PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO:

INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

Elaborado por:

- Miguel Ángel Rodríguez García. Coordinador Unidad Insuficiencia Cardiaca CAULE
- Ignacio Iglesias Garriz. Servicio Cardiología CAULE
- Agustín Romero Blanco. Coordinador de Organización. Gerencia AP León
- José Cesáreo Naviero Rilo. Técnico de Salud. Gerencia AP León
- Francisco Rebollo Gutiérrez. Médico AP ZBS León I
- Camilo Macias Zahinos. Enfermero AP ZBS San Andrés
- Santiago Hermoso Díez. Médico. Médico AP ZBS La Bañeza II
- Ruth Molina Mazo. Farmacéutica AP León. Gerencia AP León
- Cristina Alberte Pérez. Farmacéutica AP León. Gerencia AP León
- Ana Mª Rodríguez Martínez. Responsable de Enfermería de Equipos. Gerencia AP León
- Carmen Rodríguez García, Coordinadora Servicio Urgencias CAULE
- Raquel Rodríguez Díez. Servicio de Medicina Interna CAULE
- Ángel Martínez. Servicio de Medicina Interna CAULE
- Trinidad Verduras. Enfermera de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca. CAULE
- Mercedes Rodríguez Díez. Coordinadora de Calidad y F. Continuada CAULE

Revisores:

- García Casas, Mª Carmen. Grupo Técnico Central. D.T. Atención Primaria
- De la Iglesia Rodríguez, Purificación. Grupo Técnico Central. D.T. Atención Primaria
- Miranda Hidalgo, Rosa. Dirección Técnica de Farmacia.

Fecha Elaboración: MAYO 2011

Fecha Revisión: NOVIEMBRE 2011

Validación: JUNIO 2012

ÍNDICE

1. MISIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN
2. VINCULACIÓN CON OTROS PROCESOS. PROCESOS ESTRATÉGICOS Y DE SOPORTE.
3. PARTICIPANTES Y BENEFICIARIOS. POBLACIÓN DIANA. CRITERIOS DE INCLUSIÓN (ENTRADAS Y SALIDAS). NECESIDADES Y EXPECTATIVAS.
4. ACTIVIDADES. RESPONSABLES. CRITERIOS DE CALIDAD:
    a. Actividades de promoción /Detección precoz
    b. Diagnóstico
    c. Tratamiento
    d. Seguimiento. Plan de cuidados
    e. Criterios de interconsultas
    f. Actividades administrativas: procedimientos (Citaciones, suministros, ...)
    g. Exploraciones complementarias
5. REGISTROS. DOCUMENTACIÓN.
6. INDICADORES
    a. INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO
    b. INDICADORES DE RESULTADOS
7. TERMINOLOGÍA
8. BIBLIOGRAFÍA
9. ANEXOS:
    - GUÍAS CLÍNICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA SELECCIONADAS
    - FLUJOGRAMA
    - FICHA RESUMEN DEL PROCESO

Ficha Resumen

Fecha: 12/4/2010

Objetivo

Identificar, diagnosticar, tratar y llevar a cabo el seguimiento de los pacientes con Insuficiencia Cardiaca Crónica (ICC), en Atención Primaria y en Especializada; estableciendo criterios de Diagnóstico y derivación en ambos niveles asistenciales.

Población diana

Pacientes mayores de 14 años, pertenecientes al área sanitaria, diagnosticados de ICC, o con sospecha de padecerla.

Criterio de inclusión

Pacientes ya diagnosticados de ICC.
Pacientes de nuevo diagnóstico según los criterios de Framinghan (anexo I) o Boston y confirmado mediante ecocardiograma.
Pacientes con signos y síntomas sospechosos de padecer ICC.

Actuaciones			
N	Actuación	Responsable	Criterios de calidad
1. C 2. C 3. B 4. B 5. C	Identificar pacientes sintomáticos de ICC: Anamnesis (anexo II) Exploración clínica (anexo III). Realizar ECG: detectar alteraciones ECG: onda Q, HVI, FA, bloqueos rama. Realizar radiografía: detectar cardiomegalia. Realizar analítica (anexo IV) Registrar la actividad	Médico AP Enfermera AP	1. Anamnesis (**anexo II**) 2. Exploración clínica (**anexo III**). 3. Realizar ECG: detectar alteraciones ECG: onda Q, HVI, FA, bloqueos rama. 4. Realizar radiografía: detectar cardiomegalia. 5. Realizar analítica (**anexo IV**)
	Establecer diagnóstico provisional: Valorar las pruebas realizadas Registrar	Médico de AP	1. El diagnóstico diferencial será establecido en un plazo de 15 días en estadio I-II NYHAN(**anexo V**)
1. B	Iniciar tratamiento sintomático con diuréticos e IECA. Informar al paciente y asegurarse de su cumplimiento. Registrar la actividad	Médico AP Enfermera AP	1. Establecer tratamiento sintomático con diuréticos e IECA. 2. Informar al paciente y asegurarse de su cumplimiento. 3. Registrar el tratamiento
	Derivar para confirmación diagnostica. Registrar la actividad	Médico AP	1. Cumplimentación correcta del documento de derivación.
1. A	Confirmar diagnóstico / Descartar patología asociada Realizar ecocardiograma Registrar la actividad	Cardiólogo/Internista	1. Confirmación diagnostica: ecocardiograma con FEVI que diferencie la ICC diastólica de la ICC sistólica (<45%).
1. A	Pautar tratamiento e informar al paciente y al médico de AP Registrar la actividad	Cardiólogo/ Internista Enfermera Atención especializada	1. Tratamiento farmacológico (**anexo VI**). 2. Información verbal y escrita al enfermo y familiares sobre las pautas a seguir y asegurarse de su cumplimiento (**anexo VII**) 3. Informe al médico de AP describiendo: tipo de IC y tratamiento pautado.

3. A 4. A 5. B	Controlar y realizar seguimiento en consulta o domicilio (anexo VIII): Crear el proceso de IC en la Historia clínica electrónica. Apuntar la FEVI en la HCE 1. Registrar el tratamiento farmacológico pautado por el especialista en HCE Realizar la primera visita de control a las 48 h. de iniciado el tratamiento o alta hospitalaria. Se hará en el domicilio en caso NYHA III-IV. En cada visita (cada 3 meses, en pacientes estables), realizar control de factores de riesgo y/o comorbilidad (anexo IX). Identificar y tratar precozmente factores precipitantes (anexo X). Realizar valoración de enfermería (anexo XI). Establecer el plan de cuidados de enfermería (anexo XII) Medir la adherencia terapéutica (anexo XIII) Planificar visitas de seguimiento mas frecuentemente, dependiendo del estadío y estabilidad del paciente. Registrar la actividad	Médico AP Enfermera AP	1. Crear el proceso de IC en la Historia clínica electrónica. 2. Apuntar la FEVI en la HCE 1. Registrar el tratamiento farmacológico pautado por el especialista en HCE 3. Realizar la primera visita de control a las 48 h. de iniciado el tratamiento o alta hospitalaria. Se hará en el domicilio en caso NYHA III-IV. 4. En cada visita, (cada 3 meses, en pacientes estables) se realiza control de factores de riesgo y/o comorbilidad (**anexo IX**). 5. Identificar y tratar precozmente factores precipitantes (**anexo X**). 6. Valoración de enfermería (**anexo XI**). 7. Plan de cuidados de enfermería (**anexo XII**) 8. Medir adherencia terapéutica (**anexo XIII**) 9. Planificar visitas de seguimiento mas frecuentemente, dependiendo del estadío y estabilidad del paciente. 10. Registrar en la historia clínica el resultado del control (incluir el test de calidad de vida), plan de cuidados, fecha del siguiente control y nº de ingresos que se produzcan.
2. C 3. A	Implementar la educación para la salud y fomentar la adherencia al tratamiento: Valorar las necesidades educativas y formativas de pacientes y familiares. Formar en autocuidados (anexo XIV). Informar sobre la enfermedad, y cumplimiento del tratamiento farmacológico (anexo XIV) Registrar la actividad	Médico AP Enfermera AP	Trimestralmente: 1. Valorar las necesidades educativas y formativas de pacientes y familiares. 2. Formar en autocuidados (**anexo XIV**). 3. Informar sobre la enfermedad, y cumplimiento del tratamiento farmacológico (**anexo XIV**)
1. C 2. C 3. C	Identificar precozmente los factores desencadenantes mediante: Anamnesis. Exploración física. Realizar las pruebas complementarias (en anexo X) Registrar la actividad	Médico AP Enfermera A Médico urgencias AP. Enfermera urgencias AP.	En cualquier oportunidad de contacto: • Anamnesis. • Exploración física. • Pruebas complementarias (**anexo X**)

1. A	Derivar al especialista en el seguimiento. Registrar la actividad	Médico AP	1. Según criterios de derivación (**anexo XV**) 2. Cumplimentación correcta del documento de derivación
	Valoración inicial a partir información clínica aportada (RX Tórax, ECG, analítica) e informe derivación AP Confirmación diagnostica IC Eco doppler sistemático en el mismo acto Exploración especiales según protocolo (anexo XVI) Optimización tratamiento Valorar necesidad terapias especiales Registro informático de la actividad Emisión informe con pauta terapéutica adecuada a la Guía Practica Clínica (anexo VI)	Cardiólogo Consulta alta resolución, Cardiólogo internista Unidad Insuficiencia Cardiaca	Acceso a la consulta < 7 días Realización Ecocardiograma 100% pacientes Informe sistematizado Ecocardiograma Solicitud exploraciones especiales según proceso (**anexo XVI**) Informe en que conste FEVI, grado funcional, etiología IC, si el tratamiento incluye IECAs y betabloqueantes, y si se prescribe anticoagulación en presencia de fibrilación auricular. Consejos de seguimiento al pacientes y pautas al Médico de AP.
	Reagudizaciones: Tratar las reagudización (anexo XVIII) Derivar a Unidad Insuficiencia Cardiaca descompensaciones no severas Derivar a urgencias del hospital a los pacientes con ICC con descompensaciones severas: Activar el 112. Registrar la actividad	Médico AP / Médico urgencias de AP Enfermera AP/ Enfermera urgencias de AP. Médico Cardiólogo Unidad Insuficiencia Cardiaca	1. Tratamiento reagudización (**anexo XVII**) 2. Cumplimentación correcta del documento de derivación

N	Actuación	Responsable	Criterios de calidad
	ATENCIÓN URGENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO:		
	1. Recepción del paciente en Admisión de Urgencias: Apertura de episodio en SUH e impresión de pegatinas de identificación. Registro de datos del paciente: nombre y apellidos, domicilio, teléfono, fecha de nacimiento, nº de Afiliación de Seguridad Social.... Registro del tipo de enfermedad (común, accidente casual, laboral...) Aportación de documentación informativa en caso de tratarse de situación de cargos a terceros.	Administrativo Admisión de Urgencias	Registro de datos en HP- HISS
	2. Triaje Registro del paciente en el área de atención (Triaje S.E.T.) Protocolo de triaje avanzado Registro por motivo, ubicación del paciente y nivel de gravedad. Toma de constantes según gravedad. Si procede, por el motivo, emisión de pruebas complementarias (PPCC)	Enfermería de Triaje del SUH	Registro informático en programa S.E.T. Registro en la Historia Clínica del SUH por parte de Enfermería.
	3. Atención Inicial por personal de enfermería Espera controlada según nivel de gravedad Revaloración y reasignación de prioridad. Cuidados por personal de Enfermería Aportación de ropa apropiada para su estancia en el SUH Toma de constantes vitales y canalización de una vía venosa. Electrocardiograma. Si procede, gasometría arterial	Personal de enfermería del SUH	Registro de las actividades de Enfermería en la Historia Clínica del SUH.
	4. Atención inicial por el Médico de Urgencias Hospitalaria (MUH) Realización de Historia Clínica con interrogatorio dirigido en la que al menos conste: factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular previa, otras comorbilidades, tratamientos previos, presencia de dolor torácico, presencia de disnea y su clasificación según la NYHA. Exploración física que haga constar: constantes vitales, pulsioximetría, grado de perfusión periférica, auscultación cardiopulmonar, signos de hipertensión venosa sistémica. Registro de cuidados y tratamientos aplicados al paciente (Registro de órdenes médicas y farmacológicas emitidas. Registro de las actuaciones médicas y de enfermería realizadas.	MUH MIR	Registro de la actuación médica en la Historia Clínica del SUH. Anamnesis en la que al menos conste: factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular previa, otras comorbilidades, tratamientos previos, presencia de dolor torácico, presencia de disnea y su clasificación según la NYHA. En la exploración física ha de constar al menos: constantes vitales, pulsioximetría, grado de perfusión periférica, auscultación cardiopulmonar y signos de hipertensión venosa sistémica.

	5. Gestión de pruebas complementarias y monitorización: (Anexo XIX) Registro de solicitud en el informe clínico del SUH. Envío por personal de Enfermería a Laboratorio. Registro informático de analítica. Digitalización de imágenes radiológicas Monitorización no invasiva: tensión arterial, registro electrocardiográfico, saturación de O2 y diuresis. **6. Recepción de resultados** Registro de resultados en el informe clínico del SUH	Equipo de Atención en Urgencias (Médico, personal de Enfermería y Celador)	
	7. Solicitud de interconsulta Informe de interconsulta aportado por Cardiología con indicaciones terapéuticas, de destino, hora, fecha y firma. Si se decide ingreso, emisión por el Cardiólogo del evolutivo y órdenes de tratamiento para la Unidad de Hospitalización. **8. Alta en Urgencias** Informe de alta del SUH indicando: Motivo de consulta, antecedentes personales, enfermedad actual, exploración física, PPCC y resultados, tratamiento de urgencia si procede, diagnóstico al alta, tratamiento al alta, destino (hospitalización, domicilio, observación, fallecimiento), identificación legible, firma y nº de colegiado del facultativo. En Alta a domicilio recomendar seguimiento por su Médico de Atención Primaria. En Ingreso (emisión por parte del MUH de la orden de ingreso en MI / Cardiología. En fallecimiento, emisión si procede del Certificado de defunción. En traslado a otro Centro Sanitario, entrega del informe al Técnico de Transporte Sanitario que realiza el traslado. Cierre del episodio registrado en aplicación informática (S.E.T. y Admisión de Urgencias) Archivo de la copia de alta entregada por el SUH.	Equipo de Atención en Urgencias MUH MIR Equipo de Atención en Urgencias Administrativo Admisión de Urgencias	Registro en la Historia Clínica de la Actividad realizada por el Equipo de Atención en Urgencias. Registro en la Historia Clínica del SUH de los resultados de las PPCC. Registro en la Historia Clínica del SUH o copia de documento de Interconsulta. Registro en la Historia Clínica de la Actividad realizada por el Equipo de Atención en Urgencias.

	INGRESO HOSPITALARIO Estabilización clínica Acogida del paciente (anexo XXIV) Valoración de enfermería **(anexo XXIII)** Aplicación Plan de cuidados de enfermería Valoración medica inicial por el Médico de guardia de la Planta e inicio de tratamiento diurético **(anexo XXIV**)	Médico cardiólogo Médico internista Enfermera de Atención especializada	1. Acogida del paciente. Valoración de enfermería 2.Estabilización clínica 3. Corregir las causas desencadenantes: FA, HTA, isquemia cardiaca, 4. Reevaluar la función cardiaca, realizando ecocardiograma < 48 h 5. Solicitar otras pruebas complementarias conforme indicaciones del proceso: cateterismo cardiaca, resonancia cardiaca… 6. Realizar test de isquemia antes de 72 h de estabilización 7. Modificación del tratamiento y evaluación pronostica. 8. Informe de alta: con diagnóstico etiológico, sindrómico, funcional y pronóstico. Tratamiento de alta. 9. Plan cuidados enfermería. 10. Informe de continuidad de cuidados al alta de enfermería.
I-C I-B			
I-C	Elaboración de la *Hoja clínica* del paciente que comprenderá resumen mas o menos detallado de la historia clínica del paciente, datos de la exploración clínica y pruebas complementarias realizadas, petición de pruebas a realizar en las siguientes horas, juicio Diagnóstico y ordenes terapéuticas iniciales (anexo XXI)		
I-C	Si el paciente presenta rápida descompensación e hipoperfusión junto con disminución de diuresis y otras manifestación de Shock, valorar traslado a la Unidad Coronaria para medidas de intervención inmediatas, valorar tratamiento según monitorización hemodinámica y mejorar perfusión sistémica		
	Detección precoz signos y síntomas para control complicación medicas y/o secundarias tratamiento farmacológico IC:		Balance líquidos, signos vitales, peso diario, signos clínicos (tumbado y de pie), signos de perfusión sistémica y congestión, analítica (electrolitos, urea, creatinina
I-C	Estratificación severidad, identificando pacientes alto riesgo (anexo XXVI)		
	Establecer evaluaciones estandarizadas, datos de alarma		Toma constantes cada 8 h y avisar si TAS<100mmHg, control diuresis y avisar si diuresis menor de 20ml/hora, avisar si disminución nivel conciencia, pulsioxímetro con saturación O2 menor 90%
	Corregir las causas desencadenantes: FA, HTA, isquemia cardiaca, infección, embolismo pulmonar, insuficiencia renal. Incumplimiento terapéutico-dietético		
I-C			

IIa-C	En pacientes con IC severa y signos de hipoperfusión , valorar cateterismo urgente si se sospecha enfermedad coronaria significativa		
I-C	Descartar síndrome coronario agudo por ECG y troponinas		Realizar ECG
I-C	Reevaluar de la función cardiaca mediante ecocardiografía (anexo XVII)		Realizar Ecocardiograma
I-B	En pacientes estables con FE reducida, iniciar tratamiento con IECAs (ARA II) y betabloqueantes antes del alta (**anexo XVII)**		Iniciar tratamiento con IECAs y betabloqueantes
I-B	Los betabloqueantes deben iniciarse cuando el estado congestivo este controlado, suspendido los diuréticos IV, vasodilatadores e inotrópicos. Deben iniciarse solamente en paciente estable, y a dosis bajas		
I-C	Valoración y realización otras pruebas complementarias: cateterismo cardiaca, resonancia cardiaca…(**anexo XVIII)**		
IIa-B	Valoración viabilidad miocárdica		
	Valoración dispositivos y medidas especiales (anexo **XXVIII)**		
	Emitir Informe de alta: con diagnóstico etiológico, sindrómico, funcional y pronóstico. Debe constar expresamente : FEVI, Grado funcional, recomendaciones de dieta, tratamiento y dosis con BB e IECA, nivel de actividad física y conocimientos de signos de alarma , la necesidad o no de anticoagulación, el plan de seguimiento posterior por AP y quien debe seguir al paciente		
	Emitir Informe de continuidad de cuidados al alta de enfermería (anexo XXIX)		Control de peso, control de líquidos, automedicación con diuréticos, conocimiento signos de reagudización

Criterios de interconsulta desde Atención Primaria

A. Urgencias Hospitalarias

- Descompensación severa de la ICC
- Enfermedad aguda concomitante (infección respiratoria, sospecha de embolismo pulmonar)
- Sospecha de síndrome coronario agudo
- Síncope
- ACxFA rápida o arritmia descompensada
- Sospecha de intoxicación digitálica

B. Consulta Cardiología

- Pacientes nuevos con sospecha clínica firme de ICC (en base a criterios Framingham o Boston, ECG y/o Rx Tórax anormal)
- Sospecha o confirmación de etiología isquémica o valvular
- Contraindicaciones o intolerancia a IECA, ARAII y ß-bloqueantes
- Necesidad de completar estudios complementarios
- Enfermedad grave concomitante
- Pacientes con NYHA II descompensados que empeoren o no mejoren después de ajustar el tratamiento oral (sin respuesta a dosis máxima de diuréticos)

C. Unidad Insuficiencia Cardiaca

- Pacientes **estables** con Insuficiencia cardiaca y FEVI < 45%, menores de 80 años (entro 80 y 85 se valorara estado biológico), con Diagnóstico cierto de Insuficiencia Cardiaca en grado funcional III-IV con:
  - Alta probabilidad reingreso
    - 2 ó más Ingresos previos por IC en el mismo año
    - FEVI < 30%
    - Etiología isquémica de la IC
    - Hipertensos no controlados
    - Persistencia edemas al alta hospitalaria
    - Perdida menor de 3 Kg durante el ingreso hospitalario por IC
  - Imposibilidad manejo ambulatorio
  - Candidatos a trasplante cardiaco o dispositivos (desfibrilador automático implantable, resincronización)
- Pacientes en grado III-IV con **descompensación no severa**
- Pacientes con IC y FEVI conservada, grado funcional III-IV y con múltiples ingresos
- Se excluyen pacientes con IC reversible (valvulopatías)

Referencias

GUÍAS DE REFERENCIA

- GUÍA DE DISEÑO Y MEJORA CONTINUA DE PROCESOS ASISTENCIALES. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Depósito Legal: SE-3236-2001 ISBN**:** 84-8486-024-8.
- INSUFICIENCIA CARDIACA: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud, Junta de Andalucía 2002. ISBN 84-8486-046-9.
- GUÍA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA. Gerencia Atención Primaria León 2010
- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN: "MANEJO EN URGENCIAS DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA". Servicio de Urgencias del CAULE. Marzo 2011.
- LA INSUFICIENCIA CARDIACA: GUÍA PRÁCTICA PARA EL PACIENTE Y SU ENTORNO. González Beatriz, Comín Colet, Josep. Lupón, Josep . Catalunya. Departamentde Salut.
- GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE. The Task Force on Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2001;22:1527-60
- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA (ESC) PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA Y CRÓNICA (2008). Rev Esp Cardiol. 2008;61(12):1329.e1-1329.e70. Kenneth Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G,McMurray J, Ponikowski P, Poole-Wilson A, Strömberg A, J. van Veldhuisen J, Atar D, Hoes AW, Andre Karen A, Mebazaa A, Nieminen M, Giuliana Priori S, Swedberg K.
- ACTUALIZACION DETALLADA 2010 DE LA GUIA PRACTICA CLINICA DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGIA SOBRE LA TERAPIA CON DISPOSITIVOS PARA LA INSUFICIENCIA CARDIACA. Rev Esp Cardiol 2010; 63(12):e1-e13. Kenneth Dickstein , VardasP, Auricchio A, Daubert JC, Linde C, McMurray J, Ponikowski P, Giuliana S, Sutton R, Van Veldhuisen D
- 2009 Focused Update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of heart failure in adults. J Am Coll Cardiol 2009; 53(15): 1343-1382. Jessup M, Abraham W, Casey D, Feldman A, Francis G, Ganiats T, Konstan M, Mancini D, Rahko P

BIBLIOGRAFÍA

1. Cleland JG, Swedberg K, Cohen-Solal A, Cosin-Aguilar J, Dietz R, Follath F et al. The Euro Heart Failure Survey of the EUROHEART survey programme. A survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. The Study Group on Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. The Medicines Evaluation Group Centre for Health Economics University of York. Eur J Heart Fail 2000; 2(2):123-132.
2. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2005; 26(11):1115-1140
3. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2005; 26(11):1115-1140

4. Agustí Escasany A, Durán Dalmau M, Arnau de Bolós JM, Rodríguez Cumplido D, Diogene Fadini E, Casa Rodríguez J, Galve Basilio E, Manito LoriteN. Tratamiento médico de la insuficiencia cardiaca basado en la evidencia. Rev Esp Cardiol 2001 2001; 54:715-734.

5. Verdú Rotellar JM, Barroso A, Bernáldez MJ, Domínguez M, Pie M, Sancho F, Simó M, Domingo M. Betabloqueantes en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca estable en atención primaria. Rev Esp Cardiol. 2009;62 (10):1141-8.

6. Grupo de Trabajo de la IC Crónica de la Sociedad Europea de Cardiología Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la IC. Rev Esp Cardiol 2005;58:1062-92

7. Kenneth Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G,McMurray J, Ponikowski P, Poole-Wilson A, Strömberg A, J. van Veldhuisen J, Atar D, Hoes AW, Andre Karen A, Mebazaa A, Nieminen M, Giuliana Priori S, . Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). Rev Esp Cardiol. 2008;61(12):1329.e1-1329.e70.

8. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. ACC/AHA 2005 Guidelines update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice Guidelines.

9. SACYLITE (Boletín de información terapéutica); Insuficiencia cardiaca Nº 2 2007.

10. National Institute for Clinical Excellence (NICE) NHS. Chronic heart failure management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care. Clinical Guideline 5.2003.

11. Komajda M, Follath F, Swedberg K, Cleland J, Aguilar JC, Cohen-Solal A, Dietz R, Gavazzi A,. Van Gilst WH, Hobbs R, Korewicki J, Madeira HC, Moiseyev VS, Preda I, Widimsky J, Freemantle N, Eastaugh J, Mason J. The Study Group of Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology, The EuroHeart Failure Survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe: Part 2: treatment. Eur. Heart J., March 2003; 24: 464-474.

12. McAllister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Mltdisciplinary Strategies for the Management of Heart Failure Patients at Hugh Risk for Admission. J Am Coll Cardiol 2004;44:810-9

13. Rector TS, Cohn JN. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living With Heart Failure questionnaire: reliability and validity during a randomised, double blind, placebo-controlled trial of pimobendan. Am Heart J 1992; 124: 1017-25.

14. Rector TS, Johnson G, Dunkman B, Daniels B, Farrell L, Smith B, et al. Evaluation by patients with heart failure of effects of enalapril compared with hydralazine plus isosorbide dinitrate on quality of life. VHeFT II. Circulation 1993;87(Suppl VI):71-7.

Organización Responsables/Coordinadores del proceso

Participantes en el proceso

Médico de Atención Primaria
Enfermera Atención Primaria
Médico Urgencias hospital
Enfermera Urgencias Hospital
Enfermera Unidad de insuficiencia Cardiaca
Cardiólogo Hospital
Médico Internista Hospital
Enfermera Hospital
Administrativos

Adecuaciones organizativas

Procesos de soporte relacionados

Proceso administrativo de citación
Proceso de pruebas complementarias RX
Proceso de pruebas complementarias de Medicina nuclear
Proceso de pruebas complementarias laboratorio
Servicio de Cirugía cardiaca
Urgencias y emergencias 112
Suministros
Hostelería

Evaluación	
CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador 1**% de pacientes que tienen creado el proceso de IC en la historia clínica electrónica
	Fórmula: Numerador: Número de pacientes que tienen creado el proceso de IC en la historia clínica electrónica *100/ Denominador sobre la población mayor de 14 años
	Fuente de información: Medora
	Estándar de calidad de referencia: >1% de la población >14 años que tienen creado el proceso de IC en la historia clínica electrónica
CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador 2** % de Pacientes diagnosticados de IC cuyo valor de la fracción de eyección del V.I figura en la historia clínica
	Fórmula: Numerador: Pacientes diagnosticados de IC cuyo valor de la fracción de eyección del V.I figura en la historia clínica *100/ Denominador: l total de pacientes diagnosticados de IC
	Fuente de información: Historia clínica
	Estándar de calidad de referencia: Tener conocimiento en > 55% de los casos
CRITERIO DE CALIDAD Tener reflejado en la historia clínica de los pacientes diagnosticados de ICC, la adherencia al tratamiento	**Indicador** % de pacientes con adherencia terapeutica registrada en hc
	Fórmula: Numerador: numero de pacientes con ic crónica en cuya HC figura la adherencia al tratamiento *100/ Denominador: total de pacientes diagnosticados de ICC
	Fuente de información: Historia clínica
	Estándar de calidad de referencia: Tenerlo registrado en el 70% de los casos.
CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador 4** % de Pacientes diagnosticados de ICC y prescripción de IECA o ARAII
	Fórmula: numerador: numero de pacientes con diagnóstico de ICC con prescripción de IIECA ó ARA II x 100 Denominador: total de pacientes diagnosticados de ICC.
	Fuente de información: Historia clínica
	Estándar de calidad de referencia: 80% de los casos

CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador 5** % de Pacientes diagnosticados de ICC, con fracción de eyección <45% y prescripción de betabloqueantes .
	Fórmula: Porcentaje de estos pacientes, sobre el NUMERADOR: numero de pacientes con diagnóstico de ICC y fracción de eyección <45% , con prescripción de betabloqueantes x 100 / DENOMINADOR :total de pacientes diagnosticados de ICC y fracción de eyección <45%.
	Fuente de información: Historia clínica
	Estándar de calidad de referencia: Tenerlo registrado en el 55% de los casos
CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador 6** % de Pacientes diagnosticados de ICC y fibrilación auricular , con prescripción de anticoagulantes.
	Fórmula Numerador: numero de pacientes con diagnóstico de ICC y de fibrilación auricular, con prescripción de anticoagulantes x 100 / sobre el total de pacientes diagnosticados de ICC y fibrilación auricular
	Fuente de información Historia clínica
	Estándar de calidad de referencia **Tenerlo registrado en el 70% de los casos**
CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador de resultado 1** Porcentaje de Pacientes diagnosticados de ICCrónica que ingresaron en el hospital en el último año
	Fórmula NUMERADOR: numero de pacientes con diagnóstico de ICC que han ingresado en el hospital el último año, por cualquier causa. x 100 / Denominador: total de pacientes diagnosticados de ICC
	Fuente de información : CMBD del Hospital
	Estándar de calidad de referencia: Los ingresos deben ser < 40 % de los enfermos diagnosticados de ICC

Indicadores de calidad del SUH	
CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador de proceso 1** Número de consultas urgentes por insuficiencia cardiaca
	Fórmula Numerador: nº de consultas urgentes por IC por cien. Denominador: total de consultas urgentes en un año .

	Fuente de información Historia clínica y datos obtenidos del sistema de información HP-Hiss.
	Estándar de calidad de referencia
CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador de proceso 2** Tiempo medio de respuesta en Triaje
	Fórmula Numerador: Sumatorio (hora contacto enfermera de triaje – hora llegada paciente). Denominador: nº de atenciones prestadas. El tiempo resultante seexpresará en minutos y segundos
	Fuente de información Historia clínica y datos obtenidos del sistema de información HP-Hiss.
	Estándar de calidad de referencia < 5 minutos
CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador de proceso 3** Tiempo de respuesta en la primera asistencia facultativa.
	Fórmula Numerador: Sumatorio (hora contacto sanitario – hora llegada paciente). Denominador: nº de atenciones prestadas.
	Fuente de información Historia clínica
	Estándar de calidad de referencia Nivel I: Inmediato. Nivel II: Inmediato enfermería / Médicos 7 minutos. Nivel III: 30 minutos. Nivel IV: 45 minutos. Nivel V: 60 minutos.
CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador de proceso 5** Conocimiento de los protocolos por los profesionales
	Fórmula Numerador: nº de profesionales que conocen los protocolos. *100 Denominador: nº total de profesionales.
	Fuente de información: El SUH.
	Estándar de calidad de referencia: 100%
CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador de resultado 1** Proporción de ingresos
	Fórmula: Numerador: nº de pacientes ingresados por IC por 100. Denominador: total de pacientes valorados en el SUH en un año
	Fuente de información: Historia clínica y datos obtenidos del sistema de información HP-Hiss
	Estándar de calidad de referencia

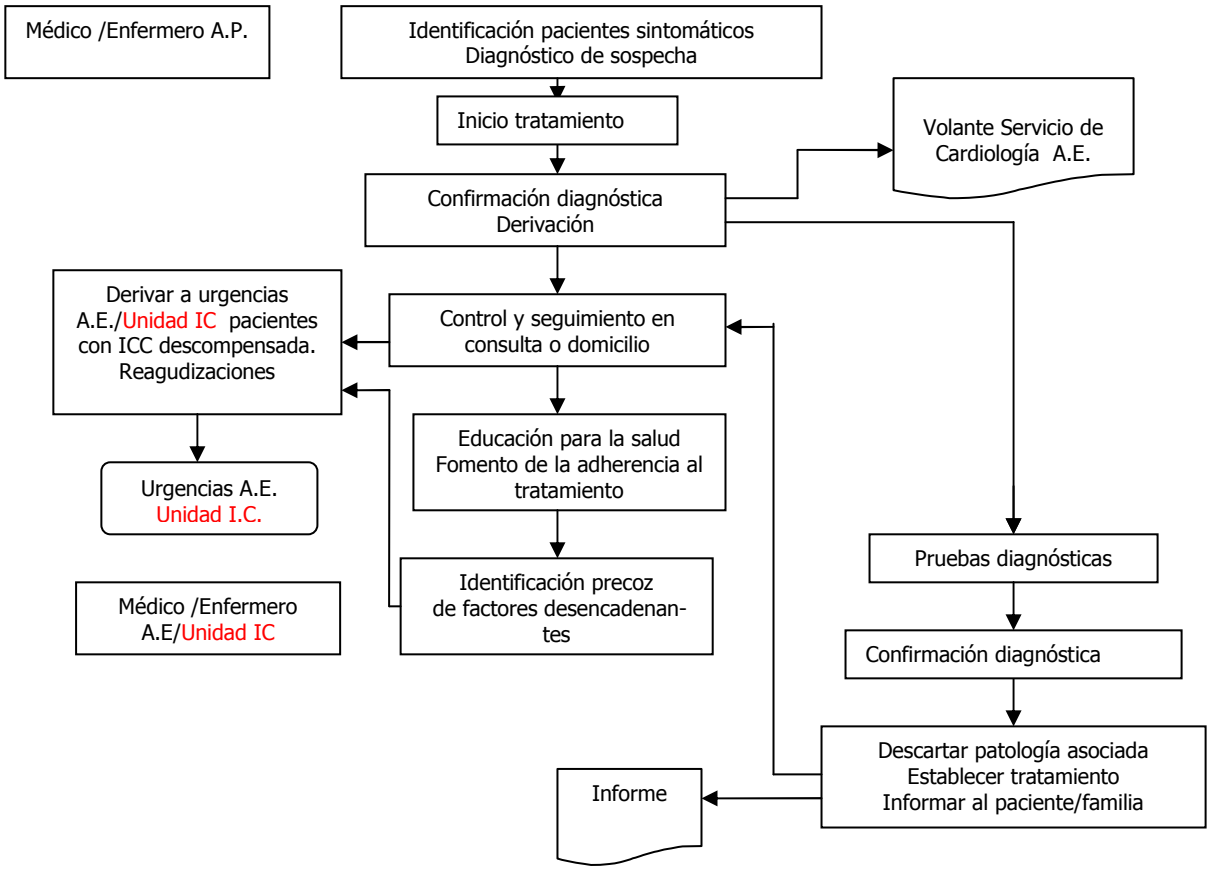
Evaluación del ingreso hospitalario

CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador de proceso 1** Porcentaje de pacientes ingresados con diagnóstico de IC incluidos en el proceso
	Fórmula Numerador: nº de pacientes incluidos en el proceso de IC ingresados *100. Denominador: todos los pacientes con IC ingresados.
	Fuente de información Historia clínica y el CMBD (conjunto mínimo básico de datos)
	Estándar de calidad de referencia 50% de los apcientes ingresados por ic esten en el proceso.
CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador de proceso 2** Porcentaje de Pacientes diagnosticados de IC cuyo valor de la fracción de eyección del V.I figura en la historia clínica
	Fórmula Numerador: nº de pacientes Pacientes diagnosticados de IC cuyo valor de la fracción de eyección del V.I figura en la historia clínica *100. Denominador total de pacientes diagnosticados de IC.
	Fuente de información Historia clínica
	Estándar de calidad de referencia Tener conocimiento en > 80% de los casos
CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador de proceso 3** Porcentaje de Pacientes con informe de alta en el que figura : FEVI, Grado funcional, recomendaciones de dieta, tratamiento con BB e IECA, nivel de actividad física y conocimientos de signos de alarma. (todos)
	Fórmula Numerador numero de pacientes con en cuyo informe de alta constan todos los itemes *100/ Denominador total de pacientes dados de alta por IC
	Fuente de información Base de datos de los informes de altas
	Estándar de calidad de referencia 50% de los casos.
CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador resultado 1** Días MEDIA de ingreso POR IC
	Fórmula Numerador : sumatorio de dias de ingreso de todos los apcientes ingresados por descompensación de IC en el año*100/ Denominador: total ingresados por IC en el año Promedio de días de ingreso
	Fuente de información DMBD

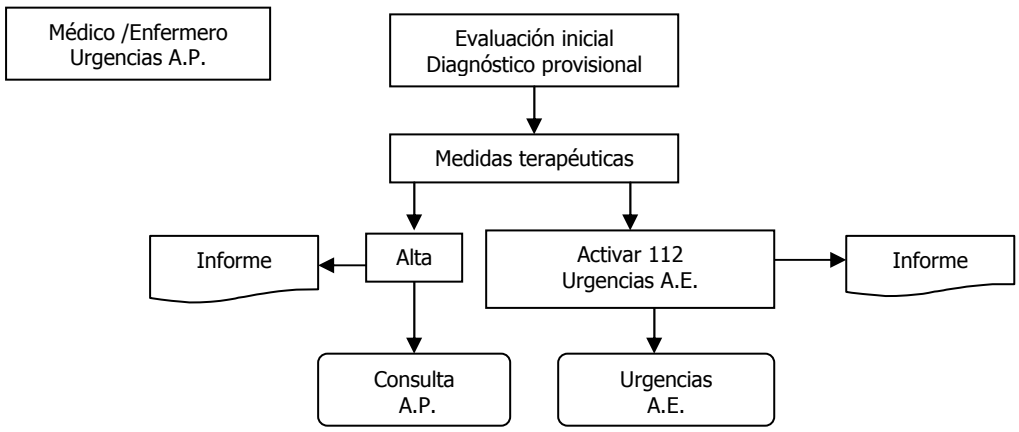
	Estándar de calidad de referencia 9 días
CRITERIO DE CALIDAD	**Indicador de resultado 2** Porcentaje de Pacientes con reingreso por IC antes de 15 días referidos en el último año
	Fórmula Numerador: pacientes con reingreso por IC antes de 15 días en el año *100/ Denominador l total de pacientes dados de alta.
	Fuente de información: CMBD del Hospital
	Estándar de calidad de referencia: < 20%
CRITERIO DE CALI-DAD	Indicador de resultado 3 Mortalidad hospitalaria por IC
	Fórmula Numerador: total de pacientes con IC fallecidos en el hospital, en el último año *100/ denominador total de pacientes ingresados por IC
	Fuente de información : CMBD del Hospital
	Estándar de calidad de referencia: < 8%

Diagramas de flujo

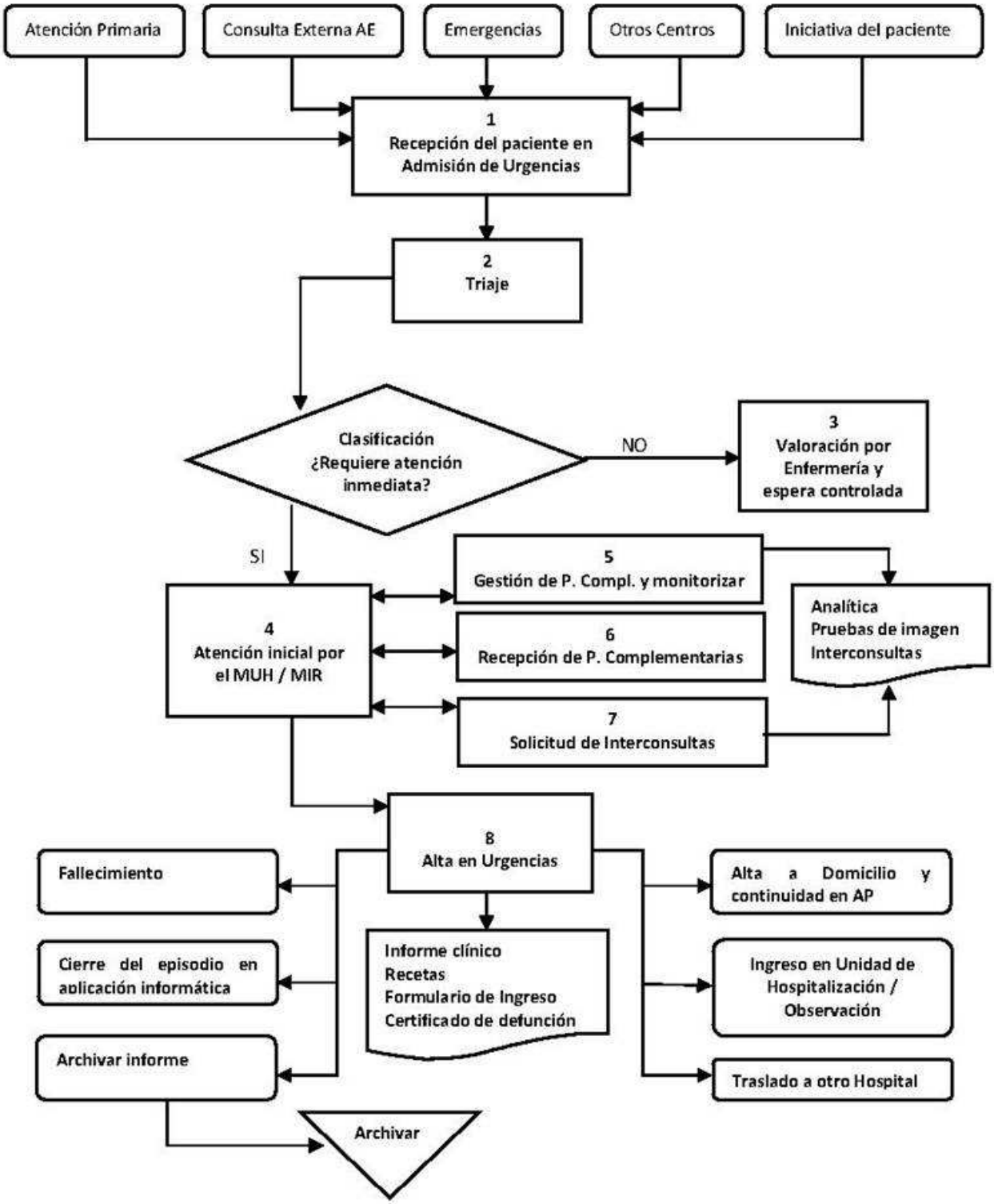
ENTRADA: Consulta Atención Primaria

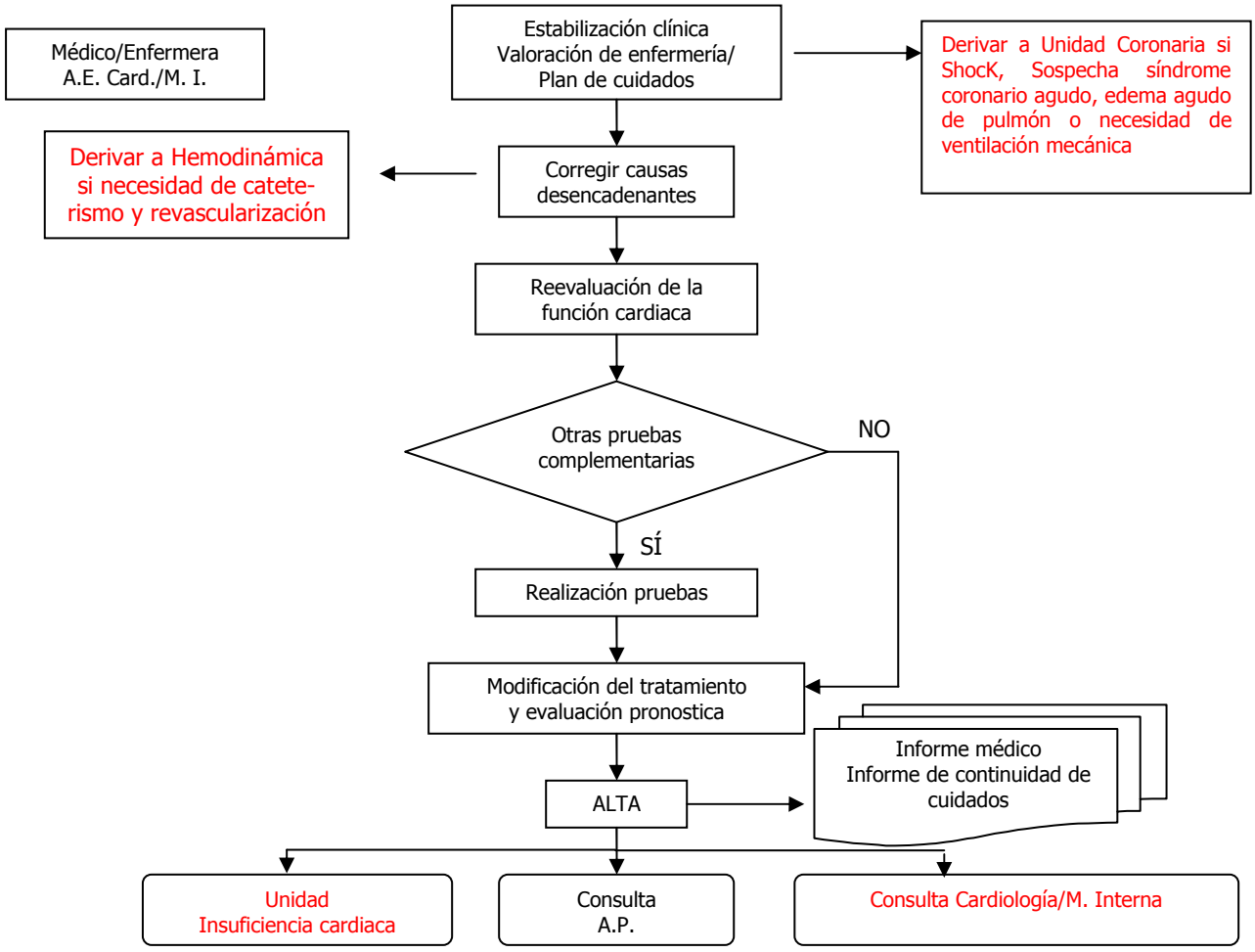


ENTRADA: Urgencias de Atención Primaria



ENTRADA: Urgencias de Atención Especializada




Médico/Enfermera
A.E. Card./M. I.
Estabilización clínica
Valoración de enfermería/
Plan de cuidados
Derivar a Unidad Coronaria si ShocK, Sospecha síndrome coronario agudo, edema agudo de pulmón o necesidad de ventilación mecánica
Derivar a Hemodinámica si necesidad de catete-rismo y revascularización
Corregir causas desencadenantes
Reevaluación de la función cardiaca
Otras pruebas complementarias
NO
SÍ
Realización pruebas
Modificación del tratamiento y evaluación pronostica
Informe médico
Informe de continuidad de cuidados
ALTA
Unidad Insuficiencia cardiaca
Consulta A.P.
Consulta Cardiología/M. Interna

Anexo I: CRITERIOS DE FRAMINGHAM

<table>
<tr><th colspan="3">CRITERIOS DE FRAMINGHAM</th></tr>
<tr><th colspan="2">MAYORES</th><th>MENORES</th></tr>
<tr><td rowspan="2">SÍNTOMAS</td><td rowspan="2">Disnea paroxística nocturna</td><td>Disnea de esfuerzo</td></tr>
<tr><td>Tos nocturna</td></tr>
<tr><td rowspan="3">SIGNOS</td><td>Presión venosa aumentada</td><td>Edema maleolar</td></tr>
<tr><td>Ingurgitación yugular</td><td rowspan="2">Hepatomegalia</td></tr>
<tr><td>Reflujo hepatoyugular</td></tr>
<tr><td rowspan="2">AUSCULTACIÓN</td><td>Crepitantes</td><td rowspan="2">Taquicardia > 120 lat /min</td></tr>
<tr><td>Galope 3º ruido</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Rx TÓRAX</td><td>Edema agudo de pulmón</td><td rowspan="2">Derrame pleural</td></tr>
<tr><td>Cardiomegalia</td></tr>
<tr><td>TRATAMIENTO</td><td colspan="2">Pérdida de peso > 4.5 kg tras tratamiento</td></tr>
<tr><td colspan="3">2 criterios mayores o 1 criterio mayor y 2 menores
(los criterios menores sólo son válidos una vez excluidas otras causas)</td></tr>
</table>

Anexo II: ANAMNESIS

- Preguntar al paciente por antecedentes familiares.
- Preguntar al paciente por patología cardiaca o pulmonar previa, con el fin de descartar otras patologías.
- Buscar los síntomas actuales del paciente.

Síntomas comunes:

- Disnea de esfuerzo (por elevación de la presión capilar pulmonar).
- Ortopnea, disnea paroxística nocturna, tos relacionada con el decúbito, nicturia (por aumento de la presión hidrostática nocturna).
- Fatiga, palpitaciones, disminución de la tolerancia al ejercicio (por bajo gasto cardiaco).
- Ganancia de peso inexplicada (por retención sódica e hídrica).

Síntomas menos frecuentes:

- Tos seca persistente, hemoptisis: (por elevación de la presión capilar).
- Angor nocturno: (por aumento de la presión hidrostática nocturna).
- Debilidad, insomnio, ansiedad y confusión, síncope. En ocasiones son la forma de presentación en anciano (por hipoperfusión o bajo gasto cardiaco).
- Diaforesis, hipersudoración, frialdad de piel, oliguria (por bajo gasto cardiaco).
- Plenitud abdominal, elevación de enzimas hepáticas, náuseas, vómitos, estreñimiento (por congestión retención hídrica).

Los síntomas más frecuentes son la disnea y la astenia.

Anexo III: EXPLORACIÓN CLÍNICA

En el examen físico exploraremos fundamentalmente:

Inspección cutánea:

- Cianosis, frialdad (bajo gasto cardiaco).

Circulación arterial:

- Pulsos alternantes, pulsos de baja amplitud.
- TA:
    - La HTA es factor de riesgo, etiológico y desencadenante
    - Hipotensión arterial: Es de mal pronóstico. Si objetivamos hipotensión en un paciente con IC deberemos valorar ortostatismo y considerar posible depleción excesiva de volumen por diuréticos.

Circulación venosa:

La congestión venosa indica aumento de presión a nivel de la aurícula derecha:

- Ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular.
- Hepatomegalia.
- Edemas periféricos en MMII y región lumbosacra en pacientes encamados.

Auscultación cardiaca:

- Taquicardia.
- Soplos (patología valvular).
- Tercer ruido (baja distensibilidad ventricular).
- Cuarto ruido (contracción auricular enérgica).
- Desplazamiento latido apical (hipertrofia).

Auscultación Pulmonar:

- Estertores, crepitantes por líquido en alvéolos o bronquios.
- Sibilancias ("asma cardial"), edema peribronquial.

Los signos más frecuentes son los edemas y los crepitantes.

Los más sugestivos de IC son el desplazamiento del latido apical, la ingurgitación y el reflujo yugular y el tercer ruido.

La detección de los hallazgos sugestivos de IC depende en gran medida de una correcta técnica y de la destreza del examinador

Anexo IV: ANALÍTICA

DETERMINACIONES ANALÍTICAS BÁSICAS Y COMPLEMENTARIAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE IC

ANALÍTICA BÁSICA	OTRAS DETERMINACIONES
Hemograma Creatinina Ionograma Función hepática Glucemia Perfil lipídico Función tiroidea Básico de orina	Proteinemia, proteinuria (diagnóstico diferencial de edemas). Hierro, ferritina, saturación de transferrina si existe sospecha de hemocromatosis. Calcio, fósforo, si existe sospecha de hiperparatiroidismo. Catecolaminas, si existe sospecha de Feocromocitoma.

Hemograma:
La anemia (Hb < 13 gr/dl en varón, < 12 gr/dl en mujer) puede ser causa reversible o precipitante de IC.

Urea, creatinina:

La insuficiencia renal puede plantear el Diagnóstico diferencial con IC, también la IC puede empeorar una insuficiencia renal previa y viceversa (síndrome cardio-renal)

Ionograma:

- Hipopotasemia: debida al tratamiento con diuréticos, promueve la toxicidad por digoxina.
- Hiperpotasemia: debida al tratamiento con IECA, ARAII, espironolactona, puede favorecer la aparición de arritmias.
- Hiponatremia: debida al tratamiento con diuréticos o en la última fase de IC es un signo de mal pronóstico.
- Hipomagnesemia, hipocalcemia: debida al tratamiento con diuréticos de asa.

Test de función hepática:

Se altera en caso de hígado congestivo, tiene significado pronóstico.

Puede relacionarse con miocardiopatía secundaria a consumo de alcohol.

Función tiroidea:

El híper o hipotiroidismo son causas reversibles o que pueden precipitar la aparición de IC. Deben solicitarse hormonas tiroideas sobretodo si coexiste ACxFA.

Anexo V: ESTADIOS DE LA CLASIFICACION NYHA (NEW YORK HEART ASOCIATION)

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA NYHA ESTADÍOS DE IC

CLASE I:
Sin limitaciones funcionales.
La actividad física habitual no produce disnea, fatiga o palpitaciones.

CLASE II:
Limitación funcional ligera.
Sin síntomas en reposo.
Disnea, fatiga o palpitaciones con la actividad habitual.

CLASE III:
Limitación funcional marcada.
Sin síntomas en reposo.
Síntomas con esfuerzos menores que los habituales.

CLASE IV:
Limitación funcional absoluta.
Síntomas en reposo que se incrementan con la mínima actividad.

Anexo VI: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Resumen del tratamiento de la ICC por disfunción sistólica		
MEDICACIÓN	**Indicación-Nivel de evidencia* [A] [B] [C] Grado de recomendación [I] [IIa] [IIb] [III]**	**Fármaco y dosis (Inicio/óptima)**
DIURÉTICOS	[B], [I] Retención hídrica (edema, ascitis, disnea)	**Furosemida**:20/250 mg/día Dosis mínima efectiva posible **Clortalidona**:30/100 mg/día **Espironolactona**:25/50 mg/día
DIGOXINA	[A] NYHA Clase III-IV y mantener si baja a clase II. [A] Fibrilación auricular [A] Ventrículo dilatado y 3º tono	**Digoxina**:0,125/0,25 mg/día Ajustar según función renal. No existen evidencias científicas para el "descanso de fin de semana"
β-BLOQUEANTES	[A], [I] NYHA Clase II-IV estables [B], [IIa] NYHA I	**Carvedilol:** 3,125/25 mg (50 en >80 kg)/ 12 h. **Bisoprolol:** 1,25/5 mg (10 en >80 kg)/día **Nebivolol:** 1,25/10 mg/día
IECA	[A],[I] Disfunción ventricular asintomática [A], [I] NYHA Clase II-IV	**Enalapril**: 2,5/20 mg/12 h **Captopril**:6,25-12,5/25-50 mg/8 h **Ramipril**: 2,5-10 mg /día
ARA II	[B], [I] NYHA Clase I-IV, en pacientes con intolerancia a IECA	**Candesartán**:4/32 mg/día **Losartán**: 25/100 mg/día **Valsartán**: 40/160 mg/12h

En todos los casos se iniciará el tratamiento con dosis bajas y vigilando la aparición de hipotensión.

Resumen del tratamiento de la ICC por disfunción diastólica		
MEDICACIÓN	**Indicación-Nivel de evidencia [A] [B] [C]**	**Fármaco y dosis (Inicio/óptima)**
DIURÉTICOS	[B] Retención hídrica (edema, ascitis, disnea)	**Furosemida**: 20/250 mg/día Dosis mínima efectiva posible **Clortalidona**:30/100 mg/ día **Espironolactona** 25/50 mg/día
DIGOXINA	[C] Como control de la FC si FA (entre 55 y 75 l.m.)	**Digoxina:** 0,125/0,25 mg/día Ajustar según función renal. No existen evidencias científicas para el "descanso de fin de semana"
β-BLOQUEANTES	[C] Para mantener la frecuencia cardiaca (FC) entre 55 y 75 l.m. [C] NYHA II-IV	**Carvedilol**: 3,125/ 25 mg (50 en >80 kg)/12 h. **Bisoprolol:** 1,25/ 5 mg (10 en >80 kg)/día **Nebivolol:** 1,25/ 10 mg /día
IECA	[B] NYHA Clase II-IV	**Enalapril:** 2,5/20 mg/12 h **Captopril:**6,25-12,5/25-50 mg/8h **Ramipril:** 2,5mg/10 mg/ día
ARA II	[B] NYHA Clase I-IV	**Candesartan:**4/32 mg/día **Losartan**: 25/100 mg/día **Valsartan:** 40/160 mg/ 12h
CALCIOANTAGONISTAS verapamilo y diltiazem	[C] Como control de la FC (entre 55 y 75 l.m.)	**Verapamilo:** 80/120 mg/ 8 h **Diltiazem**: 60/120 mg/ 8h

En todos los casos se iniciará el tratamiento con dosis bajas y vigilando la aparición de hipotensión.

Anexo VII: INFORMACIÓN VERBAL Y ESCRITA

CONSEJOS PARA ENCONTRARSE MEJOR

- Pésese diariamente. ¡Recuerde que un aumento brusco de peso le avisa de una nueva recaída!
- Limite la ingesta de líquidos a 1,5 - 2 litros
- Evite comer alimentos con un alto contenido en sal.
- No añada sal a las comidas.
- Deje de fumar y reduzca el consumo de alcohol.
- Haga ejercicio cada día.
- Tómese la medicación que su médico le ha indicado.
- Avise cuando detecte algún problema:

ALGUNAS DE LAS SITUACIONES QUE DEBE VALORAR Y COMUNICAR A SU MÉDICO

- Ganancia brusca de peso (1 kg en un día o 2 kg en dos o más días). Para ello, evidentemente, debe acostumbrarse a pesarse a diario o con frecuencia (al menos tres veces por semana), preferiblemente por la mañana, antes de desayunar y después de haber ido al baño.
- Disnea (falta de aire, sensación de ahogo) de aparición en reposo, es decir, no relacionada con el esfuerzo.
- Aparición de edemas (hinchazón) en los pies, tobillos o piernas.
- Hinchazón abdominal o dolor abdominal.
- Problemas con el descanso nocturno (dificultad para dormir, disnea nocturna).
- Tos seca persistente. Tos al acostarse.
- Pérdida de apetito.
- Aumento de la fatiga, sensación continua de cansancio.
    - Dolor en el pecho.
    - Empeoramiento del cansancio.
    - Pérdida de conciencia o mareo

Anexo VIII: CONTROL Y SEGUIMIENTO

El seguimiento del paciente con IC ha de ser multidisciplinario (nivel hospitalario, especialistas extrahospitalarios y atención primaria). Se ha demostrado que el abordaje multidisciplinario mejora la calidad de vida, la satisfacción y disminuye el número de ingresos.

Nivel de evidencia 1+ Recomendación A

Es deseable una interrelación entre niveles. Se recomienda que los enfermos sean valorados dentro de la primera semana posterior al alta domiciliaria.

Nivel de evidencia 1+. Recomendación A

El autocuidado e información de los pacientes y sus cuidadores para detectar síntomas precoces de descompensación juega un papel fundamental.

La periodicidad de las visitas de seguimiento depende del estadio y estabilidad del paciente. Pueden precisarse frecuentemente si hay cambios clínicos o de tratamiento. En pacientes estables deben realizarse al menos trimestralmente de manera alternativa Médico/enfermera (ver Tabla: Actividades y periodicidad).

Las visitas de control deben incluir:

- Evaluación del estado funcional (NYHA).
- Evaluación de síntomas (disnea, ortopnea, DPN, edemas, aumento de peso, nicturia, etc.)
- Evaluación del estado circulatorio, ingurgitación yugular, crepitantes cardiacos, edemas periféricos, hepatomegalia, ascitis, hipotensión ortostática (puede indicar hipovolemia, exceso medicación).
- Ritmo cardiaco, en caso de duda ECG.
- Tensión arterial.
- No es necesario repetir rutinariamente pruebas de imagen (RX, ecocardiograma) salvo cambio sintomático importante, no es necesario monitorizar periódicamente la fracción de eyección.
- Revisión del cumplimiento terapéutico no farmacológico y farmacológico, valoración de efectos secundarios.
- Ajustar tratamiento (diuréticos a dosis mínima, titular IECA y betabloqueantes a dosis máxima tolerada).
- Analítica al menos semestral con creatinina, urea, y electrolitos y con mayor frecuencia si síntomas o cambios del tratamiento.
- No está recomendada la medición rutinaria de niveles de digoxina salvo sospecha de intoxicación o incumplimiento. Los niveles deben medirse dentro de las últimas doce horas de la última dosis, teniendo en cuenta que la toxicidad puede ocurrir incluso dentro del rango terapéutico.
- En las visitas de seguimiento al paciente deben valorarse los contenidos relacionados con el autocuidado (anexo XV)

- Atención postingreso hospitalaria: Si es posible el paciente ha de ser valorado por su equipo de atención primaria dentro de la primera semana posterior a un ingreso hospitalario. El 50% de los enfermos no cumplen el tratamiento a la semana del alta y el 40% presentan síntomas de descompensación a la semana del alta.

Se ha demostrado disminución de la morbimortalidad a los 6 y 24 meses con visitas de enfermería dentro de la primera semana post-alta con contenidos educativos sobre autocuidado.

ACTIVIDADES Y PERIODICIDAD A REALIZAR EN ATENCIÓN PRIMARIA AL PACIENTE CON IC

ACTIVIDADES	EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO	VISITA SEGUIMIENTO (PERIODICIDAD TRIMESTAL O MENOR SI ES NECESARIO)
Control factores de riesgo HTA Diabetes Mellitus Consejo tabaquismo Consejo alcohol Hiperlipemia	 SÍ SÍ SÍ SÍ SÍ	 Trimestral Según GPC Diabetes Anual Anual Según GPC Hiperlipemia
Anamnesis Disnea Ortopnea Disnea paroxística nocturna Tos nocturna Aumento de peso Nicturia	SÍ	Trimestral
Exploración Taquicardia Ingurgitación yugular Reflujo H-Y Tercer ruido Crepitantes Edemas Hepatomegalia Hipotensión ortostática	SÍ	Trimestral
Analítica básica	SÍ	Semestral (o menor periodicidad si síntomas, inicio o cambio de tratamiento)
ECG	SÍ	Sí síntomas o dudas sobre el ritmo
RX Tórax	S	Empeoramiento con signos de congestión izda. Seguimiento descompensación
Ecocardiograma	SÍ	Deterioro clínico sin causa objetivable
Péptidos natriuréticos	Si disponible	¿seguimiento tratamiento y pronóstico? (Guía Nice 2010)
Interrogatorio factores precipitantes	SÍ	Trimestral y en descompensaciones
Clase funcional(NYHA)	SÍ	Trimestral y en descompensaciones
Peso	SÍ	Trimestral (automedida de peso al menos tres veces semanales)
Frecuencia cardiaca	SÍ	Trimestral
Educación a los pacientes, autocuidado	SÍ	Trimestral
Cumplimiento terapéutico	SÍ	Trimestral
Efectos secundarios	SÍ	Trimestral
Ajuste de dosis	SÍ	Según fármaco y dosis diana
Digoxinemia	Al mes de inicio de tratamiento	Si sospecha de intoxicación o incumplimiento
Vacunación gripal		Dosis anual
Vacunación neumocócica		Dosis única (revacunación a los 5 años si primera dosis antes de los 65 años)
Derivación cardiólogo y hospital	Según criterios de derivación	Según criterios de derivación

Anexo IX: CONTROL DE LA COMORBILIDAD

1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El control de la HTA es esencial en la ICC y el objetivo es mantenerla en cifras inferiores a 130/80. Para ello los IECA son los fármacos de elección.

2. DIABETES MELLITUS

El tratamiento de la ICC en diabéticos no tiene ninguna característica especial, salvo en lo que se refiere al tratamiento con tiazolidindionas (rosiglitazona y pioglitazona) cuyo uso está contraindicado.

3. DISFUNCIÓN RENAL

En pacientes con IC es frecuente la disfunción renal, cuya prevalencia aumenta con la gravedad de la IC, la edad, los antecedentes de hipertensión o DM. En la ICC, la disfunción renal tiene una fuerte relación con el aumento de la morbimortalidad.

Se intentará establecer la causa de la disfunción renal para detectar posibles causas reversibles como hipotensión, deshidratación, deterioro de la función renal debido a IECA, ARA u otra medicación concomitante (como AINE) y estenosis arterial renal.

Manejo de la insuficiencia cardiaca en pacientes con disfunción renal

Los siguientes aspectos son de especial interés:

- El inicio del tratamiento con IECA o ARA puede asociarse a un leve deterioro de la función renal, constatado por un ligero aumento de la urea en sangre, la concentración de creatinina y una disminución de la TFG estimada. Por lo general, estas alteraciones son temporales y reversibles. Si el deterioro renal continúa, deberán excluirse otras causas secundarias, como diuresis excesiva, hipotensión persistente, tratamientos nefrotóxicos o enfermedad renovascular. No se ha establecido un nivel absoluto de creatinina para descartar el uso de IECA/ARA. Sin embargo, si la creatinina sérica es > de 2,5 mg/dl), se recomienda la supervisión de un especialista.
- Los antagonistas de la aldosterona deben usarse con precaución en pacientes con disfunción renal, ya que pueden causar hiperpotasemia significativa.
- Los pacientes con IC y disfunción renal generalmente presentan una retención excesiva de sal y agua que requiere un tratamiento diurético más intensivo. Los diuréticos tiacídicos son inefectivos en los pacientes con un aclaramiento de la creatinina < 30 ml/min y se prefiere el uso de diuréticos de asa.
- La disfunción renal se asocia al aclaramiento disminuido de muchos fármacos (como la digoxina). Para evitar la toxicidad, se reducirá la dosis de mantenimiento de dichos fármacos y se determinará la concentración plasmática

4. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA

Se asocia muy frecuentemente con ICC, produciendo un aumento de la morbimortalidad. Se puede utilizar todos los fármacos de la ICC incluso los β-bloqueantes, salvo en caso de asma.

5. ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR

En caso de artrosis y dolores osteo- musculares se evitaran en lo posible los AINE, valorándose el empleo de un analgésico, como el paracetamol en dosis de 500-1.000 mg/4-6 horas vía oral (máximo 4g/día); en el caso de que fuera necesaria la administración de un AINE, (y si fuera necesaria su administración,) se darán en ciclos cortos y vigilando los signos y síntomas de descompensación de la ICC.

En la gota en el cuadro agudo se usara preferentemente colchicina y en tratamiento preventivo alopurinol.

6. ANEMIA ASOCIADA A ICC AVANZADA

Cuando la anemia se asocia a ICC avanzada aumenta la severidad de ésta. La anemia es un factor pronóstico en sí misma y su tratamiento no ha demostrado un beneficio clínico relevante. Se deben corregir las causas si se conocen.

7. PACIENTES CON MARCAPASOS

Los pacientes con marcapasos no requieren ningún tratamiento especial.

8. DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Es una patología asociada frecuente, tanto por el desarrollo de la propia enfermedad como por el tratamiento que precisan los pacientes, en especial los β-bloqueantes.

El tratamiento específico de la disfunción eréctil con inhibidores de fosfodiesterasa-5 está indicado, salvo que tome nitratos y en ICC avanzada.

9. FIBRILACIÓN AURICULAR

La ACxFA es común en la ICC y puede exacerbarla o precipitarla. La prevalencia está asociada con el grado de disfunción, siendo de alrededor del 10% en pacientes con grado funcional I-II y hasta aproximadamente más del 50% en pacientes con CF IVICC en grado funcional III-IV.

- **Si el paciente cumple criterios de reversión* a ritmo sinusal** se derivará a urgencias o cardiólogo.
- **Si el paciente cumple criterios de mantenimiento del ritmo:**
  - El objetivo es conseguir una frecuencia en reposo ≤ 80 p.m y un máximo en ejercicio ≤110 p.m.
  - Los β-bloqueantes constituyen el eje principal para el adecuado control farmacológico de la frecuencia, teniendo la precaución de titularlos lentamente y siempre iniciar en paciente sin signos de sobrecarga. Todos los pacientes con ACXFA e ICC se anticoagularán** salvo contraindicaciones.

*** Criterios de reversión a ritmo sinusal:**

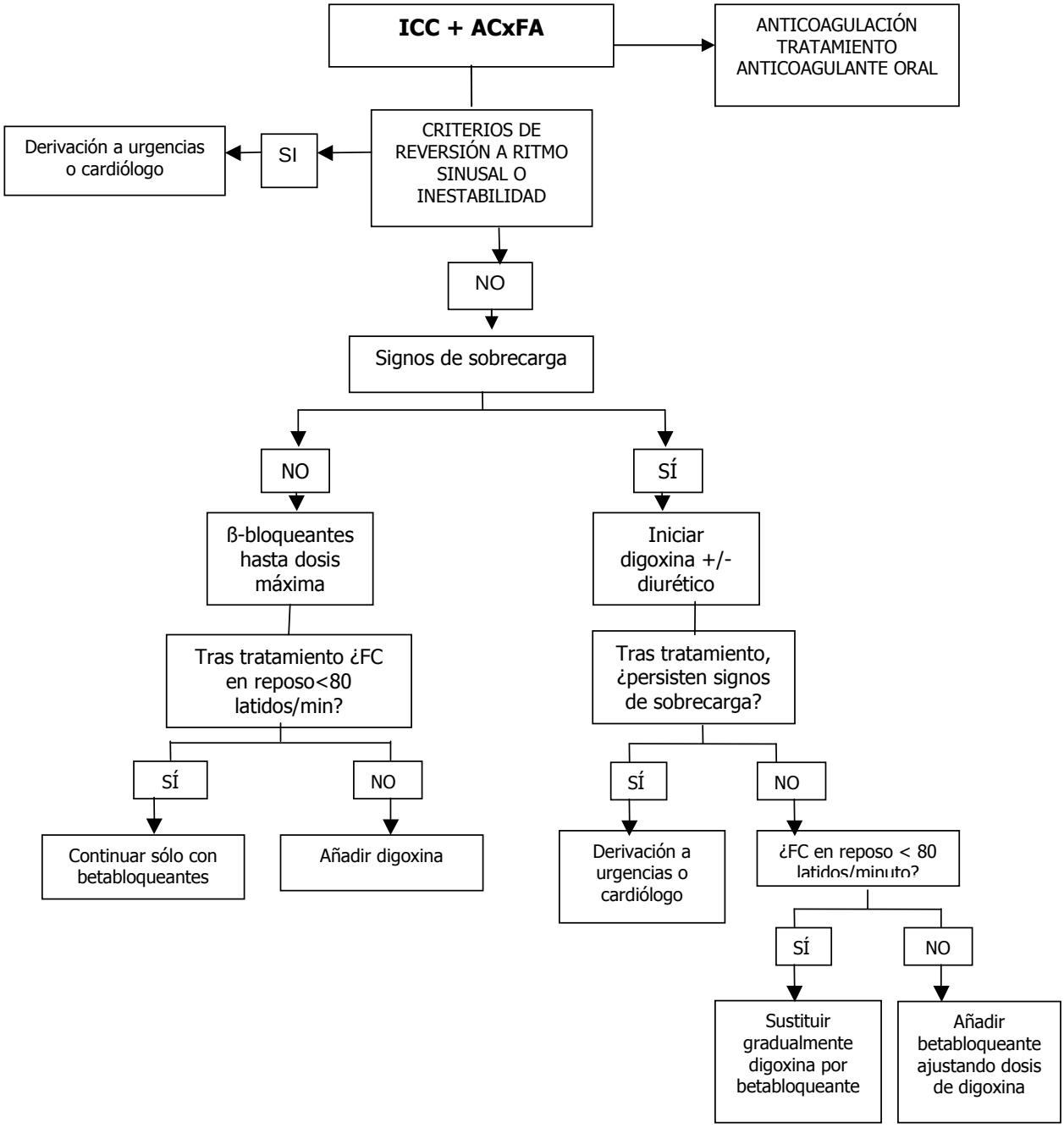
La decisión sobre si realizar cardioversión a ritmo sinusal en el caso de fibrilación auricular en pacientes con insuficiencia cardiaca debe individualizarse. A priori, en el paciente anciano (>65 años), con fibrilación auricular controlada y asintomático u oligosintomático, se debe optar por un control de la frecuencia cardiaca con los fármacos indicados (GR I). Si se considera que la fibrilación auricular contribuye a un control inadecuado de los síntomas de insuficiencia cardiaca, se puede considerar la cardioversión (GR IIa). En cualquier caso, la duración estimada de la arritmia debe ser un factor decisivo para la toma de la decisión, no recomendándose cardioversión si la duración estimada es >12 meses.

Por tanto, se podrá indicar reversión a ritmo sinusal si la fibrilación auricular tiene una duración menor de 12 meses, induce un control inadecuado de los síntomas o produce inestabilidad hemodinámica. En el resto de los casos se optará inicialmente por un control de la frecuencia.

****Como iniciar la anticoagulación**

Una vez establecida la indicación de la anticoagulación oral, el tratamiento debe iniciarse tras la realización de una analítica básica que evalúe la hemostasia del paciente. Si no existen alteraciones, se iniciará en el caso del acenocumarol, un tratamiento durante 3 días con dosis de 2 mg/24horas (1/2 comprimido de sintrom 4mg) para hacer una analítica al 4º día y ajustar la dosis semanal dependiendo del resultado. No es necesario pautar heparina de bajo peso molecular durante el periodo de titulación de la dosis del anticoagulante.

ALGORITMO DE ACTUACION EN ICC CON FIBRILACIÓN AURICULAR



Anexo X: FACTORES PRECIPITANTES

Anamnesis sobre posibles factores precipitantes y signos y síntomas de alarma

Se pregunta si ha ganado 1 kg en un día o 2 kg en dos o más días (en caso afirmativo incrementar diurético)

Reconocimiento por parte del paciente de: tos nocturna, cansancio, ganancia de peso

Incumplimiento de medidas generales (dieta, peso, tabaco, alcohol, ejercicio)

Falta de adherencia al tratamiento farmacológico (o dosis infraterapéuticas)

Fármacos descompensadores de IC (AINES, corticoides, comprimidos efervescentes, antidepresivos tricíclicos, antagonistas del calcio bradicardizantes- en IC sistólica-, glitazonas, antiarrítmicos excepto amiodarona, etc.)

Infecciones de otra localización (gastrointestinales, urinarias, etc.)

Insuficiencia renal: (disminución de la cantidad de orina)

Si siente dolor

Si siente stress

Exploración:

Auscultación pulmonar para descartar infecciones respiratorias o embolismo pulmonar.

Exploración cardiaca para descartar alteraciones del ritmo.

Toma de TA para descartar Hipertensión mal controlada.

Buscar edemas como signos de descompensación de la IC.

Pruebas complementarias: RX tórax para confirmar infección respiratoria y embolismo pulmonar.

ECG en caso de arritmias cardiacas y sospecha de isquemia miocárdica.

Analítica: hormonas tiroideas en caso de sospecha de disfunción tiroidea y hemograma para descartar anemia.

Anexo XI: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Con el fin de determinar el plan de cuidados que habrá que establecer en la persona valorada por su ICC realizaremos la valoración por patrones funcionales centrada principalmente en los aspectos que nos proporcionan información en esta enfermedad:

Patrón 1- Percepción - Manejo de la salud: Adherencia y manejo del tratamiento farmacológico, automedicación. Adherencia y manejo del tratamiento no farmacológicos (dieta hiposódica, ejercicio, control de líquidos, control de peso). Vacunas. Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y otras drogas. Información y actitud ante la enfermedad y cuidados requeridos.

Escalas de apoyo para la valoración:

- Test de Fagerström: Dependencia de la nicotina
- Cuestionario Cage camuflado. Detección consumo de alcohol
- Cuestionario de calidad de vida

Patrón 2- Nutricional – Metabólico: Apetito, Alimentación que realiza, líquidos que ingiere/ día. Fluctuaciones de peso. Estado de la piel y mucosas.

Escalas de apoyo para la valoración:

- Conozca su salud nutricional

Patrón 3- Eliminación: Urinaria: cantidad y características. Edemas.

Patrón 4- Actividad – Ejercicio: ¿Encamado?. Actividad física habitual. Independencia para AVD. Falta o reducción de energía para tolerar la actividad. Síntomas con el ejercicio: Fatiga, dolor.

Escalas de apoyo para la valoración:

- Índice de Barthel
- Índice de Katz

Patrón 5- Sueño – Descanso: Problemas para conciliar el sueño. Tos nocturna. Alteraciones objetivas de cansancio.

Patrón 6- Cognitivo – Perceptual: Alteraciones cognitiva: comprensión, aprendizaje, dificultad en la toma de decisiones. Nivel de conocimientos sobre su enfermedad.

Patrón 7- Autopercepción – Autoconcepto: Ansiedad, temor, tristeza.

Escalas de apoyo para la valoración:

- Escala de Goldberg

Patrón 8- Rol –Relaciones: Influencia laboral en su estado de salud. Influencia de la enfermedad en la dinámica familiar. Con el cuidador principal, la familia o amigos. Identificar al cuidador principal. Sobrecarga del cuidador. Su cuidador proporciona apoyo, consuelo, ayuda estímulo suficiente y efectivo

Escalas de apoyo para la valoración:

- Cuestionario de Zarit
- Cuestionario Apgar familiar

Patrón 9- Sexualidad– Reproducción: Relaciones sexuales: Existencia de algún problema y/o por la situación.

Patrón 10- Adaptación - Tolerancia al estrés: ¿Asume la situación actual? Sistemas de apoyo a los que recurre.

Patrón 11- Valores – Creencias: Expectativas sobre su estado de salud. Cree en algo que le ayuda cuando surgen dificultades.

Exploración física:

- Apariencia general.
- Peso, talla, IMC
- T.A., F.C.
- Ruidos respiratorios.
- Cambios de color en la piel: Cianosis
- Edemas. Fobea.
- Deterioro de la circulación de MMII
- Valoración de pies.

Con esta valoración pasaremos a identificar los posibles diagnósticos de enfermería en ICC:

Diagnóstico: 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico

Resultados esperados NOC

- 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad
- 1813 Conocimiento del régimen terapéutico
- 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión
- 1601 Conducta de cumplimiento

Intervenciones NIC

- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
- 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
- 5614 Enseñanza: dieta prescrita
- 5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito
- 5520 Facilitar el aprendizaje
- 4420 Acuerdo con el paciente
- 4360 Modificación de la conducta
- 0200 Fomento del ejercicio
- 5230 Aumentar el afrontamiento
- 5240 Asesoramiento
- 5270 Apoyo emocional
- 4490 Ayuda para dejar de fumar

Diagnóstico: 00079 Incumplimiento del tratamiento (especificar)

Resultados esperados NOC

- 1813 Conocimiento del régimen terapéutico
- 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión
- 1601 Conducta de cumplimiento
- 1300 Aceptación: estado de salud

Intervenciones NIC

- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
- 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
- 5614 Enseñanza: dieta prescrita
- 5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito
- 4420 Acuerdo con el paciente
- 0200 Fomento del ejercicio

- 5230 Aumentar el afrontamiento
- 5240 Asesoramiento
- 4490 Ayuda para dejar de fumar

Diagnóstico: 00126 Conocimientos deficientes (especificar)

Resultados esperados NOC

- 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad
- 1808 Conocimiento: medicación
- 1813 Conocimiento: régimen terapéutico
- 1811 Conocimiento: actividad prescrita

Intervenciones NIC

- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
- 5616 Enseñanza medicamentos prescritos
- 5614 Enseñanza: dieta prescrita
- 5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito

Diagnóstico: 00001 Desequilibrio nutricional por exceso

Resultados esperados NOC

- 1802 Conocimiento: dieta
- 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos
- 1612 Control de peso

Intervenciones NIC

- 4420 Acuerdo con el paciente
- 5614 Enseñanza: dieta prescrita
- 0200 Fomento del ejercicio
- 4360 Modificación de la conducta

Diagnóstico: 00015 Riesgo de estreñimiento

Resultados esperados NOC

- 0501 Eliminación intestinal

Intervenciones NIC

- 0450 Manejo del estreñimiento /impactación

Diagnóstico: 00094 Riesgo de intolerancia a la actividad

Resultados esperados NOC

- 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad

- 1811 Conocimiento: actividad prescrita
- 0002 Conservación de la energía
- 0403 Estado respiratorio: ventilación

Intervenciones NIC

- 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo
- 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal
- 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
- 0180 Manejo de energía
- 5240 Asesoramiento
- 5270 Apoyo emocional
- 1850 Fomentar el sueño

Diagnóstico: 00092 Intolerancia a la actividad

Resultados esperados NOC

- 0005 Tolerancia de la actividad
- 0002 Conservación de la energía
- 0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria
- 0403 Estado respiratorio: ventilación
- 0208 Nivel de movilidad

Intervenciones NIC

- 4046 Cuidados cardíacos: rehabilitación
- 5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito
- 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo
- 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal
- 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
- 0180 Manejo de energía
- 0200 Fomento del ejercicio
- 4310 Terapia de actividad

Diagnóstico: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Resultados esperados NOC

- 1902 Control del riesgo
- 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Intervenciones NIC

- 3540 Prevención de las úlceras por presión

Diagnóstico: 00146 Ansiedad

Resultados esperados NOC

- 1402 Control de la ansiedad
- 1300 Aceptación: estado de salud
- 1302 Superación de problemas

Intervenciones NIC

- 5820 Disminución de la ansiedad
- 5240 Asesoramiento
- 5230 Aumentar el afrontamiento

Anexo XII: PLAN DE CUIDADOS ENFERMERÍA

Hay que resaltar la importancia del papel de la enfermería en el cuidado del enfermo con ICC, pues mediante la implantación de un Plan de Cuidados de enfermería, conseguiremos mejorar el conocimiento que el paciente tiene de su propia enfermedad, concienciando al paciente y a su entorno familiar de la necesidad, tanto de adquirir hábitos cardiosaludables, como de mejorar la adherencia a un régimen terapéutico basado en la polifarmacia.

En la primera visita, tras la valoración de enfermería, se debe proceder a la información y educación del paciente y su entorno sobre diversos aspectos claves:

- necesidad y beneficios de la polifarmacia, fomentando la adherencia.
- autocontrol de peso (al menos 3 veces semana), ingesta de líquidos (diario) y toma de diuréticos.
- reconocimiento de signos de alarma de descompensación (ganancia peso, edemas...).
- entrega de hojas informativas sobre hábitos saludables y signos de alarma (Anexo VII), indicando la necesidad de acudir a la consulta ante la aparición de algunos de estos, e iniciando la automedicación diurética hasta entonces.

Se procederá a dejar por escrito el plan de cuidados personalizado para los diagnósticos efectuados en la vista, de los resultados esperados y una vez consensuados con el paciente.

En las visitas sucesivas se medirá la adherencia al tratamiento **(Anexo XIII)**, se revisarán los autocontroles de peso y se reforzará la educación acerca de los signos de alarma (ganancia inexplicada de peso…) y hábitos saludables, así como los resultados esperados del resto de intervenciones realizadas para los diagnósticos de enfermería que se hubieran realizado.

Autocontrol del paciente:

Éste es una parte importante del tratamiento de la ICC tiene un impacto significativo en los síntomas, la capacidad funcional, el bienestar, la morbilidad y el pronóstico. El autocontrol se define como las acciones destinadas a mantener la estabilidad física, evitar comportamientos que pudieran empeorar la enfermedad y detectar de forma precoz cualquier síntoma de deterioro.

Se recomienda que los profesionales de la salud proporcionen información y consejos sobre la insuficiencia cardiaca.

A continuación se presentan las opciones de control más apropiado para pacientes con ICC sintomática. Las recomendaciones representan la opinión de expertos, sin evidencia adecuadamente documentada.

Adherencia al tratamiento: Grado de recomendación I, nivel de evidencia C

Una buena adherencia al tratamiento disminuye la morbimortalidad y mejora el bienestar del paciente.

Se ha demostrado que una relación cercana entre el personal sanitario y el paciente y el apoyo activo de los servicios sociales mejoran la adherencia al tratamiento.

Se recomienda invitar a miembros de la familia del paciente a participar en programas de educación y en las decisiones relativas al tratamiento y los cuidados.

Los pacientes deben tener un conocimiento adecuado del tratamiento que se les ha prescrito, especialmente en lo que se refiere a sus efectos secundarios, administración de la medicación y dosis.

Los pacientes deben saber que los efectos beneficiosos del tratamiento pueden hacerse esperar y, por lo tanto, no deben tener esperanzas infundadas sobre la respuesta inicial al tratamiento. Debe explicarse que los efectos secundarios suelen ser transitorios y que pueden transcurrir varios meses hasta que se alcance la dosis óptima y se pueda evaluar los efectos de un fármaco.

Se recomienda tomar medidas para mejorar la adherencia al tratamiento; para ello, el profesional de la salud establecerá objetivos claros.

Reconocimiento de los síntomas: Grado de recomendación I, nivel de evidencia C

Los pacientes o sus cuidadores deben aprender a reconocer los síntomas de deterioro para tomar las medidas oportunas, como aumentar la dosis de diuréticos o informar a su médico.

Se recomendará una dosis flexible de diuréticos basada en los síntomas y en el balance de líquidos, dentro de unos límites previamente especificados, tras instruir e informar al paciente adecuadamente.

Control del peso: Grado de recomendación I, nivel de evidencia C

El aumento de peso suele conllevar un deterioro de la ICC y retención de líquidos. Debe advertirse al paciente de que puede haber deterioro sin que haya aumento de peso.

Los pacientes deben controlar su peso de forma regular, preferiblemente como parte de la rutina diaria, para detectar cualquier cambio. En caso de observarse un aumento de peso (1 kg en un día o 2 kg en dos o más días). El paciente aumentará la dosis de diuréticos e informará a su médico.

Se explicará al paciente los riesgos de la reducción de volumen por uso excesivo de diuréticos.

Dieta y nutrición:

Ingesta de sodio. Grado de recomendación IIa, nivel de evidencia C

Se recomienda la restricción de la ingesta de sodio en la ICC sintomática para prevenir la retención de líquidos. Aunque no existen pautas específicas, se evitará la ingesta excesiva de sal. Se informará al paciente sobre el contenido de sal de alimentos comunes.

Ingesta de líquidos: Grado de recomendación IIb, nivel de evidencia C

Se considerará la restricción de líquidos a 1,5-2 l/día en pacientes con síntomas graves de ICC, especialmente en presencia de hiponatremia. La restricción de líquidos en todos los pacientes con síntomas leves o moderados aparentemente no aporta beneficios clínicos.

Alcohol: Grado de recomendación IIa, nivel de evidencia C

El alcohol puede tener un efecto inotrópico negativo y está asociado a un aumento de la presión arterial y riesgo de arritmias. El consumo excesivo puede ser perjudicial. El consumo de alcohol se limitará a 10-20 g/día (1-2 copas de vino/día).

Los pacientes con sospecha de miocardiopatía alcohólica deberán abstenerse completamente del alcohol.

Pérdida de peso: Grado de recomendación IIa, nivel de evidencia C

En pacientes obesos (índice de masa corporal [IMC] > 30), debe considerarse una reducción de peso para prevenir la progresión de la enfermedad y mejorar los síntomas y el estado general.

Tabaquismo: Grado de recomendación I, nivel de evidencia C

El tabaquismo es un conocido factor de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Se recomienda aconsejar, apoyar y motivar al paciente para que deje de fumar.

Inmunización: Grado de recomendación IIa, nivel de evidencia C

Se considerará la vacuna contra el neumococo y la vacuna anual contra la gripe, siempre que no haya contraindicaciones.

Actividad y ejercicio: Grado de recomendación I, nivel de evidencia A

La falta de actividad física es frecuente en pacientes con ICC sintomática, lo que contribuye a la progresión de la enfermedad. Seguir un programa regular de actividad física, mejora el control autonómico por el aumento del tono vagal y la reducción de la activación simpática, mejora la fuerza muscular, la capacidad vasodilatadora y la disfunción endotelial y reduce el estrés oxidativo. Algunos estudios de revisión y metanálisis de estudios pequeños muestran que mejorar la forma física mediante el ejercicio reduce la mortalidad y las hospitalizaciones, comparado con tratamiento convencional solo, mejora también la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida en los aspectos relacionados con la salud.

Se recomienda la actividad física diaria, regular y moderada para todos los pacientes con insuficiencia cardiaca programas de ejercicio físico tienen efectos similares tanto si se realizan en el hospital como en casa.

Actividad sexual: Grado de recomendación I, nivel de evidencia C

Los problemas sexuales relacionados con la enfermedad cardiovascular, el tratamiento médico (bloqueadores beta) o con factores psicológicos como fatiga y depresión son frecuentes en los pacientes con

ICC. Hay poca evidencia sobre la influencia de la actividad sexual en el estado clínico de los pacientes con síntomas leves o moderados.

Se aconsejará al paciente el uso profiláctico de nitroglicerina sublingual contra la disnea y el dolor de pecho durante la actividad sexual.

Los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (como sildenafilo) reducen las presiones pulmonares, pero actualmente no están recomendados para pacientes con ICC avanzada. Nunca deben utilizarse en combinación con preparados de nitratos.

Viajes:

Se desaconsejará a los pacientes sintomáticos los viajes a grandes altitudes (> 1.500 m sobre el nivel del mar) y a lugares con clima cálido y húmedo. Los viajes programados deberían discutirse con el equipo médico responsable. Por lo general, es preferible un viaje en avión a viajes largos en otros medios de transporte.

Trastornos del sueño: Grado de recomendación I, nivel de evidencia C

Los pacientes con ICC sintomática tienen frecuentemente trastornos respiratorios durante el sueño (apnea del sueño). Esta entidad puede estar asociada a un aumento de la morbimortalidad.

Se recomienda la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso severo, dejar de fumar y abstinencia del alcohol para reducir riesgos.

En caso de apnea obstructiva del sueño documentada por polisomnografía, se recomienda el tratamiento con presión positiva continua en vías aéreas.

Depresión y alteraciones del estado de ánimo: Grado de recomendación IIa, nivel de evidencia C

La prevalencia de la depresión es alta. La depresión se asocia a un aumento de la morbimortalidad.

Debe considerarse el diagnóstico y la instauración de un tratamiento inicial en pacientes con síntomas de depresión.

Anexo XIII: ACTITUD DEL ENFERMO FRENTE AL TRATAMIENTO

CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN

Nombre . . . . . **Fecha** . . . . . .

Unidad/Centro . . . . . **Nº Historia** . . . . . .

1.- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos?

SÍ ___ NO ___

2.- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

SÍ ___ NO ___

3.- Cuando se encuentra mejor, ¿deja de tomar la medicación?

SÍ ___ NO ___

4.- ¿Si alguna vez le sientan mal los medicamentos deja de tomarlos?

SÍ ___ NO ___

Nº de Síes _____

Anexo XIV: CUESTIONES FUNDAMENTALES EN LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE CON LAS HABILIDADES NECESARIAS Y COMPORTAMIENTOS ADECUADOS DE AUTOCONTROL

Temas educativos: Habilidades y comportamientos de autocontrol

Definición y etiología de la insuficiencia cardiaca:

Comprender la causa de la insuficiencia cardiaca y por qué ocurren los síntomas

Síntomas y signos de la insuficiencia cardiaca:

Monitorizar y reconocer los signos y síntomas

Controlar el peso diariamente y reconocer rápidamente cualquier aumento de peso

Saber cómo y cuándo contactar con los profesionales médicos

Uso flexible del tratamiento diurético, cuando esté indicado y recomendado

Tratamiento farmacológico:

Comprender las indicaciones, las dosis y los efectos de los fármacos

Reconocer los efectos secundarios más comunes de cada fármaco que se prescriba

Modificación de los factores de riesgo:

Comprender la importancia de dejar de fumar

Monitorizar la presión arterial, si el paciente es hipertenso

Mantener un control de la glucosa, si el paciente es diabético

Evitar la obesidad

Recomendaciones para la dieta:

Restricción de la ingesta de sodio, si está indicado

Evitar una ingesta excesiva de líquidos

Consumo moderado de alcohol

Monitorizar y prevenir la desnutrición

Recomendaciones para el ejercicio:

Sentirse seguro y cómodo al realizar actividades físicas

Comprender los beneficios del ejercicio físico

Practicar ejercicio físico de forma regular

Actividad sexual:

Sentir tranquilidad con respecto a la actividad sexual y discutir los problemas con los profesionales médicos

Comprender problemas sexuales específicos y las estrategias para superarlos

Inmunización:

Vacunarse contra infecciones como la gripe y la enfermedad por neumococo

Trastornos del sueño y respiratorios:

Reconocer comportamientos preventivos, como reducir peso en los obesos, dejar de fumar y abstenerse del alcohol

Conocer opciones de tratamiento, si está indicado

Observancia del tratamiento:

Comprender la importancia de seguir las recomendaciones del tratamiento y mantener la motivación para cumplir el plan de tratamiento

Aspectos psicológicos:

Comprender que los síntomas de depresión y los trastornos cognitivos son frecuentes en los pacientes con insuficiencia cardiaca y la importancia del apoyo social

Conocer opciones de tratamiento, si está indicado

Pronóstico:

Comprender los factores pronósticos más importantes y tomar decisiones basadas en la situación real

Solicitar ayuda psicológica cuando esté indicado

CONSEJOS PARA LOS PACIENTES CON I.C.

¿Qué es la insuficiencia cardiaca?

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad que provoca que a su corazón le cueste bombear la sangre. Como consecuencia, puede tener dificultad para hacer alguna actividad física como subir escaleras y, probablemente, notará que le falta el aliento, se cansa o que se le hinchan las piernas.

¿Cuáles son las causas principales?

La causa principal de la insuficiencia cardiaca es la tensión arterial alta (hipertensión), aunque existen otras causas como el infarto, la angina de pecho o la diabetes.

¿Por qué es importante tener cuidado con la insuficiencia cardiaca?

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad frecuente en nuestro entorno. Las descompensaciones de la insuficiencia cardiaca son la primera causa de ingreso hospitalario en pacientes mayores de 65 años. Aun así, podemos controlar y disminuir la progresión de la enfermedad, mejorar los síntomas y, por lo tanto, aumentar la calidad de vida de los pacientes mediante el tratamiento farmacológico y la adopción de unos hábitos de vida saludables.

¿Cómo puede saber si tiene insuficiencia cardiaca?

Los síntomas principales de la insuficiencia cardiaca son la dificultad para respirar, el cansancio y la debilidad, el aumento rápido del peso y la disminución de la producción de orina. Para poder determinar si sufre esta enfermedad es necesario que su doctor o doctora, además de tener en cuenta las molestias que

usted le pueda explicar, le pida una serie de pruebas: análisis de sangre, radiografía de tórax, electrocardiograma y ecocardiograma.

¿Por qué es necesario que se trate esta enfermedad?

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad crónica, por este motivo es importante tratarla adecuadamente. Si lo hace, tomando la medicación indicada y realizando cambios saludables en sus hábitos de vida, puede conseguir frenar la progresión de la enfermedad, mejorar sus síntomas y, por lo tanto, aumentar su calidad de vida.

¿Cuándo tiene que avisar a su profesional de medicina o de enfermería?

- Si nota dolor en el pecho.
- Si gana peso de manera rápida (1 kg en un día o 2 kg en dos o más días). Es recomendable controlarse el peso diariamente o, como mínimo, tres veces por semana.
- Si se le hinchan las piernas o los pies.
- Si observa que orina menos de lo normal en su caso.
- Si tiene más dificultad para respirar cuando realiza las actividades que lleva a cabo normalmente.
- Si necesita dormir con más almohadas.
- Si tiene tos persistente.
- Si nota mucho cansancio.

¿Cómo puede controlar la insuficiencia cardiaca?

Hay tres consejos clave para mantener un buen control de la insuficiencia cardiaca.

1. Tome correctamente la medicación

- Es muy importante que no deje nunca la medicación indicada, y que no tome ninguna medicación nueva sin consultar a su doctor o doctora. Si tiene algún problema puede consultárselo siempre.

2. Adopte hábitos de vida saludables

- Haga una dieta saludable: le ayudará a controlar el peso y los niveles de colesterol. Debe cocinar los alimentos preferentemente a la plancha, al horno, al vapor o al microondas. Evite el consumo de grasas.
- Es recomendable que coma poca cantidad y que lo haga a menudo (cinco comidas al día), sin hartarse.
- Reduzca el consumo de sal. Evite la comida preparada, los congelados, los embutidos y los cubitos de caldo. Puede utilizar otros condimentos para mejorar el gusto de los alimentos.

- Controle la cantidad de líquido que bebe. Su médico le puede indicar qué cantidad de líquido es recomendable beber por día.
- Deje de fumar.
- Evite el consumo de alcohol y de otras bebidas excitantes como el café, el té o las colas.
- Haga una actividad física de forma regular (por ejemplo, andar) en función de su tolerancia. Puede consultar a su profesional de medicina o de enfermería, si quiere hacer otro tipo de ejercicio.
- Disminuya las situaciones que le alteren los nervios.

3. Tome otras medidas importantes

- Controle que su presión arterial esté dentro de la normalidad.
- Vacúnese. Es importante que se vacune de la gripe y la neumonía.
- Evite los cambios bruscos de temperatura para no resfriarse.

Anexo XV:

CRITERIOS DERIVACIÓN A CARDIOLOGÍA (NO URGENTE)

- Pacientes nuevos con sospecha clínica firme de ICC (en base a criterios Framingham o Boston, ECG y/o Rx Tórax anormal
- Sospecha o confirmación de etiología isquémica o valvular
- Pacientes con NYHA > II (al menos una valoración por cardiología)
- Pacientes con NYHA II que no mejoren después de ajustar el tratamiento oral
- Contraindicaciones o intolerancia a IECA, ARAII y ß-bloqueantes
- Necesidad de completar estudios complementarios
- Enfermedad grave concomitante
- Pacientes con NYHA II descompensados que empeoren o no mejoren después de ajustar el tratamiento oral (sin respuesta a dosis máxima de diuréticos)
- Pacientes con fibrilación auricular con criterios de reversión (en anexo IX)
- Dudas diagnósticas o terapéuticas (optimizar tratamiento pacientes difíciles)
- Alteraciones bioquímicas graves (hiponatremia < 130 meq/l, Creatinina > 2, hipo o hiperpotasemia

*La frecuencia de revisiones periódicas del paciente estable dependerá de la patología de base e indicaciones del cardiólogo de referencia.

CRITERIOS DERIVACIÓN A UNIDAD INSUFICIENCIA CARDIACA

- Pacientes **estables** con Insuficiencia cardiaca y FEVI < 45%, menores de 80 años (entro 80 y 85 se valorara estado biológico), con Diagnóstico cierto de Insuficiencia Cardiaca en grado funcional III-IV con:
  - Alta probabilidad reingreso
    - 2 ó más Ingresos previos por IC en el mismo año
    - FEVI < 30%
    - Etiología isquémica de la IC
    - Hipertensos no controlados
    - Persistencia edemas al alta hospitalaria
    - Perdida menor de 3 Kg durante el ingreso hospitalario por IC
  - Imposibilidad manejo ambulatorio
  - Candidatos a trasplante cardiaco o dispositivos (desfibrilador automático implantable, resincronización)
- Pacientes en grado III-IV con Descompensación no severa
- Pacientes con IC y FEVI conservada, grado funcional III-IV y con múltiples ingresos
- Se excluyen pacientes con IC reversible (valvulopatías)

Anexo XVI: INDICACIÓN PRUEBAS ESPECIALES

ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER COLOR

INDICACIONES	CLASE
- Pacientes con sospecha clínica de IC	I
- Confirmar sospecha clínica de disfunción diastólica en pacientes con Insuficiencia cardiaca y FEVI preservada	I
- Paciente diagnosticado de IC que presenta sincope, angina, arritmia o cambio significativo estado clínico	I
- Sospecha de taponamiento, embolismo pulmonar	I

UTILIDAD

- Diagnóstico cardiopatía estructural: valvulopatías, miocardiopatías, necrosis previa
- Valoración función sistólica: FEVI y alteraciones segmentarias
- Valoración función diastólica y presiones de llenado
- Determinante pronostico: FEVI

ECOCARDIOGRAFÍAS SUCESIVAS

- Casos muy seleccionados con cambios clínicos no justificados
- Valoración deterioro FEVI con vistas a intervención quirúrgica

CRITERIOS CALIDAD

- Informe estandarizado
- FEVI
- Aclarar diagnóstico de disfunción diastólica
- Copias para consulta Alta resolución, Unidad Insuficiencia cardiaca, MAP y paciente
- Centralización en Historia Única

DONDE SE REALIZA

Sección de Cardiología No invasiva

Consulta Alta Resolución

Unidad Insuficiencia Cardiaca

ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRES

- Detección de viabilidad en pacientes con IC de tipo isquémico, FEVI < 35% y con posibilidades de revascularización
- Detección de isquemia en pacientes seleccionados con IC de etiología desconocida

CATETERISMO CARDIACO

- IC e historia de angina, isquemia significativa o sospecha enfermedad coronaria (I-B)
- IC con alto riesgo enf. Coronaria (IIaC)
- IC persistente de etiología desconocida (IIaC)
- Tras parada cardiaca (I-B)
- Shock cardiogénico (I-B)
- Pre-trasplante cardiaco (I-B)

HOLTER

- Síntomas compatibles con arritmia no detectada en ECG basal (palpitaciones)
- Sincope en paciente con IC
- Monitorizar control de la FC en pacientes con fibrilación auricular

VENTRICULOGRAFIA ISOTÓPICA

- Valoración FE en casos de discrepancia otras pruebas
- Valoración viabilidad miocárdica en casos de cardiopatía isquémica
- Valoración isquémica miocárdica

TAC

- Valoración anatomía coronaria en pacientes con alta sospecha de enfermedad coronaria e imposibilidad de coronariografía invasiva

Resonancia Magnética

- Determinación de viabilidad (realce tardío gadolineo) en pacientes con cardiopatía isquémica
- Valoración etiológica de miocardiopatía
    - Miocarditis aguda
    - Isquémica
    - Idiopática
    - Infiltrativas
- Valoración función ventricular ante discordancias otras pruebas
- Valoración pericarditis constrictiva

Anexo XVII: Anomalías que deben constar Informe Sistematizado Ecocardiografía

Determinación	Anomalía	Implicaciones clínicas
FEVI	Reducida (< 45-50%)	Disfunción sistólica
FEVI, general y focal	Acinesia, hipocinesia, discinesia Miocardiopatía, miocarditis	Infarto de miocardio/isquemia
Diámetro telediastólico	Aumentado (> 55-60 mm)	Sobrecarga de volumen IC probable
Diámetro telesistólico	Aumentado (> 45 mm)	Sobrecarga de volumen IC probable
Fracción de acortamiento	Reducido (< 25%)	Disfunción sistólica
Tamaño de la aurícula izquierda	Aumentada (> 40 mm)	Presiones de llenado aumentadas Disfunción mitral Fibrilación auricular
Grosor del VI	Hipertrofia (> 11-12 mm)	Hipertensión, estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica
Función y estructura valvular	Estenosis o regurgitación valvular (especialmente estenosis aórtica e insuficiencia mitral)	Puede ser la causa primaria de la IC o un factor agravante Evaluar gradientes y fracción regurgitante Valorar las consecuencias hemodinámicas Considerar cirugía
Perfil de flujo diastólico mitral	Anomalías de los patrones de llenado diastólico, tempranos y tardíos	Indica disfunción diastólica y el posible mecanismo
Máxima velocidad de regurgitación tricuspídea	Aumentada (> 3 m/s)	Presión sistólica ventricular derecha aumentada Sospecha de hipertensión pulmonar
Pericardio	Derrame, hemopericardio, engrosamiento	Considerar taponamiento, uremia, enfermedad maligna, enfermedad sistémica, pericarditis aguda o crónica, pericarditis constrictiva
Integral tiempo velocidad del flujo de salida aórtico	Reducida (< 15 cm)	Volumen de eyección reducido
Vena cava inferior	Flujo retrógrado dilatado	Presiones auriculares derechas aumentadas Disfunción ventricular derecha Congestión hepática

Anexo XVIII: TRATAMIENTO DE LAS REAGUDIZACIONES

- Refuerzo de las medidas no farmacológicas
    - restricción sal < 2gr/día.
    - restricción de líquidos < 1 l/día, máxime si hay tendencia a hiponatremia.
    - control diario de peso.
    - reposo durante la reagudización (si más de tres días heparina de bajo peso molecular).
    - Descartar y tratar posibles factores desencadenantes.

- Intensificación del tratamiento farmacológico.

  o Comprobar que toma el tratamiento óptimo para su clase funcional.
    - No iniciar tratamiento betabloqueante durante descompensación aguda, si está prescrito intentar no retirarlo si no es totalmente necesario (efecto rebote), si es necesario puede reducirse la dosis a la mitad.
    - Aumentar la dosis de diurético de asa escalonadamente.
    - Si no responde pautar diurético cada 12 horas.
    - Si no responde a dosis máxima de diurético de asa: añadir tiazidas al diurético de asa (en este caso realizar control hidroelectrolítico por posibilidad de alteraciones más frecuentes).
    - En caso de paso a clase funcional NYHA III añadir espironolactona.

Si persisten los síntomas derivación hospitalaria para terapia intravenosa

Anexo XIX: PRUEBAS COMPLEMENTARIAS A REALIZAR EN EL SUH.

- Hemograma.
- Coagulación.
- Bioquímica con Pro-BNP.
- Electrocardiograma.
- Radiografía de tórax.

Anexo XX: MANEJO TERAPÉUTICO PRINCIPAL EN EL SUH:

- Sedestación.
- Oxigenoterapia con el objetivo de obtener una saturación de oxígeno superior al 95%. Si procede, Intubación orotraqueal
- Monitorización no invasiva: electrocardiográfica, saturación de oxígeno y tensión arterial
- Descompensación de IC Crónica:
  - Diuréticos (Furosemida)
  - Vasodilatadores (Nitroglicerina)
  - Inotropos en caso de hipotensión o hipoperfusión: Dopamina, Dobutamina, Levosinmendan.
- Edema Agudo de Pulmón:
  - Cloruro Mórfico.
  - Diuréticos (Furosemida)
  - Vasodilatadores (Nitroglicerina)
  - Inotropos en caso de hipotensión o hipoperfusión: Dopamina, Dobutamina, Levosinmendan.
- SCA e insuficiencia cardiaca:
  - Reperfusión coronaria

Anexo XXI:

CRITERIOS INGRESO GENERALES DE HOSPITALIZACIÓN DESDE EL SUH:

- Primer episodio de Insuficiencia Cardiaca.
- IC secundaria a arritmias graves o cardiopatía isquémica.
- IC con inestabilidad hemodinámica.
- IC con insuficiencia respiratoria.
- Anasarca, derrame pleural masivo.

- IC CF III: episodios de agudización.
- IC CF IV: estabilización y tratamiento.
- IC CF III/IV: estudio y trasplante.
- IC grave y con mala tolerancia farmacológica.

CRITERIOS INGRESO CARDIOLOGÍA/MEDICINA INTERNA

CRITERIOS PARA INGRESO EN CARDIOLOGÍA

- Cardiopatía isquémica conocida o fuerte sospecha de ella: antecedentes clínicos de IAM, intervensionismo coronario previo, injerto aortocoronario previo, IAM en ECG, episodios clínicos compatibles con angina. La mayoría de estos pacientes serán isquémicos ya conocidos, y tendrían factores de riesgo previos para desarrollar IC del tipo de mala función ventricular

- Patología Valvular establecida o firme sospecha de ella: pacientes con cardiopatía reumática, prótesis cardiacas, valvulopatía aórtica degenerativa. Estos pacientes tendrán anomalías ECG características, Ecos previos, o una exploración característica

- Paciente con miocardiopatía dilatada no diagnosticada
- IC de reciente diagnóstico

- Valoración de tratamientos no farmacológicos (resincronización, trasplante cardiaco,,,)

- IC ya conocida, en pacientes menores de 80 años (consensuar), sin comorbilidad importante (cognitivo o motor) y perspectivas de pruebas o ttos especiales (cateterismo, RM, EEF, marcapasos, DAI, TRC, cirugía, transplante…)

- IC con causa desencadenante conocida y cuyo tratamiento es propio de cardiología (arritmias graves)

CRITERIOS PARA INGRESO EN MEDICINA INTERNA

- IC ya conocida, en mayores de 80 años y/o sin perspectivas de pruebas o ttos especiales por parte de cardiología

- IC en pacientes con comorbilidad importante o IC secundaria o desencadenada por infecciones, anemia, fármacos, IRenal…cuyo tratamiento no es propio de cardiología (en este caso no es preciso repetir un Ecocardiograma si lo tiene en el último año)

- Si no se encuentra causa desencadenante, se debe realizar un Ecocardiograma en el ingreso.

Anexo XXII: MANUAL CUIDADOS ENFERMERÍA
ADMISIÓN PACIENTES UNIDADES HOSPITALIZACIÓN

I.- DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD:

Acciones de enfermería relacionadas con la admisión del paciente en las Unidades de Hospitalización.

II.- OBJETIVOS:

II.1.- General:

II.I.1.-Homogeneizar acciones del personal de enfermería en la admisión del paciente

II.2.- Específicos:

II.2.1.- Facilitar la integración del paciente en el medio hospitalario

II.2.2.- Establecer canales de comunicación e información adecuados

II.2.3.- Reducir el estado de ansiedad

II.2.4.- Valorar la situación del paciente a su ingreso en la Unidad

III.-RECURSOS:

III.1.- Humanos:

III.1.1.- Enfermero/a

III.1.2.- Auxiliar de enfermería

III.2.- Materiales:

III.2.1.- Habitación limpia y ordenada

III.2.2.- Cama limpia y hecha

III.2.3.- Caja de prótesis dental s/p

III.2.4.- Toalla de aseo, pijama o camisón

III.2.5.- Carpeta para la historia del proceso

III.2.6.- Pulsera identificativa

III.2.7.- Manual de Acogida

IV.- DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

IV.1.- Preparación del material.

IV.2.- Recibir y presentarse al paciente utilizando preferentemente el usted.

IV.3.- Acompañar al paciente a la habitación e instruir al paciente y/o a la familia sobre las normas de funcionamiento en la Unidad, horario de comidas, horas de visita,

manejo de las instalaciones de la habitación, etc.

IV.4.- Entregar Manual de Acogida y colocar pulsera identificativa.

IV.5.- Presentar al paciente si procede a los compañeros de habitación.

IV.6.- Entregar al paciente la ropa a utilizar en el hospital.

IV.7.- Aconsejar que el familiar se lleve los objetos de valor.

IV.8.- Ayudar al paciente a cambiarse de ropa si lo necesita.

IV.9.- Bañar al paciente si es necesario y explicarle los medios para la higiene habitual.

IV.10.- Entregar folletos informativos.

IV.11.- Avisar al médico.

IV.12.- Recoger Historia Clínica.

IV.13.- Establecer toda la documentación según Manual de Historias Clínicas.

IV.14.- Valorar, planificar y ejecutar las acciones de enfermería según Necesidades.

IV.15.- Registrar actividades.

IV.16.- Informar al servicio de dietética sobre la dieta del paciente.

IV.17.- Aplicar medidas de seguridad según protocolo en pacientes que lo precisen.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- *Presentarse al paciente tratándole de usted.*
- *Valorar al paciente.*
- *Registrar grupo sanguíneo en gráfica.*

Anexo XXIII: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

Complejo Asistencial Universitario de León

Sacyl

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

1ER APELLIDO----------
2º APELLIDO----------

NOMBRE----------

EDAD----------
Nº H C----------

PROCEDENCIA----------

UNIDAD DE ENFERMERIA **CAMA** **FECHA** **HORA**

Domicilio.....**Teléfono**.....
Persona de contacto.....
Motivo del ingreso.....
ALERGIAS: SI NO Especificar.....
Antecedentes de enfermedades: Diabetes
Cardiopatía
Hipertensión
Otros Especificar .....
Medicación habitual: SI NO Especificar... .....
.....
Constantes vitales: Tra: F.C.: T.A.:

RESPIRACIÓN	Dificultad respiratoria: Si No Especificar..... Coloración: Normal Palidez Cianosis Otra..... oxigeno Si No sat.$O_{2....}$ Tos: Si No Si No Expectoración: Si No Tipo..... Fumador: Si No Cigarrillos / día.....
ALIMENTACIÓN	Apetito: Mucho Poco Normal Peso..... Talla..... Intolerancia a algún alimento: Si No Especificar..... Dieta especial: Si No Tipo.....: Prótesis: Si No Faltan piezas dentarias: Si No Dificultad en la deglución: Si No Necesita ayuda para alimentarse: Si No
ELIMINACIÓN	Urinaria: Sin alteración Incontinencia Sonda vesical: Tipo.....Fecha..... Intestinal: Sin alteración Incontinencia Estreñimiento Otros Especificar..... Vómitos Sudor
MOVILIDAD	Necesita ayuda :Si No Moverse en cama Si No Levantarse Si No Deambulación: Si No Tipo de ayuda: Parcial Total
DESCANSO	Alteraciones de sueño: Si No Especificar..... Dolor: Si No Localización.....
VESTIDO	Dificultad para vestirse y desvestirse: Si No Tipo de ayuda: Parcial Total
TEMPERATURA	Frío: Si No Calor: Si No En que parte del cuerpo.....
HIGIENE	Necesita ayuda: Si No Tipo de ayuda: Parcial Total Piel seca Si No Piel hidratada Si No Alteraciones cutáneas: Hematomas: Si No Edemas: Si No Heridas Si No Ulceras Si No Valoración de Norton..... Prurito: Si No
SEGURIDAD	Alteraciones sensoriales: Si No Especificar..... Alteraciones psíquicas: Si No Especificar..... Consume alcohol: Si No Especificar..... Consume drogas: Si No Especificar..... Especificar Riesgo de adquirir infecciones: Si No Riesgo de caídas: Si No Barandillas: Si No Sujeciones: Si No

COMUNICACION	Dificultad para expresarse Si No Especificar..... Nivel de conciencia: Orientado: Si No Obnubilado: Si No Confuso: Si No Coma: Si No Alteración auditiva: Si No Alteración visual: Si No Capacidad para comunicarse: Adecuada Inadecuada
CREENCIAS	Practicas religiosas/ espirituales: Si No Desea contactar con sacerdote ó asesor espiritual: Si No
REALIZACIÓN	Dificultad para manejar situaciones/ acontecimientos: Si No Dificultad para llevar a cabo sus funciones: Si No
OCIO	Aburrimiento: Si No Disfruta de diversas formas de entretenimiento: Si No
APRENDIZAJE	Dificultad para el aprendizaje: Si No Demanda información especifica: Si No Colabora: Si No
Observaciones:	

VALORACIÓN NUMÉRICA DE LA ESCALA DE NORTON MODIFICADA

ESTADO FÍSICO	**ESTADO MENTAL**	**ACTIVIDAD**	**MOVILIDAD**	**INCONTINENCIA**	**VALOR**	***PUNTUACION***
BUENO	ALERTA	TOTAL	AMBULANTE	NINGUNA	4 PUNTOS	
MEDIANO	APÁTICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3 PUNTOS	
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA Ó FECAL	2 PUNTOS	
MUY MALO	ESTUP / COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1 PUNTO	
TOTAL NORTON						

NIVEL DE RIESGO: DE 5 A 11 MUY ALTO 12 A 14 EVIDENTE >14 MINIMO

FECHA
FIRMA DE LA ENFERMERA /O

Anexo XXIV: VALORACIÓN MÉDICA INICIAL EN PLANTA HOSPITALIZACIÓN

1.- Valoración clínica

- ✓ Al ingreso en planta, mediante la historia y exploración el Médico debe determinar (I-C)
- ✓ Estado de perfusión sistémica
- ✓ Grado de congestión
- ✓ Contribución factores precipitantes
- ✓ Comorbilidad
- ✓ Sin la IC es de nuevo comienzo o reagudización de una IC previa
- ✓ Si la IC se asocia a FE preservada
- ✓ Valorar traslado a Unidad Coronaria para medidas de intervención inmediatas y valoración de monitorización hemodinámica Invasiva si (IIaC):
- ✓ Si el paciente presenta rápida descompensación, hipotensión e hipoperfusión junto con disminución de diuresis y otras manifestación de ShocK
- ✓ Si el paciente presenta descompensación clínica severa y desconocemos la contribución de las presiones de llenado, hipoperfusión y tono vascular para aplicar el tratamiento más adecuado
- ✓ Si requiere agentes vasoactivos vía parenteral
- ✓ cuando la función renal empeora con el tratamiento
- ✓ Si persisten síntomas severos a pesar de tratamiento adecuado y tiene posibilidad de recuperación.

2.- Tratamiento farmacológico inicial

- ✓ Oxigenoterapia con O2 en VMK 28-50% o reservorio según precise. Objetivo: satO2 >95%. (I-C)
- ✓ Cama incorporada. Valorar sonda vesical.
- ✓ Valorar indicación de VMNI
- ✓ Si hay evidente estado congestivo con sobrecarga de líquidos debe comenzarse lo antes posible con furosemida IV, ya que la intervención precoz se asocia con mejoría del pronostico (I-B). Si el paciente ya estaba tomando previamente diuréticos por vía oral, la dosis IV debe igualar o exceder la dosis oral previa, ajustándose dosis posteriormente según respuesta diurética y estado perfusión (I-C)
- ✓ En casos de disnea intensa por edema pulmonar o IC con síntomas anginosos (mientras se espera la intervención) o hipertensión arterial complicando la IC, valorar la utilización de Nitroglicerina IV en perfusión (50mg/500cc suero glucosado, iniciando a 5 ml/h y ajustar según respuesta TAS) (IIa-C)

- ✓ En pacientes cuidadosamente seleccionados, en los que se pueda monitorizar ritmo cardiaco/TA y que se presenten con síndrome predominante de bajo gasto, hipotensión relativa, o ausencia de respuesta a vasodilatadores y diuréticos valorar inotrópicos intravenosos (dopamina, dobutamina, levosimendan) para mantener perfusión sistémica y evitar daño orgánico hasta que se establezca terapia definitiva (IIb-C)
- ✓ Cuando la diuresis es inadecuada a la congestión, intensificar régimen diurético, utilizando furosemida en dosis mayores en bolo, o bien furosemina en infusión continua, o asociar otro diurético (espironolactona, hidroclorotiazida) (I-C)
- ✓ En pacientes con Insuficiencia cardiaca previa por FE reducida que ingresan por reagudización, se aconseja mantener IECAs y betabloqueantes en ausencia de inestabilidad hemodinámica o contraindicaciones (I-C)
- ✓ Dado el aumento riesgo tromboembolico los pacientes deben recibir anticoagulación profiláctica con heparinas de bajo peso molecular a menos de que exista contraindicación

Anexo XXV: VALORACIÓN CLÍNICA PLANTA HOSPITALIZACIÓN

- **Historia clínica**

✓ Edad
✓ Diagnósticos previos y enfermedades asociadas.
✓ Valoración clase funcional previa Hospitalización (anexo 5)
✓ Últimos ingresos: valoración numero ingresos previos por IC y causas de reagudizaciones previas
✓ Alergias
✓ Tratamiento actual
✓ Síntomas actuales:
  - o Falta de aire (disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna)
  - o Fatiga (cansancio, agotamiento)
  - o Angina, palpitaciones, sincope
  - o Edemas, nicturia, oliguria,
  - o Respuesta a tratamientos previos

✓ Búsqueda de factores precipitantes de la I.C. (anemia, infección, SCA, arritmias, incumplimiento terapéutico, cirugía, etc.) Ver cuadro.

- **Exploración**

✓ Peso, altura, índice masa corporal (I-C)
✓ Aspecto: nivel de conciencia, estado nutricional
✓ Severidad de la disnea (Frecuencia respiratoria, ansiedad, sudoración, agitación, confusión, ortopnea, incapacidad para hablar…)
✓ Pulso: frecuencia, ritmo y carácter
✓ Presión arterial: sistólica, diastólica y presión de pulso
✓ Estado de la perfusión periférica: frío, caliente, seco, húmedo.
✓ Estado congestivo: presión venosa yugular, edemas, hepatomegalia, ascitis
✓ Pulmones: frecuencia respiratoria, crepitantes, derrame pleural
✓ Corazón: desplazamiento apical, galopes, tercer ruido, soplos
✓

- **Valoración pruebas analíticas solicitadas en Urgencias y valoración de nuevas pruebas complementarias en caso necesario**

✓ Hemograma
✓ Bioquímica (urea, creatinina, glucosa, iones)
✓ Gasometría arterial (si satO2 < 92%)
✓ Otros: Dímero-D si sospecha de TEP, Marcadores cardiacos si sospecha de SCA

- ✓ NT-proBNP si dudas diagnósticas o para valorar disnea en pacientes con IC previa (si conocemos nivel basal) y decidir si la disnea es por IC o causa intercurrente (I-A)

- **ECG:**
- ✓ valorar ritmo cardiaco (sinusal, frecuencia)
- ✓ Valorar arritmias supraventriculares (fibrilación auricular, flutter auricular) y ventriculares
- ✓ Valorar QRS: presencia de ondas Q, anchura y voltaje
- ✓ Alteraciones de la repolarización (síndrome coronario agudo…)

- **Rx de tórax**
- ✓ Valorar cardiomegalia,
- ✓ Congestión pulmonar: derrame pleural, patrón intersticial, redistribución vascular,
- ✓ Infiltrados y condensaciones pulmonares (neumonía como causa descompensación)

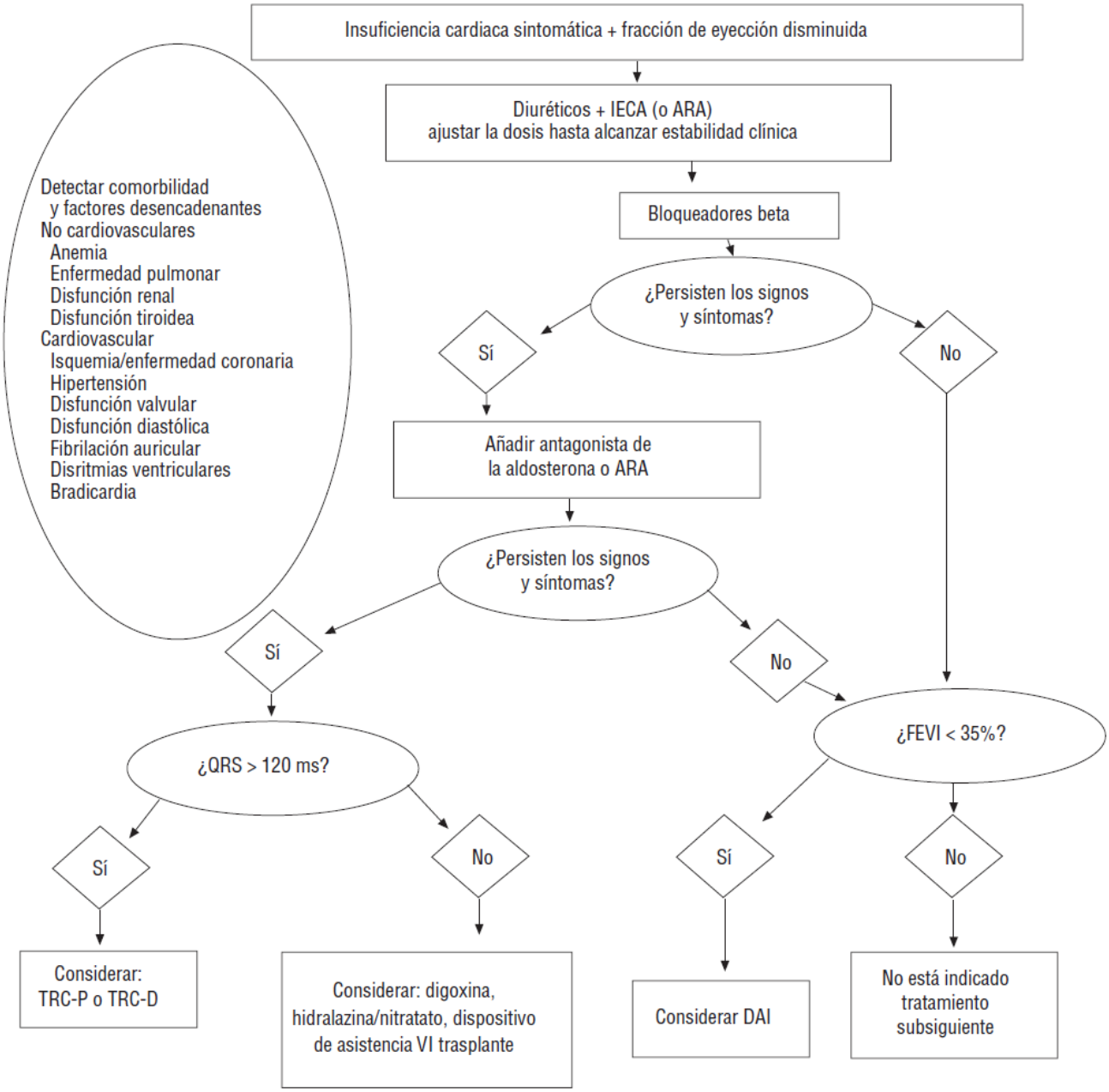
- **Recepción y análisis de las pruebas solicitadas**.
- **Valoración de la evolución** seguida del paciente tras el tratamiento inicial administrado, en especial las cifras de TA, grado de disnea, nivel de perfusión periférica, diuresis, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y Saturación de O2.

Anexo XXVI: Estratificación riesgo. Criterios pronósticos

Demográfica	Clínica	Electrofisiológica	Funcional/esfuerzo	Laboratorio	Imagen
Edad avanzada*	Hipotensión*	Taquicardia	Actividad reducida, VO_2 máxima baja*	Acusada elevación del BNP/NT-proBNP*	FEVI baja*
Etiología isquémica*	Clase funcional III-IV (NYHA)*	Ondas Q		Hiponatremia*	
Muerte súbita resucitada*	Hospitalización previa por IC*	QRS Ancho*		Troponinas elevadas*	
		Hipertrofia VI		Activación elevada de biomarcadores neurohumorales*	
Resistencia reducida	Taquicardia	Arritmias ventriculares complejas*		Creatinina/nitrógeno ureico elevados	Volúmenes VI elevados
		Poca variabilidad de la frecuencia cardiaca	Poca distancia en la marcha de 6 min		
		Fibrilación auricular			
Disfunción renal	Estertores pulmonares	Ondas T alternantes	Gradiente VE/VCO_2 elevado	Bilirrubina elevada	Bajo índice cardiaco
				Anemia	
Diabetes	Estenosis aórtica		Respiración periódica	Ácido úrico elevado	Presión de llenado VI elevada
Anemia	Bajo índice de masa corporal				Patrón restrictivo de llenado mitral, hipertensión pulmonar
EPOC	Trastornos de la respiración durante el sueño				Función ventricular derecha disminuida
Depresión					

Anexo XXVII: Tratamiento IC fase hospitalaria en paciente ya estabilizado

- Diuréticos vía oral: la transición de diuréticos IV a vía oral debe de hacerse valorando la dosis, en un principio similar a la IV y posteriormente reduciéndola, con monitorización frecuente electrolitos, urea y creatinina (I-C) (ver tabla anexo VI)
- Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs): recomendados para todos los pacientes con IC y depresión de la FEVI a menos de que estén contraindicados (I-A) (ver tabla anexo VI)
- Betabloqueantes (carvedilol, metoprolol, bisoprolol): en todos los pacientes estables comenzar cuando haya desaparecido la congestión, a dosis muy bajas, observando tolerancia (I-A) (ver tabla anexo VI)
- Bloqueantes de los receptores de la Angiotensina II (ARA II): comenzar con dosis bajas en todos los pacientes con FEVI reducida e intolerantes a los IECAs (tos persistente, angioedemas) (I-A) (ver tabla anexo VI)
- Retirar si es posible fármacos que afectan negativamente la evolución de la IC con FEVI reducida (AINEs, antagonistas del calcio inotrópicos negativos tales como diltiazen y verapamil, drogas antiarrítmicas del grupo I) (I-B) (ver tabla anexo VI)
- Digoxina: aconsejable en pacientes con fibrilación auricular para mantener frecuencia ventricular media adecuada y el pacientes en ritmo sinusal y grado funcional III (IIa-B) (ver tabla anexo VI)
- deben utilizarse durante la fase hospitalaria diuréticos IV de manera similar a los pacientes con FEVI disminuida (I-C), controlar la FC en caso de fibrilación auricular (I-C) y las cifras de TA (I-A)
- En pacientes con IC y FEVI conservada los betabloqueantes, IECAs, ARA II y antagonistas del calcio pueden utilizarse para disminuir los síntomas. (I-C)


Insuficiencia cardiaca sintomática + fracción de eyección disminuida
Diuréticos + IECA (o ARA)
ajustar la dosis hasta alcanzar estabilidad clínica
Bloqueadores beta
¿Persisten los signos y síntomas?
Sí
No
Añadir antagonista de la aldosterona o ARA
¿Persisten los signos y síntomas?
Sí
No
¿QRS > 120 ms?
Sí
No
¿FEVI < 35%?
Sí
No
Considerar: TRC-P o TRC-D
Considerar: digoxina, hidralazina/nitratato, dispositivo de asistencia VI trasplante
Considerar DAI
No está indicado tratamiento subsiguiente
Detectar comorbilidad y factores desencadenantes
No cardiovasculares
Anemia
Enfermedad pulmonar
Disfunción renal
Disfunción tiroidea
Cardiovascular
Isquemia/enfermedad coronaria
Hipertensión
Disfunción valvular
Disfunción diastólica
Fibrilación auricular
Disritmias ventriculares
Bradicardia

Anexo XXVIII.- Cirugía y dispositivos médicos en pacientes con IC

Marcapasos:

- mismas indicaciones que en pacientes sin IC, procurando mantener la sincronía auriculoventricular mediante implantación de marcapasos bicameral DDD

- en los pacientes con IC con FEVI reducida se valorara la implantación de marcapasos biventricular (TRC) pues el marcapasos monocameral con estimulación en VD produce asincronía y deterioro función VI (IIa-C)

DAI

- como prevención secundaria en casos de IC con Fe reducida que tienen historia de parada cardiaca, fibrilación ventricular, o taquicardia ventricular con inestabilidad hemodinámica (I-A)

- como prevención primaria es recomendable en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica o bien isquémica al menos 40 días después del infarto, con FEVI igual o menos al 35%, y clase funcional II-III a pesar tratamiento Médico optimo, y con razonable expectativa de vida (> 1 año) (I-A)

TRC

- Para reducir morbilidad y mortalidad puede considerarse en pacientes con FEVI igual o menos del 35%, ritmo sinusal, y clase funcional III-IV ambulatoria a pesar tratamiento Médico optimo, con QRS mayor de 120 mseg, con o sin DAI (I-A)

- Para reducir la morbilidad y prevenir avance de la enfermedad puede considerarse en pacientes en grado funcional II, FEVI <35%, ritmo sinusal y tratamiento Médico optimo, con QRS > 150 mseg, con o sin DAI (I-A)

- Para reducir morbilidad en pacientes en fibrilación auricular permanente con FEVI<35%, QRS>130mseg y clase funcional III-IV ambulatoria, a pesar tratamiento Médico optimo, siempre que el ritmo ventricular sea lento (IIa-C)o se haya efectuado previa ablación del nodo, con o sin DAI (IIa-B)

Cirugía Cardiaca

- coronaria: se valorará la revascularización mediante injerto coronario o intervencionismo percutáneo en todos los pacientes con IC y posibilidades de revascularización. La elección del método dependerá de la anatomía coronaria, comorbilidad, riesgo, FEVI, existencia de miocardio viable… (I-C)

- valvular: en casos de estenosis aórtica severa , insuficiencia aórtica severa con FEVI>30%, insuficiencia mitral orgánica severa con FEVI > 30% (I-C)

-trasplante cardiaco: los pacientes con IC grave, grado funcional III-IV, de mal pronostico y sin alternativa de tratamiento y sin comorbilidad importante (abuso drogas-alcohol, falta de cooperación, enfermedad mental, cáncer tratado con remisión < 5 años, enf. Sistémica con afectación multiorgánica, infección activa, insuficiencia renal significativa con ACrr< 50ml (min, resistencia pulmonar elevada irreversible > 6-9 unidades Wood) complicaciones tromboembólicas recientes, ulcera péptica sin resolver, afección hepática significativa) deben ser enviados a Unidad de IC para valoración de Tx cardiaco (I-C)

TAVI:

La implantación de prótesis aórticas trasncatéter vía apical o femoral se considerará en pacientes con IC por estenosis aórtica severa y alto riesgo quirúrgico

Anexo XXIX: INFORME CONTINUIDAD CUIDADOS ENFERMERIA AL ALTA

INFORME de CONTINUIDAD de CUIDADOS de ENFERMERÍA AL ALTA

1.ER APELLIDO .....

2.º APELLIDO .....

NOMBRE ..... HISTORIA CLÍNICA .....

DE UNIDAD: ..... A CENTRO DE SALUD ..... EXT. UNIDAD .....

FAMILIAR DE REFERENCIA ..... TFNO.: .....

DOMICILIO DEL PACIENTE AL ALTA: .....

MOTIVO DEL INGRESO ..... FECHA DE ALTA .....

DR	DP	
		NECESIDAD DE OXIGENACIÓN
		Limpieza ineficaz de vías aéreas
		Riesgo de limpieza ineficaz de vías aéreas
		Otros
		NECESIDAD DE NUTRICIÓN
		Alteración de la nutrición por defecto
		Riesgo de alteración de la nutrición por defecto
		Alteración de la nutrición por exceso
		Riesgo de alteración de la nutrición por exceso
		Riesgo de déficit de volumen de líquidos
		Déficit de autocuidado: alimentación
		Otros
		SONDAS
		Tipo:
		Fecha última colocación:
		Observaciones:
		NECESIDAD DE ELIMINACIÓN
		Estreñimiento
		Riesgo de estreñimiento
		Deficit de autocuidado
		Alteración de la eliminación urinaria
		Otros
		SONDAS
		Tipo:
		Fecha última colocación:
		Observaciones:
		ESTOMAS
		Localización:
		Observaciones:
		NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN
		Deterioro de la movilidad física
		Intolerancia a la actividad
		Riesgo de intolerancia a la actividad
		Otros

CUIDADOR PRINCIPAL SI ☐ NO ☐

DR	DP	
		NECESIDAD DE REPOSO - SUEÑO
		NECESIDAD DE PIEL Y MOCOSAS
		Deterioro de la integridad cutánea
		Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
		Úlcera por presión
		Riesgo de úlcera por presión
		Alteración de la mucosa oral
		Riesgo de alteración de la mucosa oral
		Déficit de autocuidado: higiene y vestido
		Otros
		NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN
		NECESIDAD DE SEGURIDAD
		Riesgo de accidente
		Dolor
		Dolor crónico
		Riesgo de dolor
		Baja autoestima situacional
		Trastorno de la imagen corporal
		Temor
		Duelo
		Otros
		NECESIDAD DE COMUNICACIÓN
		NECESIDAD DE VALORES / CREENCIAS
		NECESIDAD DE REALIZACIÓN
		NECESIDAD DE OCIO / RECREO
		NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DR: Diagnóstico resuelto

DP: Diagnóstico pendiente

OBSERVACIONES .....

Nombre y Apellidos de la Enfermera:

Firma: .....

INFORME de CONTINUIDAD de CUIDADOS de ENFERMERÍA AL ALTA 66.00

INFORME de CONTINUIDAD de CUIDADOS de ENFERMERÍA AL ALTA

	1.ER APELLIDO ..... 2.º APELLIDO ..... NOMBRE ..... EDAD ..... Nº H. C. ..... PROCEDENCIA .....

REGISTRO ACTIVIDADES TCAE		Hoja nº								
Fecha										
Seguridad	Prevención de Caídas	M								
		T								
		N								
	Sujección física	M								
		T								
		N								
	Barandillas	M								
		T								
		N								
Tempe-ratura	C/ Temperatura	M								
		T								
		N								
Vestir/ Desvestir	Necesita ayuda para	M								
		T								
		N								
	Otros	M								
		T								
		N								
Higiene	Baño	M								
		T								
		N								
	Higiene total en cama	M								
		T								
		N								
	Higiene parcial en	M								
		T								
		N								
	Higiene bucal	M								
		T								
		N								
	Afeitar / rasurar	M								
		T								
		N								
	Prevención de U.P.P.	M								
		T								
		N								
	Hacer cama vacía/ocupada	M								
		T								
		N								
Eliminación	Acompañar WC Poner botella, cuña	M								
		T								
		N								
	Cambiar empapador, compresa, pañal	M								
		T								
		N								
	Cambiar bolsa diuresis Tipo de bolsa	M								
		T								
		N								
	Cambiar contenedor drenaje C/ de líquidos y diuresis	M								
		T								
		N								
	Enemas Tipo:	M								
		T								
		N								

REGISTRO DE ACTIVIDADES TCAE											
Fecha											
Moverse y mantener una buena postura	Cambios posturales C/..	M									
		T									
		N									
	Levantar/Acostar	M									
		T									
		N									
	Ayuda deambulación	M									
		T									
		N									
	Reposo absoluto / relativo	M									
		T									
		N									
	Otros	M									
		T									
		N									
Comer y beber	Preparar alimentos	M									
		T									
		N									
	Dar de comer/beber	M									
		T									
		N									
	Sonda nasogástrica	M									
		T									
		N									
	Dar liquidos	M									
		T									
		N									
	Dieta	M									
		T									
		N									
	Otros	M									
		T									
		N									
	Otros	M									
		T									
		N									

OBSERVACIONES

Firma TCAE	M									
	M									
	M									
	T									
	T									
	N									
	N									

Fichas de procesos clínicos
El objetivo de la ficha es presentar los datos más relevantes de cada proceso, evitando las redundancias y resaltando la parte clínica de forma que puedan servir de base a las actuaciones más adecuadas en el trabajo de los centros de salud. Es conveniente incluir el grado de recomendación de cada actuación.

Proceso:
Nombre del proceso y Fecha de última revisión

Objetivo
Objetivos clínicos principales de las actuaciones sobre el proceso

Población diana
Población a la que van dirigidas las actuaciones

Criterio de inclusión
Criterios diagnósticos u otros que determinan la entrada en el proceso
Se especificarán los criterios de salida del proceso si procede

Actuaciones
Formuladas como recomendaciones de actuaciones sobre el proceso. Se ordenarán con lógica clínica de consulta (SOAP)
Se especificará el grado de recomendación y los profesionales que pueden/deben llevarlas a cabo si procede.

Criterios de interconsulta
Especialidades a interconsultar y motivos de consulta concretos
Referencias
Bibliografía y Guías de referencia.

Parte organizativa

Responsable del proceso
Puesto de la persona responsable del proceso. Si es oportuno se nombrará un responsable en cada nivel de atención.
Se responsabiliza de la gestión del proceso, obteniendo información de este, detectar áreas de mejora y plantear medidas de mejora y actualizaciones de los contenidos de la ficha de proceso.

Adecuaciones organizativas
Se detallarán cuando sea preciso realizar un tratamiento organizativo especial, o sean precisos cambios en la organización habitual para llevar a cabo las actuaciones.

Procesos de soporte relacionados
Enumeración de procesos organizativos que afecten al proceso, subprocesos, procedimientos administrativos, diagnósticos y terapéuticos

Evaluación
Indicador/es
Nombre del indicador, Es necesario que el nombre del indicador aclare el contenido de éste
Formula/s
Estándar/es de calidad de referencia
Se especificará si existe un estándar en la literatura. Si no existe, se puede establecer de forma empírica (media más una desviación…). Constituye el objetivo final a alcanzar.
Fuente de información / medio recogida
Los indicadores deben tener establecido tanto la fuente de información como el medio de recogida.

Anexo: Se añadirán si aclaran el flujo del proceso.