse en un corto periodo de tiempo (72 horas) y no cumplan criterios de ingreso en otros Servicios o Unidades, especificadas
	Pacientes con Insuficiencia cardiaca crónica descompensada independientemente de su fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) con criterios de riesgo intermedio o alta (escala MEESI)
	Pacientes con insuficiencia cardíaca de “novo” o primer episodio de origen no coronario, de edad avanzada y/o con comorbilidad y donde la valoración en urgencias, clínica y ecocardiográfica por cardiología lo estime oportuno.
	Pacientes con insuficiencia cardiaca terminal o en tratamiento paliativo – con diagnóstico ya asentado por Medicina Interna-Paliativos- no subsidiarios de medidas invasivas y que requieran un ingreso hospitalario con el único fin de tratamiento sintomático paliativo y se prevea corto periodo de hospitalización. (ver Anexo. Cuidados Paliativos).
	Pacientes con cuadros de insuficiencia cardiaca y respiratoria (de origen cardiaco y pulmonar) y si precisase la valoración por cardiología y éstos no estimasen oportuno el ingreso en su servicio y el médico de urgencias estime oportuno finalmente el ingreso en la Unidad Corta Estancia
	Pacientes con IC con criterios de traslado al Hospital Sociosanitario de San Vicente y que el traslado se puede gestionar desde el S. Urgencias en un plazo de 24-48h
Cardiología	Precisa de valoración previa por Cardiología.
	Pacientes que cursan el primer episodio de ICA y no cumple ningún criterio de manejo en el contexto de cuidados paliativos o paciente anciano frágil que no precise estudios que puedan mejorar el pronóstico por este diagnóstico.
	Pacientes con reagudización de insuficiencia cardiaca como diagnóstico principal controlados en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca, Unidad de Rehabilitación Cardiaca o bajo manejo ambulatorio ordinario por Cardiología por insuficiencia cardiaca.
	Pacientes que puedan requerir procedimientos invasivos (intervencionismo coronario, valvular o electrofisiológico; terapia de resincronización cardiaca; desfibrilador implantable, etc.) y que tengan como diagnóstico principal la insuficiencia cardiaca o la cardiopatía isquémica. En un contexto de morbilidad asociada como causa principal debe valorarse en común entre Cardiología y la otra especialidad implicada para dar un manejo multidisciplinar, en cualquiera de los casos, pero centrando el ingreso en la Unidad que más aporte al paciente por causa de inestabilidad principal, siguiendo la otra especialidad atención mediante interconsulta hasta solucionar el proceso intercurrente.
	Pacientes con afectación valvular responsable de la ICA, salvo que sea conocida y se haya desestimado intervención quirúrgica u otro

	procedimiento. (Ver anexo. Cuidados paliativos)
	Pacientes con una alta probabilidad de presentar eventos clínicos adversos relacionados con enfermedad coronaria.
	Pacientes con intervencionismo coronario previo reciente (en los últimos 3 meses) o con cuadro clínico que pueda sugerir inestabilidad relacionada con ese proceso o síndrome coronario agudo
	Pacientes que han presentado una situación de inestabilidad (que no sea por cuidados paliativos ni precise de Cuidados Intensivos (ver apartados correspondientes), pero sí precisa ventilación mecánica no invasiva (VMNI) o telemetría por riesgo de arritmias. Si la inestabilidad es por factores precipitantes como anemia grave o infección intercurrente, debe valorarse en común entre Cardiología y la otra especialidad implicada para dar un manejo multidisciplinar, en cualquiera de los casos, pero centrando el ingreso en la Unidad que más aporte al paciente por causa de dicho precipitante, siguiendo la otra especialidad atención mediante interconsulta hasta solucionar el proceso intercurrente.
Medicina Interna	Pacientes con IC crónica conocida que no precisan intervencionismo, pluripatológicos con patologías descompensadas concomitantes y con insuficiencia cardiaca descompensada independientemente de su FEVI y con ecocardiografía reciente
	Anciano frágil o con manejo paliativo o comorbilidad no susceptibles de intervencionismo cardiaco (cirugía, cateterismo, TAVI, etc), previa valoración por Cardiología o constatado en historia clínica
	Pacientes con ICA de origen no coronario y no valvular, con evidencia de comorbilidad significativa que pueda interferir con el tratamiento.
	Pacientes con fragilidad, limitación funcional y comorbilidades, así como con diagnósticos ya asentados por Medicina Interna-Paliativos de paciente paliativo o en fase terminal
	Pacientes con cuadros de insuficiencia respiratoria cardiopulmonar mixta, que tras criterio del Médico del Servicio de Urgencias se beneficia de ingreso en MIN (el médico de urgencias puede solicitar valoración previa por Cardiología o Neumología si lo estima oportuno).
	Pacientes con disnea a estudio sin etiología clara tras evaluación en Urgencias–y que el Médico del Servicio de Urgencias estime que debe ser ingresado en Medicina Interna para estudio.
Unidad de Hospitalización a Domicilio	Precisa de estabilidad respiratoria y hemodinámica al alta y adecuado soporte social y posibilidad de un óptimo seguimiento ambulatorio. La derivación desde Urgencias, si se cumplen los criterios, debería dominar para evitar ingresos prolongados y complicaciones por ingreso hospitalario evitable.
	Pacientes de edad avanzada no susceptibles de intervencionismo.
	Pacientes con ICA de origen no coronario con evidencia de comorbilidad significativa que pueda interferir con el tratamiento.
	Pacientes con fragilidad, limitación funcional y comorbilidades, así como pacientes paliativos y/o en fase terminal.
Hospital socio-sanitario de San Vicente	Precisa aceptación del ingreso-traslado por parte del médico de dicho centro
	Pacientes de edad avanzada no susceptibles de intervencionismo
	Pacientes con ICA de origen no coronario con evidencia de comorbilidad significativa que pueda interferir con el tratamiento.

	Pacientes con fragilidad, limitación funcional y comorbilidades, así como pacientes paliativos y en fase terminal (valorar como primera posibilidad de destino en este grupo de pacientes)
	Pacientes de edad avanzada, comorbilidad y difícil soporte domiciliario (vive solo, cuidador anciano, etc)
	Paciente con IC crónica “multi-frecuentador” o “dependiente de Hospital”
Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Cuidados Intermedios Médicos (CIME)	
	Precisa valoración previa por Medicina Intensiva
	Pacientes con necesidad de ventilación mecánica invasiva.
	Pacientes que precisen VMNI y susceptibles de monitorización y vigilancia más estrecha.
	Shock cardiogénico.
	Arritmia grave no controlada.
	Comorbilidad, factores precipitantes o alta probabilidad de presentar eventos clínicos adversos relacionados con enfermedad coronaria que requieren monitorización y/o tratamiento que justifique su estancia en la UCI o CIME (disección de aorta, valvulopatía o trombosis de prótesis, episodios de taquicardia ventricular, isquemia recurrente, etc.) y así lo estimen oportuno en común Medicina Intensiva y Cardiología.

