

FORMULARIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA


Semana: _____ Finaliza: __/__/____

No existe declaración esta semana por:

No se han registrado casos

Ausencia de la consulta

Otros: _____



ETIQUETA

Datos de identificación		Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
CIP		_____	_____	_____
Fecha de nacimiento		__/__/__	__/__/__	__/__/__
Sexo	Hombre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mujer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de registro	Prevalente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fecha de diagnóstico	__/__/__	__/__/__	__/__/__
	Incidente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evento en paciente con IC.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caso prevalente o incidente que se registra por primera vez				
Presencia de síntomas en la actualidad (respuesta múltiple)	Disnea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ortopnea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Disnea paroxística nocturna.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tolerancia al ejercicio disminuida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatiga, cansancio, más tiempo hasta recuperarse del ejercicio..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inflamación de tobillos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presión venosa yugular elevada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reflujo hepatoyugular.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tercer sonido cardiaco (ritmo galopante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulso apical desplazado lateralmente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Péptido natriurético	BNP.....	_____ pg/ml	_____ pg/ml	_____ pg/ml
	NT-proBNP.....	_____ pg/ml	_____ pg/ml	_____ pg/ml
	No realizado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datos de ecocardiografía	FEVI≥50%.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FEVI 40-49%.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FEVI<40%.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enfermedad estructural cardiaca relevante (HVI o DAI).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Disfunción diastólica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No realizada.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informe de servicio cardiología, medicina interna, geriatría... con diagnóstico de IC	Sí.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fecha de informe	__/__/__	__/__/__	__/__/__
	No.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de solicitud de interconsulta/ecocardiografía		__/__/__	__/__/__	__/__/__
Factores de riesgo de insuficiencia cardiaca	HTA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cardiopatía coronaria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valvulopatía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuáles:		_____	_____	_____
Antecedentes y exploración complementaria (respuesta múltiple)	Diabético.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabaquismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hiperlipemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Peso.....	_____	_____	_____
	Talla (en cm).....	_____	_____	_____
Perímetro abdominal.....		_____	_____	_____
Estadio NYHA (ver protocolo)	I.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	II.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	III.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IV.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº de hospitalizaciones en los últimos 12 meses por IC o causa relacionada				
Vacunación antigripal (último año)	Sí.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacunación antineumocócica	Sí.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evento (en un caso ya registrado no hace falta cumplimentar los apartados anteriores salvo los de identificación)				
Fecha del evento		__/__/__	__/__/__	__/__/__
Defunción.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Causa inmediata.....		_____	_____	_____
Causa intermedia.....		_____	_____	_____
Causa inicial o fundamental.....		_____	_____	_____
Hospitalización.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por descompensación de la IC.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por otro motivo.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuál:		_____	_____	_____
Atención de urgencias y emergencias.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por descompensación de la IC.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por otro motivo.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuál:		_____	_____	_____



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 2020 (MÉDICO DE FAMILIA)

INSUFICIENCIA CARDIACA

Criterio de inclusión:

CISAP-2 (K77): Insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia ventricular izquierda, insuficiencia ventricular derecha, edema pulmonar, insuficiencia cardiaca no especificada, asma cardiaca.

Exclusión: cor pulmonale K82

Se utilizarán los criterios de la Sociedad Europea de Cardiología, lo que exige disponer de un informe de cardiología o una ecocardiografía informada con la clasificación de acuerdo con la Fracción de eyección y analítica de los péptidos natriuréticos.

IC con Fracción de eyección reducida	IC con Fracción de eyección media	IC con Fracción de eyección conservada
1. Síntomas + signos	1. Síntomas + signos(a)	1. Síntomas + signos(a)
2. FEVI < 40%	2. FEVI 40-49%	2. FEVI ≥ 50%
	3. • Péptidos natriuréticos elevados (b) • Al menos un criterio adicional: 1. Enfermedad estructural cardiaca relevante (HVI o DAi), 2. Disfunción diastólica.	3. • Péptidos natriuréticos elevados (b) • Al menos un criterio adicional: 1. Enfermedad estructural cardiaca relevante (HVI o DAi), 2. Disfunción diastólica.

IC: insuficiencia cardiaca; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; HVI: hipertrofia ventricular izquierda; DAi: dilatación auricular izquierda;

(a) Los signos pueden no estar presentes en las primeras fases de la IC (especialmente en la IC-FEc) y en pacientes tratados con diuréticos.

(b) BNP > 35 pg/ml o NT-proBNP > 125 pg/ml.; BNP: péptido natriurético de tipo B; NT-proBNP: fracción N-terminal del propéptido natriurético cerebral.

Procedimiento de registro:

- Caso prevalente: Paciente con historia de IC conocida que consulta por cualquier motivo (Solo se registra una vez).
- Caso incidente: Paciente sin historia de IC conocida (solo se registra una vez).
- Evento en paciente con IC en un caso ya registrado: Se registrarán las defunciones y todas las hospitalizaciones y atención por servicios de urgencia o emergencia sanitaria.