

Gobierno de Chile

# PROTOCOLO INSUFICIENCIA CARDIACA

## SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Código : GCDSSA106

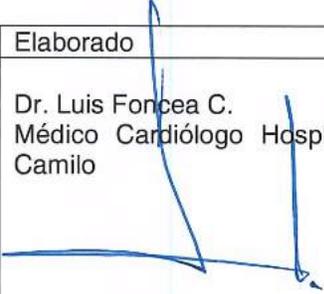
Edición : 01

Fecha : 14 de Septiembre 2018

Página : 1 de 16

Vigencia : 2018- 2021

### PROTOCOLO MANEJO, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE ACONCAGUA

Elaborado	Revisado	Aprobado
<p>Dr. Luis Foncea C. Médico Cardiólogo Hospital San Camilo</p> <p>EU. Carla Vásquez Asesora de Programas Dirección Servicio de Salud Aconcagua</p>  	<p>EU. Pía Rubilar Bragg.</p> <p>Calidad y Seguridad del Paciente, Dirección Servicio de Salud Aconcagua.</p>  	<p>Dra. Iris Boisier Utz Subdirección Gestión Asistencial Servicio de Salud Aconcagua</p>  
Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Fecha: 14 de Septiembre de 2018	Fecha: 14 de Septiembre de 2018



## SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO INSUFICIENCIA CARDIACA

### MANEJO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON IC

#### 1. Introducción:

La insuficiencia Cardíaca es considerada como una epidemia emergente dentro de las enfermedades cardiovasculares, debido a su prevalencia en la población y a los costos asociados a su tratamiento, lo que la vuelve un problema de salud pública. Su prevalencia e incidencia aumenta en forma progresiva con la edad y en estos momentos es la principal causa de hospitalización en los servicios de medicina en personas mayores de 65 años. Por otro lado, la enfermedad tiene una alta tasa de letalidad, con una sobrevivencia de 5 años de efectuado el diagnóstico en el 50% de los usuarios.

#### 2. Objetivos:

- Definir el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y derivación oportuna de la Insuficiencia Cardíaca (IC) en la jurisdicción del Servicio de Salud Aconcagua.
- Mejorar la calidad de vida y con esto, disminuir la tasa de Mortalidad por Insuficiencia Cardíaca en usuarios la Red del Servicio de salud Aconcagua.

#### 3. Mapa de Red:

Centros derivadores	Establecimiento de derivación
CESFAM Llay- Llay	CAE Medicina Interna Hospital San Camilo de San Felipe
CESFAM Dr. Eduardo Raggio	
CESFAM Panquehue	
CESFAM Valle Los Libertadores	
CESFAM Dr. Segismundo Iturra	
CESFAM Curimón	
CESFAM San Felipe el Real	
CESFAM Dr. Jorge Ahumada	CAE Medicina Interna Hospital San Juan de Dios de Los Andes
CESFAM Centenario de los Andes	
CESFAM San Esteban	
CESFAM Pedro Aguirre Cerda.	
CESFAM Rinconada	
CESFAM Cordillera Andina	

#### 4. Alcance

##### Ámbitos de aplicación:

Establecimientos de Atención Primaria de Salud: Profesionales Médicos, Enfermeros, Químicos Farmacéuticos y Profesionales de Equipo de Salud Cardiovascular de Atención Primaria de Salud.

Hospitales de alta complejidad: Profesionales Cardiólogos, Médicos Internistas, Enfermeras y Profesionales del Programa Cardiovascular.

Hospitales de la Familia y la Comunidad: Profesionales Médicos y de Enfermería.



# SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO INSUFICIENCIA CARDIACA

## MANEJO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON IC

### Población objetivo:

Población beneficiaria de FONASA que accede a prestaciones de salud en el nivel primario y secundario de atención, con sospecha, signos, síntomas y/o diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca, pertenecientes a los distintos establecimientos de la Red.

### 5. Definiciones y abreviaturas

<b>SSA:</b> Servicio de Salud Aconcagua	<b>APS:</b> Atención Primaria de Salud.
<b>CAE:</b> Centro de Atención de especialidades.	<b>SOME:</b> Servicio de Orientación Médico Estadístico.
<b>SIC:</b> Solicitud de Inter Consulta	<b>FCE:</b> Ficha Clínica Electrónica
<b>IC:</b> Insuficiencia Cardíaca	<b>ICC:</b> Insuficiencia Cardíaca Congestiva
<b>ICFEP:</b> Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada	<b>ICFER:</b> Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección Reducida.
<b>AI:</b> Aurícula Izquierda	<b>AD:</b> Aurícula Derecha
<b>VI:</b> Ventrículo izquierdo	<b>FA:</b> Fibrilación Auricular
<b>VD:</b> Ventrículo derecho	<b>FEVI:</b> Fracción de eyección del ventrículo Izquierdo
<b>ICFER:</b> Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida.	<b>CV:</b> Cardiovascular
<b>ICFEP:</b> Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada.	

### 6. Asignación de responsabilidades

- Sub Directores Médicos de Establecimientos de la Red Asistencial: Velar por la difusión y monitorear el cumplimiento del presente protocolo.
- Médicos de familia y generales de Atención primaria, y de los Servicio de Atención Primaria de Urgencia SAPU y SUR del Servicio de Salud Aconcagua, serán responsables de la aplicación del presente protocolo.
- Médicos Especialistas en Medicina Interna, y Cardiología de Hospitales de mayor complejidad, serán responsables de la aplicación del protocolo.
- Sub. Dirección de Gestión Asistencial, Dirección Servicio de Salud Aconcagua, a través del Médico asesor, será responsable de la actualización y monitoreo del presente protocolo.

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO INSUFICIENCIA CARDIACA</b>	Código : GCDSSA106
		Edición : 01
		Fecha : 14 de Septiembre 2018
		Página : 4 de 16
		Vigencia : 2018-2021
<b>MANEJO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON IC</b>		

## 7. Desarrollo del protocolo:

7.1 Descripción, epidemiología, etiología y clasificación.

7.1.1 Descripción:

### Insuficiencia Cardíaca:

La IC es un síndrome complejo que resulta de cualquier anomalía estructural o funcional que compromete el llenado o la eyección ventricular y que termina con la incapacidad del corazón para satisfacer las demandas energéticas del organismo a presiones venosas fisiológicas.

7.1.2 Epidemiología:

La insuficiencia cardíaca (IC) representa en la actualidad un problema de salud pública y ha sido considerada junto a la fibrilación auricular (FA) como una epidemia emergente dentro de las enfermedades cardiovasculares, debido a su prevalencia en la población y a que los costos asociados a su tratamiento repercuten sobre el sistema de salud.

Se estima que la prevalencia de esta enfermedad asciende a un 3% de la población. Su prevalencia e incidencia aumentan en forma progresiva con la edad y en este momento es la principal causa de hospitalizaciones en servicios de Medicina Interna en mayores de 65 años. Por otro lado, la enfermedad tiene una alta tasa de letalidad, con una sobrevivencia a 5 años de efectuado el diagnóstico de 50%. Las cifras de mortalidad durante la hospitalización fluctúan entre 2-20% mientras que la re hospitalización y/o la mortalidad tras una hospitalización pueden alcanzar 50% a los 6 meses.

El diagnóstico está basado en la presencia de síntomas y signos de IC, la demostración de una evidencia objetiva de anomalía cardíaca y en caso de dudas, exámenes de laboratorio y/o la respuesta al tratamiento dirigido para la enfermedad.

7.1.3 Etiología:

Las etiologías de la IC son variadas, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial (HTA), miocardiopatías, enfermedad valvular, cardiopatías congénitas. En Chile, de acuerdo con los datos aportados por el registro ICARO las principales causas de IC son la cardiopatía hipertensiva y la isquémica.

7.1.4 Clasificación:

La IC se clasifica según los siguientes parámetros:

Según el tiempo de evolución se divide en:

IC Aguda: Los síntomas y signos de IC ocurren habitualmente en el transcurso de las primeras 24 horas.

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
PROTOCOLO INSUFICIENCIA  
CARDIACA**

**MANEJO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON IC**

IC Crónica: Es la presentación más frecuente, los síntomas o signos ocurren en días o semanas. Se caracteriza por su evolución progresiva en el tiempo, con periodos intercurrentes de descompensaciones de la enfermedad.

Según Síntomas y signos predominantes se divide en:

IC izquierda: Predominan los síntomas y signos de congestión pulmonar o bajo gasto cardiaco (disnea en sus diferentes presentaciones o fatigabilidad).

IC derecha: Predominan los síntomas y signos de congestión sistémica (edema, hepatomegalia, distensión venosa yugular).

IC global o congestiva: Se presentan síntomas y signos combinados de congestión pulmonar y sistémica.

**Según la fracción de eyección del ventrículo izquierdo**

Existen 2 grupos claramente establecidos:

**IC con FEVI reducida (ICFER)**

**IC con FEVI preservada (ICFEP)**

Sin embargo, entre ellos existe una zona gris o grupo intermedio, comprendido entre las FEVI 41 y 49%, que no tiene una definición muy clara, pero cuyas características en general están más cerca del grupo ICFEP.

**Tabla N° 1**

Cuadro clínico	FEVI	Clasificación de IC
Síntomas y/o signos típicos de IC	≤ 40%	ICFER
Síntomas y/o signos típicos de IC	≥ 50%	ICFEP
Síntomas y/o signos típicos de IC	41-49%	Grupo Intermedio

**Según la Capacidad Funcional**

Basada en las limitaciones que impone la enfermedad en relación con el desarrollo de actividad física. Se utiliza la clasificación funcional de la Asociación de Cardiología de Nueva York.

**Tabla N° 2. Clasificación Funcional de la IC de la Asociación de Cardiología de Nueva York (NYHA)**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
PROTOCOLO INSUFICIENCIA  
CARDIACA**

Código : GCDSSA106

Edición : 01

Fecha : 14 de Septiembre 2018

Página : 6 de 16

Vigencia : 2018-2021

**MANEJO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON IC**

Clase funcional	Limitaciones de la actividad física
I	Sin limitaciones para la actividad física. Actividad física habitual no causa síntomas
II	Limitación leve de la actividad física. Actividad física habitual provoca síntomas de IC, fundamentalmente disnea
III	Limitación marcada de la actividad física. Actividad física menos a la habitual (esfuerzos menores) provoca síntomas
IV	Incapaz de realizar actividad física sin síntomas o síntomas en reposo

**Según la progresión de la enfermedad**

**Estadios de la IC**

Se reconocen 4 estadios de la enfermedad en consideración a la presencia de factores de riesgo que predisponen a IC [HTA, diabetes mellitus (DM)], anomalías estructurales cardíacas [dilatación de cavidades con caída de la fracción de eyección (FE), hipertrofia ventricular izquierda (HVI), secuelas de infarto] la aparición de síntomas y su evolución en relación con las terapias habituales de esta enfermedad.

Esta clasificación reconoce la naturaleza progresiva de la enfermedad, sin la posibilidad de regresar a estadios previos, enfatizando la prevención de la aparición y progresión de la IC.

**Tabla N°3. Clasificación de la IC en estadios evolutivos**

Estadio	Características
A	En riesgo de IC, pero sin enfermedad cardíaca estructural o síntomas de IC
B	Presenta enfermedad cardíaca estructural, pero sin síntomas o signos de IC
C	Presenta enfermedad cardíaca estructural, con síntomas previos o actuales de IC
D	IC refractaria a terapias habituales, requiere intervenciones especializadas

**7.2 Evaluación inicial de pacientes con sospecha de IC**

**7.2.1 Anamnesis**

Uno de los objetivos principales en la evaluación inicial de la IC es la identificación de las anomalías funcionales y estructurales presentes en esta enfermedad, para lo cual debe efectuarse una evaluación clínica, con historia y examen físico completo y luego exámenes complementarios.

En general, los pacientes con IC tienen las siguientes formas de presentación:

- **Síndrome de intolerancia al ejercicio**, la forma de presentación más frecuente. Corresponde a pacientes que consultan por una disminución de la tolerancia al esfuerzo, ya sea por disnea y/o fatiga.

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
PROTOCOLO INSUFICIENCIA  
CARDIACA**

**MANEJO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON IC**

- **Síndrome edematoso**, en algunos casos se presenta como único o principal hallazgo.

**7.2.2 Examen físico**

El diagnóstico de IC se realiza en presencia de síntomas o signos característicos en pacientes con una cardiopatía de base por lo cual el examen físico debe ser dirigido a documentar la presencia de signos de falla cardiaca izquierda como: Palidez, frialdad distal, llene capilar enlentecido, cianosis periférica, crepitaciones pulmonares, auscultación de tercer ruido (R3), con o sin galope o signos de falla derecha como: Presión venosa yugular elevada, hepatomegalia, reflujo hepato-yugular, ascitis, derrame pleural y edema maleolar blando. Se debe buscar en forma dirigida la presencia de soplos que orienten a insuficiencias y/o estenosis valvulares.

**7.2.3 Diagnóstico**

La clínica es la herramienta fundamental en el diagnóstico de la IC, sin embargo, no siempre el diagnóstico es evidente en el momento de la evaluación. En casos de duda diagnóstica se recomienda la utilización de los criterios de Framingham como herramienta complementaria en el diagnóstico, considerando que la utilidad de los síntomas y signos clínicos de IC es reducida cuando se utilizan en forma aislada y mejoran cuando se consideran en conjunto.

**Tabla N° 4. Criterios de Framingham para el diagnóstico de la IC**

Criterios Mayores	Criterios Menores
Disnea paroxística nocturna u ortopnea	Tos nocturna
Distensión venosa yugular	Dísnea de esfuerzo
Crepitaciones pulmonares (> 10 cm desde la base pulmonar)	Taquicardia > 120 lpm
Galope por R3	Edema maleolar bilateral
Cardiomegalia clínica o en Rx de Tórax	Derrame pleural
Edema pulmonar agudo clínico o en Rx de tórax	Hepatomegalia
Reflujo hepato-yugular	Disminución de capacidad vital a 1/3 de la máxima registrada
Disminución de peso > 4.5 kg en respuesta a tratamiento de IC	

\*Para el diagnóstico de IC se requieren 2 criterios mayores o 1 criterio mayor y 2 menores

Los pacientes con sospecha y/o diagnóstico establecido de IC deben realizarse adicionalmente exámenes de laboratorio e imágenes que mencionaremos a continuación:

**Laboratorio:** Hemograma, función renal y hepática, glicemia, electrolitos plasmáticos, albumina, ácido úrico, orina completa, función tiroidea. BNP o Pro BNP en nivel secundario.

**Imágenes:** Rx de tórax y Electrocardiograma y Ecocardiograma en nivel secundario.

# SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

## PROTOCOLO INSUFICIENCIA CARDIACA

Código : GCDSSA106

Edición : 01

Fecha : 14 de Septiembre 2018

Página : 8 de 16

Vigencia : 2018-2021

### MANEJO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON IC

En casos específicos e individualizados debe indicarse exámenes para detectar enfermedades infecciosas, enfermedades inmunológicas o metabólicas, que en etapas tardías se asocian a IC, casos en los cuales de no contar con estos exámenes en primer nivel de atención se debe derivar el paciente a través de SIC a segundo nivel de atención (anexo 1) documento que debe contener como requerimientos mínimos los siguientes datos:

- Registro de antecedentes farmacológicos, mórbidos, alérgicos, quirúrgicos, gineco obstétricos entre otros de importancia clínica relevante para cada caso.
- Registro completo de los hallazgos clínicos encontrados en anamnesis y examen físico.
- Registro de los exámenes de laboratorio e imágenes mencionados anteriormente y copia de electrocardiograma.

### 7.3 Manejo y tratamiento de IC.

Los objetivos del tratamiento de la IC deben incluir la prevención de la aparición de la enfermedad para pacientes con factores de riesgo principalmente pertenecientes al programa de salud cardiovascular y a través de la detección de pacientes de riesgo por medio de actividades preventivas y de promoción como el EMPA; evitar la progresión de la enfermedad, procurar la reducción de las tasas de mortalidad y hospitalizaciones, velar por el alivio de los síntomas y la mejora en la calidad de vida.

El tratamiento de la IC debe considerar una serie de variables: Estadio de la IC, etiología, ICFER o ICFEP, clase funcional, síntomas predominantes, variables de laboratorio (función renal, electrolitos), hallazgos del ECG y expectativas de sobrevida.

Los tratamientos disponibles en APS para el tratamiento de la IC deben considerar lo siguiente:

**7.3.1 Tratamiento no farmacológico:** Promover la prevención, tratamiento adecuado de factores de riesgo CV, alimentación saludable y ejercicio regular.

Tabla N° 5

<b>Sodio</b>	Recomendar consumo de 2 g de NaCl al día. Los sustitutos de sal deben utilizarse con extrema precaución debido a que la mayoría contiene altas dosis de potasio.
<b>Líquidos</b>	La restricción de líquido a los pacientes con IC no ofrece beneficios. Sin embargo, una restricción de 1,5 a 2 litros al día a pacientes puede considerarse en un paciente con hiponatremia.
<b>Alcohol</b>	Ingesta permitida sólo en pequeñas cantidades.
<b>Ejercicio</b>	Todo paciente con IC estable debe ser motivado/a a realizar actividad física aeróbica diaria, evitando la actividad física extenuante o competitiva.
<b>Actividad Sexual</b>	Presenta bajo riesgo de descompensación en pacientes estables en CF II y III
<b>Medicamentos Concominantes</b>	Se deben usar con extrema precaución y vigilar cualquier deterioro de la IC ante los siguientes medicamentos: AINES, Corticoides, Litio y Broncodilatadores con efecto simpaticomimético.



**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
PROTOCOLO INSUFICIENCIA  
CARDIACA**

Código : GCDSSA106

Edición : 01

Fecha : 14 de  
Septiembre 2018

Página : 9 de 16

Vigencia : 2018-2021

**MANEJO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON IC**

**7.3.2 Tratamiento farmacológico:**

Este debe realizarse de acuerdo a la etiología, profesional médico puede indicar tratamiento, sin embargo, de forma inicial esta indicación debe ser entregada por el médico especialista de acuerdo a la causa y al estadio de la enfermedad, una vez se confirma el diagnóstico, así como de también se debe tener en cuenta la disponibilidad del arsenal farmacológico de APS (anexo 2), de lo contrario el tratamiento farmacológico debe entregarse en nivel secundario de atención, sin embargo el profesional médico de APS debe velar por entregar dosis óptimas de aquellos fármacos disponibles en APS para el tratamiento de enfermedades crónicas de base (IECAS, ARA II, Beta bloqueadores, diuréticos, antagonistas de la aldosterona, entre otros).

En aquellos casos que el médico especialista ha confirmado la sospecha diagnóstica, sus causas y ha definido un plan de tratamiento que pueda llevarse a cabo en el primer nivel de atención, este debe derivar a través de documento de contrarreferencia (anexo 1) con las indicaciones claramente registradas, seguimiento y control de especialidad.

En el tratamiento farmacológico de la IC se recomiendan las siguientes dosis:

**Tabla N° 6. Dosis de IECA habitualmente empleados en el manejo de la IC**

Fármaco	Dosis inicial	Dosis máxima
Captopril	6,25 mg c/8 h	50 mg c/8 h
Enalapril	2,5 mg c/12 h	10 - 20 mg c/12 h
Lisinopril	2,5 mg c/24 h	20 - 40 mg c/24 h
Ramipril	2,5 mg c/24 h	10 mg c/24 h
Quinalapril	1,25 - 2,5 mg c/12 h	20 mg c/12 h
Perindopril	2 mg c/24 h	8 - 16 mg c/24 h
Fosinopril	5 - 10 mg c/24 h	40 mg c/24 h
Trandolapril	1 mg c/24 h	4mg c/24 h

**Tabla N° 7. Dosis de ARA II habitualmente empleados en el manejo de la IC**

Fármaco	Dosis inicial	Dosis máxima
Losartan	25-50 mg c/12 h	50-100 mg c/12 h
Valsartan	20-40 mg c/12 h	160 mg c/12 h
Candesartan	4-8 mg c/24 h	32 mg c/24 h



**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
PROTOCOLO INSUFICIENCIA  
CARDIACA**

**MANEJO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON IC**

**Tabla N°8. Dosis de BB habitualmente usados en el manejo de la IC**

Fármaco	Dosis inicial	Dosis máxima
Carvedilol	3,125 mg c/12 h	25 mg c/12 h
Bisoprolol	1,25 mg c/24 h	10 mg c/24 h
Metoprolol succinato CR/XL	12,5-25 mg c/24 h	200 mg c/24 h
Nebivolol	1,25 mg c/24 h	10 mg c/24 h

**Tabla N° 9. Dosis de diuréticos habitualmente empleados en el manejo de la IC**

Fármaco	Dosis inicial	Dosis máxima
Diuréticos de asa Furosemida	20-40 mg c/12-24 h	240mg c/24 h
Diuréticos tiazídicos Hidroclorotiazida	25 mg c/12-24 h	50 mg c/24 h
	Metolazona	2,5 mg c/24 h

**7.3.3Seguimiento de la IC**

Los controles y seguimiento de usuarios con IC tienen como finalidad reducir la mortalidad, las hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida de los usuarios. Los pacientes con IC, pueden ser controlados en los diferentes niveles de atención de acuerdo a su estabilidad clínica, resultado de exámenes complementarios y/o procedimientos requeridos, entre otros. A continuación, se definen niveles de atención de los usuarios de acuerdo a características de los pacientes y funciones respectivas.

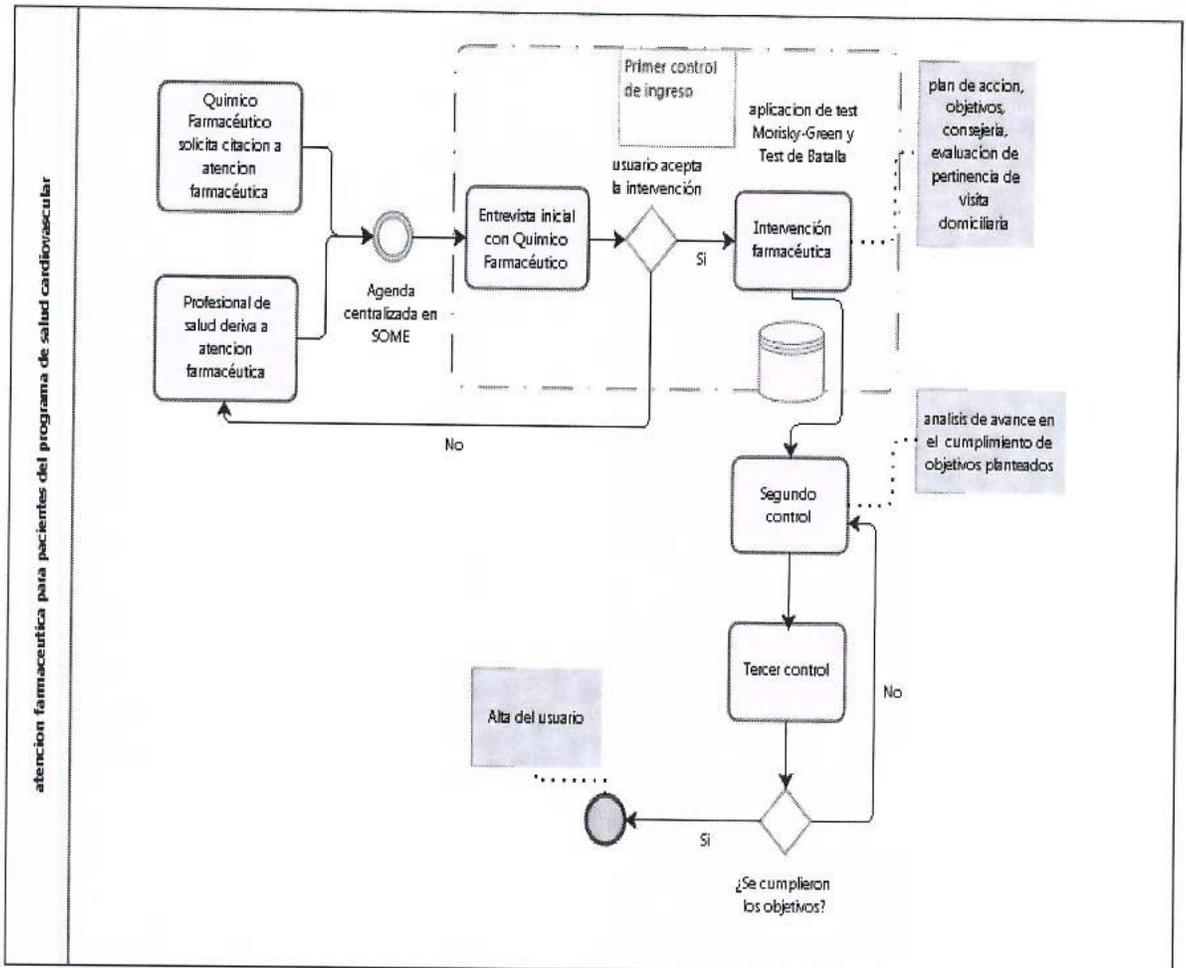
**Tabla N° 10.**

Nivel de complejidad	Características pacientes	Funciones
I	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menor complejidad</li> <li>Estabilidad clínica</li> <li>Sin características de riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar diagnóstico y evaluación inicial</li> <li>Buscar etiologías corregibles</li> <li>Iniciar y optimizar tratamiento farmacológico</li> <li>Realizar seguimiento</li> <li>Estimar riesgo según score Seattle</li> <li>Derivar en los casos que corresponda al nivel superior</li> </ul>
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alta complejidad</li> <li>Inestabilidad clínica</li> <li>Con características de riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar diagnósticos específicos que requieren exámenes complementarios seleccionados</li> <li>Realizar seguimiento de pacientes de riesgo</li> <li>Realizar tratamientos de mayor complejidad, dispositivos (DAI-TRC) y alternativas quirúrgicas (ACM, trasplante cardiaco)</li> <li>Derivar en los casos que corresponda al nivel de menor complejidad</li> </ul>

## SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO INSUFICIENCIA CARDIACA

### MANEJO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON IC

Como apoyo al seguimiento de las personas con IC deberán ser derivados a atención por Químico Farmacéutico, en aquellos CESFAM que cuenten con este recurso, los usuarios que sufran reiteradas descompensaciones y/o hospitalizaciones, se detecte escasa o nula red de apoyo y/o presenten reacciones adversas a fármacos debido a poli farmacia.



La frecuencia de los controles dependerá de la severidad de la IC y la optimización de tratamiento:

- Usuarios estables en CF I y II cada 3 a 6 meses.
- Usuarios inestables y/o en CF III y IV cada 2 meses.

Deben ser derivados al nivel secundario los usuarios que presenten:

- Re hospitalizaciones por IC.
- Persistencia de síntomas, en CF III y IV a pesar de indicación médica óptima.

Deberán permanecer en el nivel secundario de atención:

- FEVI menor a 30%.
- IC Refractaria, estadio D.

## SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO INSUFICIENCIA CARDIACA

### MANEJO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON IC

#### 8. Registro de la Información :

El diagnóstico, controles y educación entregada la paciente con IC debe quedar registrada en RAYEN o Ficha Clínica según corresponda.

#### 9. Indicadores

Título	Porcentaje de mortalidad por IC en Pacientes Hospitalizados
Descripción y Racionalidad	Este indicador evalúa el porcentaje de mortalidad de usuarios diagnosticados con IC. El objetivo es reducir en un 10% la tasa de mortalidad al año en pacientes hospitalizados con IC con respecto a Línea Base año 2017.
Dominio	Indicador de resultado
Numerador y Denominador	<u>Número de pacientes hospitalizados con diagnóstico de IC fallecidos en el periodo</u> Total de pacientes hospitalizados con Diagnóstico de IC en el periodo X 100
Fuente de datos	<u>Numerador:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reporte desde GRD de Egresos Hospitalarios de EAR por fallecimiento de usuarios con diagnóstico de IC.</li> <li>• EEIH de Hospitales de SIGGES</li> </ul> <u>Denominador :</u> Reporte desde GRD
Muestreo recomendado	Se evaluará el total de Pacientes diagnosticados con IC Congestiva
Periodicidad	Medición: Trimestral, Evaluación: Anual
Umbral/Criterios de interpretación de resultados	Reducción de un $\geq 10\%$
Áreas de aplicación	Hospital San Juan de Dios y Hospital San Camilo
Responsables	Asesoras del Programa de Salud Cardiovascular de la Dirección del SSA.
Anexos	N/A
Referencias bibliográficas	N/A

#### 9. Normas y Referencias

- Guía Clínica Insuficiencia Cardíaca, Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular MINSAL 2015
- Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la IC Aguda y Crónica.

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
PROTOCOLO INSUFICIENCIA  
CARDIACA**

Código : GCDSSA106

Edición : 01

Fecha : 14 de  
Septiembre 2018

Página : 13 de 16

Vigencia : 2018-2021

MANEJO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON IC

**10. Anexos**

**Anexo N° 1**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**DOCUMENTO DE CONTRARREFERENCIA**

(COMPLETAR TODOS LOS DATOS CON LETRA LEGIBLE)

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ RUT : \_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO DE DESTINO: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO Y EXÁMENES EFECTUADOS**

**INDICACIONES A LA ATENCIÓN PRIMARIA (Incluye Fármacos)**

DERIVAR AL NIVEL DE ESPECIALIDAD EN CASO DE:

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE DE MÉDICO QUE CONTRARREFIERE

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA  
PROTOCOLO INSUFICIENCIA  
CARDIACA**

**MANEJO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON IC**

**Anexo N° 2. Arsenal Farmacológico APS.**

**11. MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES**

Tipo	Fármacos	Presentación
11.01. Antianginosos	Atenolol	Comprimido 50 mg
	Carvedilol	Comprimido 25 mg
	Isosorbida Dinitrato	Comprimido 10 mg
	Nitroglicerina	Comprimido 0.6 mg
	Propranolol Clorhidrato	Comprimido 40 mg
11.02 Antiarrítmicos		Comprimido 10 mg
	Amiodarona	Comprimido 200 mg
		S. Inyectable 150mg/3ml
	Atenolol	Comprimido 50 mg
	Carvedilol	Comprimido 25 mg
	Digoxina	Comprimido 0.25 mg
11.03 Antihipertensivos	Epinefrina	S. Inyectable 1mg/ml
	Propranolol Clorhidrato	Comprimido 40 mg
		Comprimido 10 mg
	Atenolol	Comprimido 50 mg
	Amlodipino	Comprimido 5 mg
		Comprimido 10 mg (alternativa)
	Hidroclorotiazida	Comprimido 50 mg
	Carvedilol	Comprimido 25 mg
	Captopril	Comprimido 25 mg
	Enalapril	Comprimido 10 mg
		Comprimido 20 mg (alternativa)
	Losartan (potásico)	Comprimido 50 mg
Metildopa	Comprimido 250 mg	
Nifedipino	Comprimido acción retardada 20 mg	
10.4 Medicamentos utilizados en la IC	Propranolol Clorhidrato	Comprimido 40 mg
		Comprimido 10 mg
	Bisoprolol	Comprimido 2.5 mg
	Digoxina	Comprimido 0.25 mg
10.5 Medicamentos Antitromboticos y usados en el Infarto al Miocardio	Epinefrina	S. Inyectable 1mg/ml
	Hidroclorotiazida	Comprimido 50 mg
10.6 Hipolipemiantes		Comprimido 100 mg
	Ácido acetilsalicílico	Comprimido 500 mg
	Atorvastatina	Comprimido de 20 mg
	Gemfibrozilo	Comprimido de 600 mg

## SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO INSUFICIENCIA CARDIACA

Código : GCDSSA106

Edición : 01

Fecha : 14 de  
Septiembre 2018

Página : 15 de 16

Vigencia : 2018-2021

MANEJO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON IC

### 11. Distribución

Subdirección de Gestión Asistencial, Dirección Servicio de Salud.

- Depto. Gestión Hospitalaria.
- Calidad y Seguridad del Paciente
- Depto. Gestión Atención Primaria en Salud.

Hospitales de Mayor Complejidad

- Dirección.
- Subdirección Médica Hospital San Camilo de San Felipe y Hospital San Juan de Dios, Los Andes
- Jefe de Medicina Interna Hospital San Camilo de San Felipe y Hospital San Juan de Dios, Los Andes

Hospitales de la familia y la comunidad

- Dirección
- Subdirección Médica Hospital San Antonio de Putaendo y Hospital San Francisco de Llay Llay

CESFAM

- Directora CESFAM San Felipe El Real.
- Directora CESFAM Dr. Segismundo Iturra T.
- Directora CESFAM Cordillera Andina.
- Directora CESFAM Llay Llay.
- Director CESFAM Jorge Ahumada Lemus.
- Directora CESFAM Curimón.
- Directora CESFAM Valle Los Libertadores.
- Director CESFAM Panquehue.
- Directora CESFAM Eduardo Raggio Lannata.
- Director CESFAM Centenario.
- Director CESFAM Rinconada.
- Director CESFAM Pedro Aguirre Cerda.
- Director CESFAM San Esteban.

### 12. Difusión

- CIRA: Presentación Breve del Flujograma
- Capacitación para Médicos de APS: Se solicitará la presentación del documento para su difusión.
- Página WEB del Servicio De salud Aconcagua.



# SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA PROTOCOLO INSUFICIENCIA CARDIACA

MANEJO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON IC

## 13. Revisión

Registro de Modificaciones:

Revisión	Registro de Modificaciones	Memorando que dispone (si corresponde)	
Nº	Detalle	Nº	Fecha
01	Elaboración de Protocolo		Septiembre 2018