



**Proceso Síndrome Coronario Agudo  
Con Elevación del ST  
Estándar de Calidad SEC**

*Manual de Ayuda*

## Comité SEC-Excelente-Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST (SCACEST)

- **Coordinador:** Fernando Lozano Ruiz-Poveda. Hospital Universitario de Ciudad Real.
- **Vocales:**
  - Dr. Joan Antoni Gómez Hospital, Hospital Universitario de Bellvitge.
  - Dr. Iván Javier Núñez Gil, Hospital Clínico San Carlos.
  - Dra. Miren Tellería Arrieta, Hospital Universitario de Donostia.
- **Coordinador de SEC Excelente:** Francisco Ruiz Mateas Área de gestión de Cardiología, Agencia Sanitaria Pública Hospital Costa del Sol (Málaga).
- **Presidente de la SEC:** Andrés Íñiguez Romo.
- **Secretaría Técnica:** Francisco Javier Elola Somoza. Director de Elola Consultores.
- **Secretaría Administrativa:** Laura Pérez (SEC. Fundación Casa del Corazón).

## Índice

<b>1. Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>Anexo 1. Programa de formación continuada .....</b>	<b>11</b>
<b>Anexo 2. Diagrama proceso SCACEST ACCN .....</b>	<b>12</b>
<b>Anexo 3. Vía Clínica Proceso SCACEST Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) .....</b>	<b>13</b>
<b>Anexo 4. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista (UHCI) del Hospital Universitario Donostia .....</b>	<b>17</b>
<b>Anexo 5. Cuadro de Mandos. Resultados.....</b>	<b>23</b>
<b>Anexo 6. Ingreso en la unidad de hospitalización convencional de paciente procedente de un nivel de cuidados más intensivos .....</b>	<b>24</b>
<b>Anexo 7. Sistema track &amp; trigger (seguimiento y activación) .....</b>	<b>25</b>
<b>Anexo 8. Informe preconfigurado de alta para el SCA.....</b>	<b>27</b>
<b>Tablas</b>	
<b>Tabla 1. Estándares. Mecanismos de verificación. Criterios y documentación .....</b>	<b>5</b>
<b>Anexo 7. Tabla 1. Sistema Modificado de Alerta Temprana (Modified Early Warning Scoring System) .....</b>	<b>25</b>
<b>Anexo 7. Tabla 2. Sistema de alerta y activación. Informe de alerta temprana .....</b>	<b>25</b>
<b>Anexo 8. Tabla 1. Contenidos del informe preconfigurado de alta para el SCA .....</b>	<b>27</b>

## 1. Introducción

Este Manual de Ayuda pretende colaborar con los responsables del proceso SCACEST y sus respectivos servicios y unidades en la preparación de la documentación precisa, facilitando la relación entre los distintos agentes que intervienen en el proceso de acreditación del proceso “Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST” y debe utilizarse de forma conjunta con el documento: “Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST. Estándar de Calidad SEC. Proceso”, “SCACEST. Manual de Acreditación” y “SCACEST. Listado de comprobación”.

En los anexos que acompañan a este manual se ponen **ejemplos** de documentos para cumplir con algunos estándares. Deben ser tomados como meras ilustraciones, siendo muy probable que la unidad disponga de documentos con otros formatos que cumplen igualmente los requisitos para cumplir con los estándares.

**Tabla 1. Estándares. Mecanismos de verificación. Criterios y documentación**

Estándares	Criterios / Documentación
<b>Estructura</b>	
<b>Sistema Regional de Atención al SCACEST</b>	
<b>SR.E.1.</b> Documento escrito, revisable anualmente. Deben constar las personas que lo han elaborado/revisado y su filiación.	Ejemplo: <a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf</a>
<b>SR.E.2.</b> Elaborado por todas las partes interesadas: representantes de los servicios / unidades de cardiología; del sistema de emergencias (centralita, movilidad); de los dispositivos de urgencias (tanto hospitalarios como no) y del Servicio de Salud respectivo.	Ejemplo: <a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf</a>
<b>SR.E.3.</b> Debe existir un responsable del programa en el ámbito de la Comunidad	Nombramiento de responsable por la Consejería/Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma
<b>SR.E.4.</b> Debe alcanzar al conjunto de la Comunidad Autónoma, tomando en consideración los tiempos de desplazamiento/traslado desde las distintas poblaciones	Ejemplo: <a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf</a>
<b>SR.E.5.</b> Debe establecer los hospitales receptores de SCACEST y el horario de alerta de los respectivos equipos de hemodinámica/intervencionismo, garantizando su estabilidad en el tiempo	Ejemplo: <a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf</a>
<b>SR.E.6.</b> Se debe sectorizar el territorio en función de isócronas de respuesta para cada hospital intervencionista de referencia	Ejemplo: <a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf</a>
<b>SR.E.7.</b> Debe disponer de protocolos y sistemas de ayuda a través de todo el proceso (sistemas de emergencia, servicios de urgencia, hospitales no receptores de pacientes con SCACEST y receptores de estos pacientes)	Ejemplo: <a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf</a>
<b>SR.E.8.</b> Debe disponer de personal, equipamiento y, si está previsto en el protocolo de activación, formación para realizar y transmitir ECG prehospitalario	Ejemplo: <a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf</a>
<b>SR.E.9.</b> Debe otorgar prioridad al tratamiento mediante angioplastia primaria frente a otras alternativas de revascularización	Ejemplo: <a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf</a>
<b>SR.E.10.</b> Debe prever la alerta al hospital intervencionista una vez establecida la sospecha diagnóstica de SCACEST, mientras el paciente es trasladado al hospital receptor de SCACEST	Ejemplo: <a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf</a>

Estándares	Criterios / Documentación
<b>SR.E.11.</b> El equipo intervencionista debe estar en condiciones de llegar a la sala de hemodinámica en menos de 30 minutos	Ejemplo: <a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf</a>
<b>SR.E.12.</b> Debe evitar la asistencia del paciente con SCACEST en el servicio de urgencias del hospital receptor, derivándolo inmediatamente al laboratorio de hemodinámica e intervencionismo	Ejemplo: <a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf</a>
<b>SR.E.13.</b> Debe establecer un algoritmo estándar para la evaluación, cribado y tratamiento de los pacientes que acuden a los servicios médicos de emergencia	Ejemplo: <a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf</a>
<b>SR.E.14.</b> Debe crear un Comité de Supervisión del Proceso, de ámbito regional (se reúne y levanta actas), que revise periódicamente (calendario de reuniones) los indicadores y actualice el programa de conformidad con la experiencia local y la evidencia científica disponible	Ejemplo: <a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf</a>
<b>SR.E.15.</b> Debe desarrollar indicadores de la calidad del proceso y su medición, incluyendo los tiempos de demora (cuadro de mandos integral del proceso con indicadores de Proceso y Resultados y sus desviaciones)	Ejemplo: <a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf</a>
<b>SR.E.16.</b> Debe existir un programa de formación continuada que preste atención principalmente a los profesionales de los centros de salud, servicios de emergencias y de urgencias, con elevado recambio y alternancia (turnos) del personal	Programa de formación continuada (Ejemplo: Anexo 1). Debe incorporar a los agentes que intervienen en el proceso (profesionales del 112, atención primaria, urgencias, etc.)
<b>SR.E.17.</b> Debe existir una página web fácilmente accesible de información para los profesionales sanitarios a los diferentes niveles que se constituya como núcleo de la actualización, tanto de la estructura como de posibles innovaciones e iniciativas de mejora. Además, de responder a las cuestiones y dudas que puedan suscitarse entre los profesionales. Esta web dependerá directamente del responsable del programa en el ámbito de la Comunidad	Página web para profesionales y pacientes
<b>SR.E.18.</b> Debe, para garantizar los tiempos más cortos de acceso a la ICP-p, llegar a acuerdos con los Servicios de Salud de Comunidades Autónomas adyacentes para el traslado de pacientes con un SCACEST a unidades de referencia para ICP-p	Ejemplo: <a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/codigo_infarto/es_def/adjuntos/codigo_es.pdf</a>
<b>Unidad Hospitalaria de Urgencias</b>	
<b>UHU.E.1.</b> El Servicio de Urgencias debe estar integrado en el proceso SCA y utilizar el mismo protocolo de manejo del paciente con SCACEST que el Servicio o Unidad de Cardiología.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares Ejemplo: Anexo 2
<b>UHU.E.2.</b> El protocolo de manejo del paciente con SCACEST debe estar basado en las guías de práctica clínica aprobadas por la SEC.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares Ejemplo: Anexo 2

Estándares	Criterios / Documentación
<b>UHU.E.3.</b> Los pacientes trasladados con diagnóstico de SCACEST <u>no deben</u> ser atendidos en el servicio de urgencias, siendo trasladado directamente a la unidad de hemodinámica.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares Ejemplo: Anexo 2
<b>UHU.E.4.</b> Todo paciente que consulte por dolor torácico no traumático debe tener realizado un ECG de 12 derivaciones en menos de 10' desde su entrada al servicio de urgencias.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares Ejemplo: Anexo 2
<b>UHU.E.5.</b> El paciente atendido en la UHU con ECG con elevación del ST o presentaciones atípicas del ECG debe ser trasladado de inmediato a una unidad de hemodinámica de referencia para ICP-p, sea en el propio hospital o en otro. Si se traslada al paciente a otro hospital se realizará mediante transporte medicalizado y avisará al centro coordinador de urgencias para que active a la unidad de hemodinámica del hospital receptor.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares Ejemplo: Anexo 2
<b>UHU.E.6.</b> Se debe estratificar el riesgo del paciente con sospecha de SCA, derivándose, de acuerdo con su ponderación a: unidad coronaria o de cuidados intensivos (riesgo alto o muy alto), planta con monitorización central (riesgo medio) o permaneciendo en observación en el área de urgencias o en la unidad de dolor torácico.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares Ejemplo: Anexo 2
<b>UHU.E.7.</b> Los pacientes con riesgo bajo, en observación en el área de urgencias deben tener sistematizada la repetición del ECG y marcadores de necrosis miocárdica, de conformidad con la guía, y realizar una prueba de esfuerzo antes de decidir la estrategia de revascularización y darle el alta.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares Ejemplo: Anexo 2
<b>Unidad de referencia para ICPp</b>	
<b>UHI.E.1.</b> Director del programa de ICP-p, nombrado por la gerencia a propuesta del responsable de la unidad o servicio de cardiología.	Documento de nombramiento de responsable por la Gerencia del Hospital o Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Cardiología
<b>UHI.E.2.</b> Equipo multidisciplinar con representación del servicio de urgencias, la unidad de calidad, servicio de emergencias, unidad coronaria/unidad de cuidados intensivos y unidad de hemodinámica, que incluya un responsable médico y de enfermería.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares Ejemplo: Anexo 3
<b>UHI.E.3.</b> Programa de formación que incluya el entrenamiento práctico para sus miembros.	Programa de formación continuada (Anexo 1). Debe incluir a los profesionales (especialmente cardiólogos y enfermeras) de la unidad de referencia para ICPp
<b>UHI.E.4.</b> Cobertura de 24 horas al día, 7 días a la semana, los 365 días del año.	Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares Ejemplo: Anexo 3 o Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Cardiología

Estándares	Criterios / Documentación
<p><b>UHI.E.5.</b> El hospital donde esté ubicada la unidad de ICP-p, debe disponer de los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de cuidados intensivos cardiológicos (recomendable) o de cuidados intensivos, que preste niveles de cuidados 2 y 3 de la Critical Care Society y cumpla con los estándares recomendables para este tipo de unidades.</li> <li>• Cirugía cardiovascular. En unidades que no disponen de servicio de cirugía cardiovascular en el mismo hospital debe existir un acuerdo formalizado con un servicio de cirugía cardiovascular para la transferencia rápida (&lt; 60') de pacientes que puedan requerir cirugía cardiaca de emergencia.</li> <li>• Servicio o unidad de hematología y banco de sangre.</li> <li>• Diagnóstico por la imagen, incluyendo TAC.</li> <li>• Guardia de presencia física de cardiología.</li> </ul>	<p>Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Cardiología</p>
<p><b>UHI.E.6a.</b> El equipo de guardia para ICP-p debe estar integrado por, al menos, 4 cardiólogos acreditados por la Sección de Hemodinámica e Intervencionismo de la SEC, que realicen, cada uno, 30 ICP-p por año. Debe haber un cardiólogo de guardia localizada 24 x 7 x 365.</p>	<p>Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares Ejemplo: Anexo 3 o Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Cardiología</p>
<p><b>UHI.E.6b.</b> Todos los profesionales de enfermería que entren dentro del programa de localización de su centro deben conocer y dominar todas y cada una de las técnicas para la correcta realización del procedimiento en el contexto de la guardia localizada/código infarto. Se recomienda para este propósito, al menos, 2 enfermero/as de la plantilla de hemodinámica, siendo al menos 1 de ellos considerado profesional de enfermería experto en hemodinámica (según los criterios detallados en el documento al respecto)</p>	<p>Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Cardiología</p>
<p><b>UHI.E.7.</b> El cardiólogo intervencionista y el resto del staff debe poder llegar al laboratorio de hemodinámica en un tiempo no superior a 30 minutos.</p>	<p>Documento del proceso o ruta asistencial, que contenga, como mínimo, los elementos de estructura, proceso y resultados establecidos en los estándares Ejemplo: Anexo 3 o Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Cardiología</p>
<p><b>UHI.E.8.</b> Las unidades que formen parte de la red de ICP-p, deben realizar &gt; 500 ICP por año, y &gt; 50 ICP-p por año.</p>	<p>Declaración responsable del Jefe de Servicio o Unidad de Cardiología</p>
<p><b>UHI.E.9.</b> La unidad receptora de ICP-p deben tener un Manual de Organización y Funcionamiento, que deben contener la guía de práctica clínica para el manejo del IAM avalada por la SEC, así como de procedimientos, adaptadas al entorno en el que se desempeña la unidad.</p>	<p>Manual de Organización y Funcionamiento. Ejemplo: Anexo 4</p>
<p><b>UHI.E.10.</b> El Manual debe incorporar información sobre horas de funcionamiento, disponibilidad y responsabilidad de los miembros de la unidad, procedimiento de consentimiento informado y planes para manejar la isquemia recurrente, el reinfarto y las complicaciones del ICP.</p>	<p>Manual de Organización y Funcionamiento. Ejemplo: Anexo 4</p>
<p><b>UHI.E.11.</b> La unidad receptora de ICP-p debe tener establecido un mecanismo de evaluación del desempeño, con indicadores de proceso (especialmente tiempos) y resultados, incluyendo complicaciones.</p>	<p>Cuadro de Mandos. Ejemplo: Anexo 5.</p>

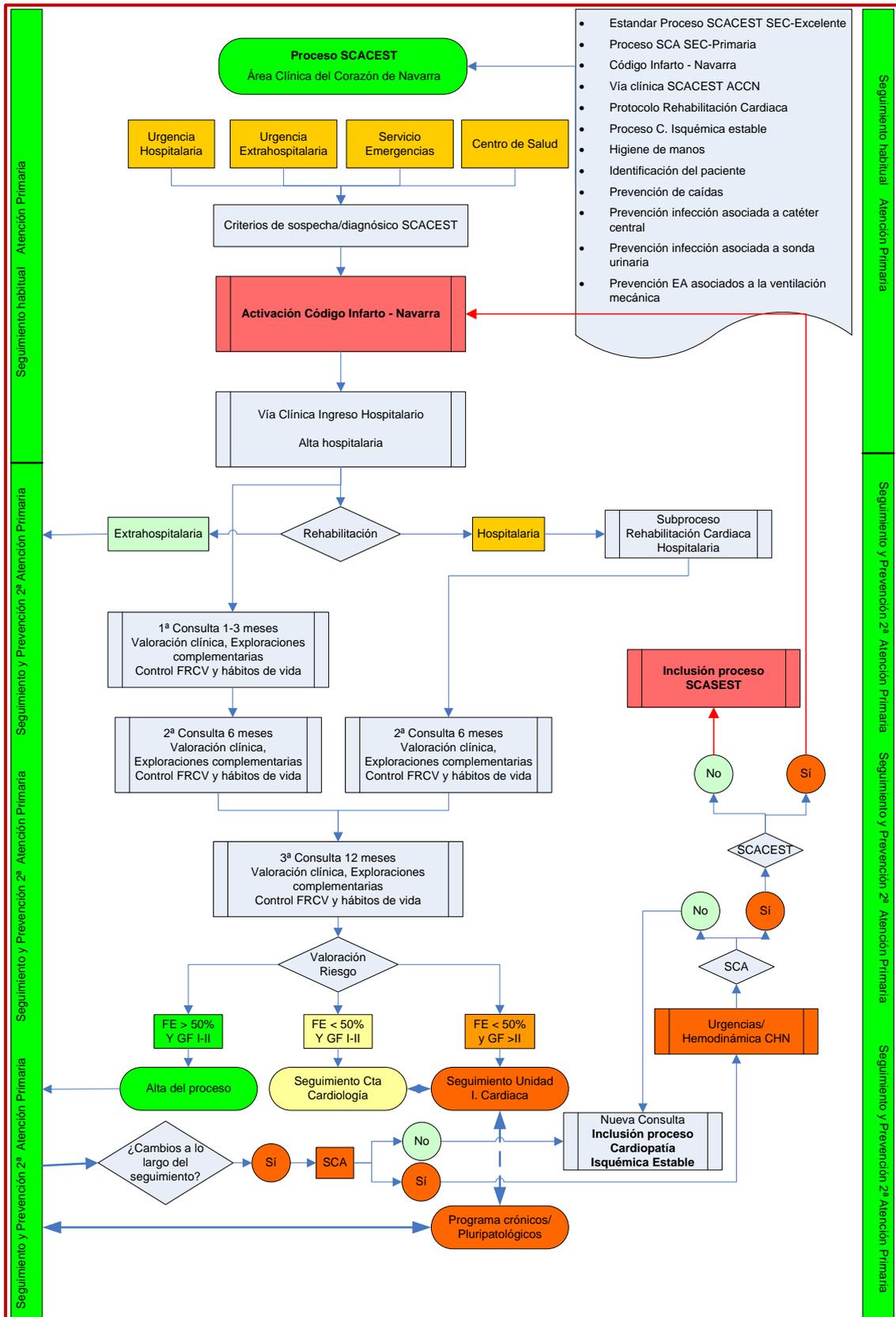
Estándares	Criterios / Documentación
<b>UHI.E.12.</b> La unidad receptora de ICP-p debe tener un proceso formalizado de mejora de la calidad y de seguridad del paciente, registrando los eventos adversos.	Ejemplo: Anexo 4.5.
<b>UHI.E.13.</b> La unidad receptora de ICP-p debe tener procesos formalizados de transición asistencial a unidades de hospitalización (niveles de cuidados 1 a 3) y, en su caso, al hospital de área del paciente.	Procedimiento formalizado para las transiciones asistenciales Ejemplos: Anexos 3 y 6
<b>UHI.E.14.</b> La unidad y el servicio de cardiología deben informar los registros de la SEC (Registro de Actividad de la Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Registro RECALCAR), estatales y del Servicio de Salud, y estar incorporados a un sistema de <i>benchmarking</i> de indicadores de procesos (especialmente tiempos) y resultados con el resto de unidades receptoras de ICP-p.	Declaración responsable del jefe de servicio o unidad
<b>Unidad de hospitalización</b>	
<b>UH.E.1.</b> Disponer de procesos formalizados de transición asistencial, incluyendo el traslado desde la unidad de hemodinámica e intervencionismo y el alta hospitalaria del paciente a atención primaria.	Procedimiento formalizado para las transiciones asistenciales Ejemplos: Anexos 3 y 6
<b>UH.E.2.</b> Prestar una atención sistemática, asignándole un médico responsable de su atención, e iniciando, a su ingreso, el proceso de planificación del alta.	Proceso / vía clínica hospitalización Ejemplo: Anexo 3
<b>UH.E.3.</b> Asignar una enfermera responsable de la atención al paciente, por turno	Proceso / vía clínica hospitalización Ejemplo: Anexo 3
<b>UH.E.4.</b> Desarrollar un sistema formalizado de intercambio de información entre los profesionales implicados en la atención de cada paciente durante los cambios de turno, así como de alta al paciente a otras unidades.	Proceso / vía clínica hospitalización Ejemplo: Anexo 3
<b>UH.E.5.</b> Tener criterios explícitos de admisión y alta de los pacientes.	Proceso / vía clínica hospitalización Ejemplo: Anexo 3
<b>UH.E.6.</b> Implantar sistemas de “seguimiento y activación”.	Proceso / vía clínica hospitalización Anexo 7
<b>UH.E.7.</b> Protocolizar la actividad médica y de enfermería de los procesos y procedimientos relacionados con el SCA. En el supuesto de unidades de nivel 3 no dependientes del servicio o unidad de cardiología del hospital, los protocolos de actuación deberán ser elaborados con el acuerdo entre ambos servicios.	Proceso / vía clínica hospitalización Ejemplo: Anexo 3

Estándares	Criterios / Documentación
<p>• <b>UH.E.8.</b> Las unidades con nivel de cuidados 2 y 3 deben:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>asegurar el cumplimiento sistemático de los siguientes estándares: Adoptar sistemas seguros de prescripción y administración de medicamentos. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar diariamente los objetivos para cada paciente.</li> <li>- Higiene de las manos.</li> <li>- Identificación del paciente.</li> <li>- Instrucciones previas. Órdenes de no resucitación.</li> <li>- Prevención de caídas.</li> <li>- Prevención de EA derivados de tratamientos anticoagulantes.</li> <li>- Prevención de la infección asociada a catéter central.</li> <li>- Prevención de la infección asociada a sonda urinaria.</li> <li>- Prevención de los EA asociados a la ventilación mecánica</li> </ul> </li> <li>Establecer un sistema formalizado de pase de visita conjunto entre médicos y enfermeras responsables de la atención al paciente, así como -en su caso- otros profesionales (dietista, farmacéutico, especialista consultor, trabajador social, fisioterapeuta, etc.).</li> <li>Disponer de técnicas de diagnóstico por la imagen cardiovascular para hacer una valoración morfo-funcional cardíaca.</li> <li>Disponer de los servicios de apoyo que garanticen la calidad y continuidad de la atención.</li> </ol> <p>Adicionalmente, las unidades de cuidados agudos cardiológicos con nivel de cuidados 2 y 3 deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener un responsable médico y de enfermería de la unidad.</li> <li>• Mantener un médico responsable de la unidad de presencia física las 24 horas del día.</li> <li>• Mantener una relación de 2 a 1 enfermeras por paciente con necesidad de cuidados nivel 3 y de 3 a 1 enfermeras por paciente con necesidad de cuidados nivel 2.</li> <li>• Dotación de equipamiento que cumpla los estándares de la guía de la SEC.</li> <li>• &gt; 2 camas por cada 100.000 habitantes en el ámbito de influencia del programa de ICP-p, para unidades receptoras y no &lt; de 6 camas.</li> </ul>	<p>Proceso / vía clínica hospitalización Ejemplo: Anexo 3 (para el apígrafe 1)</p> <p>Declaración del responsable de la unidad / servicio de cardiología para los epígrafes 2, 3 o 4, o Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Cuidados Críticos (recomendable) adaptando el ejemplo del Anexo 4 (organización, cartera de servicios, funcionamiento, personal asignado, etc.) a las características de la unidad</p>
<p><b>UH.E.9.</b> Todo paciente debe de ser incluido en la fase hospitalaria dentro de un programa multidisciplinar de rehabilitación cardíaca y plan de continuidad asistencial tras el alta.</p>	<p>Informe de Alta preconfigurado de SEC-AP para el SCA. Ejemplo: Anexo 8</p>
<p><b>UH.E.10.</b> Informe de alta que cumple los requisitos mínimos de la Orden de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta y correcta codificación del CMBD &gt; 95%.</p>	<p>Informe de Alta preconfigurado de SEC-AP para el SCA. Ejemplo: Anexo</p>
<p><b>Sistema de información</b></p>	
<p><b>SCACEST.SI.1.</b> La unidad y el servicio de cardiología deben informar los registros de la SEC (Registro RECALCAR), estatales y del Servicio de Salud, y estar incorporados a un sistema de <i>benchmarking</i> de indicadores de procedimientos y resultados con el resto de las unidades.</p>	<p>Declaración del responsable de la unidad / servicio de cardiología</p>
<p><b>SCACEST.SI.2.</b> La unidad participará en el registro de SCACEST.</p>	<p>Declaración del responsable de la unidad / servicio de cardiología</p>

### Anexo 1. Programa de formación continuada

Actividad docente (Título)	Profesionales a los que está dirigida	Nº Alumnos	Fecha prevista	Docente

**Anexo 2. Diagrama proceso SCACEST ACCN<sup>(1)</sup>**



<sup>(1)</sup> Con permiso del Área Clínica del Corazón de Navarra

### **Anexo 3. Vía Clínica Proceso SCACEST Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) <sup>(2)</sup>**

**Periodo de atención de la Vía Clínica:** Desde el ingreso en el S. Cardiología CHN, al alta hospitalaria.

#### **Día 1: Procedimientos previos al ingreso en cardiología del CHN:**

Aunque el proceso de atención al SCACEST establece el ingreso directo del paciente en la sala de hemodinámica, en ocasiones la falta inmediata de disponibilidad de la sala obliga al ingreso inicial en la Unidad Coronaria.

El documento “Código infarto” establece la atención previa al ingreso en el centro de referencia (CHN):

- Los criterios de sospecha y diagnóstico
- Los mecanismos de activación del mismo
- La transmisión del ECG al CHN
- La evaluación del riesgo isquémico y hemorrágico
- La elección del método de reperfusión
- Los trámites para el ingreso directo en cardiología o la derivación a otro centro concertado
- El mecanismo de aviso al equipo de hemodinámica de guardia

#### **Día 1 (día de ingreso): Ingreso en el Servicio de Cardiología del CHN**

##### ***Ingreso directo en sala de Hemodinámica para reperfusión:***

1. La DUE confirmará la identificación del paciente y dispondrá los dispositivos necesarios para el estudio hemodinámico, incluyendo la monitorización ECG continua, y en los casos necesarios la SatO<sub>2</sub>.
2. El cardiólogo de guardia realizará la recepción del paciente realizando una evaluación médica inicial, orientada a la persistencia de la clínica de angina, datos de estabilidad hemodinámica, valoración del ECG, antecedentes clínicos y medicación activa, medición de las escalas de riesgo isquémico y hemorrágico y el tratamiento administrado previo al ingreso (especial hincapié en el tratamiento antitrombótico administrado).
3. Seguidamente informará al paciente de la sospecha diagnóstica y el procedimiento de revascularización propuesto, solicitando su consentimiento de manera verbal.
4. A la llegada del equipo de guardia de hemodinámica, se confirmará la indicación de intervencionismo primario o de rescate en su caso, y la vía de acceso más adecuada.
5. Durante el procedimiento el cardiólogo de guardia permanecerá en el control de hemodinámica (si la atención al resto de pacientes lo permite) como apoyo al equipo de hemodinámica.
6. El cardiólogo informará a la familia (si está presente), acerca de la situación clínica y el procedimiento.
7. Una vez finalizado el procedimiento, el paciente será trasladado con acompañamiento médico, monitorización continua y desfibrilador anexo a la Unidad Coronaria, o en su caso a Medicina Intensiva en los casos de indicación de hipotermia.
8. En este último caso, el cardiólogo de guardia contactará previamente con el Médico Intensivista de guardia para la valoración conjunta e indicación de hipotermia.

##### ***Ingreso en la Unidad de agudos cardiológicos. Unidad Coronaria (UCC)***

1. El equipo sanitario (DUE y Auxiliar de clínica), procederán a identificar al paciente y a su presentación como personal responsable, y a la recepción de las pertenencias personales

---

<sup>(2)</sup> Con permiso del Área Clínica del Corazón de Navarra

2. Tras la monitorización, la DUE realizará la valoración de enfermería inicial, incluyendo el registro de las constantes vitales (FC, FR, TA, Tª, SatO<sub>2</sub>, nivel de conciencia y la realización del ECG de ingreso (incluye precordiales derechas y posteriores en los casos de infarto inferior).
3. El cardiólogo realizará la valoración médica inicial (tanto en casos de ingreso directo como tras la revascularización)
4. En los casos de ingreso directo en la UCC realizará los pasos 2 a 8 del apartado previo (ingreso directo en sala de hemodinámica)
5. Tras el procedimiento de revascularización la DUE revisará los accesos del intervencionismo, orientada a la efectividad del dispositivo de compresión, grado de perfusión distal y posibles complicaciones.
6. La DUE realizará el ECG tras el procedimiento, identificando el mismo como tal.
7. El médico realizará una estimación del riesgo de arritmias de cara a la necesidad de una monitorización prolongada, los planes de monitorización, movilización, constantes, pruebas complementarias (analítica, ECG, Rx, Ecocardiograma, u otros, cumplimentando los consentimientos informados en los casos necesarios, y el tratamiento (cumplimentación de fármacos en Lamia), verificando la conciliación con tratamientos previos y la vigilancia especial en los casos precisos (control de función renal 3 días tras el intervencionismo en pacientes en tratamiento con Metformina y/o inhibidores de SGLT2).
8. El personal de enfermería cumplimentará las pautas de nutrición, incluyendo información sobre alergias e intolerancias.
9. El personal de enfermería pondrá en marcha todas las medidas de prevención necesarias de acuerdo a:
  - Prevención de caídas y lesiones (DUE)
  - Plan flebitis cero. (DUE)
  - Plan prevención infección. (DUE)
  - Lavado de manos
  - Catéter central
  - Sonda urinaria
  - Ventilación mecánica
  - Plan de prevención de complicaciones en pacientes anticoagulados (DUE)
10. Una vez cumplimentados los pasos de recepción y estabilización, el médico informará de nuevo al paciente sobre el plan de atención y a los familiares de la situación clínica, los procedimientos realizados y el plan de atención, incluyendo la estimación de días de ingreso y salida a planta de hospitalización.
11. El personal de enfermería explicará al paciente el funcionamiento de la UCC, familiares autorizados a recibir información acerca de su proceso.
12. Tras la explicación al paciente el personal de enfermería realizará la recepción a la familia, incluyendo la explicación del funcionamiento de la unidad, el régimen de visitas, la entrega del folleto informativo y registro del teléfono de contacto.
13. A lo largo de la atención, el personal sanitario iniciará la educación del paciente respecto a las medidas de prevención secundaria, promoción de hábitos de vida saludable, insistir en la importancia del control de FRCV y adherencia al tratamiento.

#### **Día 2º (24 h del ingreso): Estancia Unidad Coronaria**

1. Se realizará por enfermería y el médico responsable, la valoración clínica del paciente, incluyendo anamnesis, exploración física, constantes registradas y los resultados de las pruebas complementarias realizadas.
2. Se revisarán por parte del equipo médico y enfermería los planes de cuidados y tratamiento establecidos al ingreso.
3. Se realizará la movilización precoz del paciente, levantándole al sillón mañana y tarde
4. El médico responsable realizará una estimación de la fecha de salida a planta, verificando el cumplimiento de los criterios de alta a hospitalización con nivel de cuidados 0-1, de acuerdo al riesgo arritmico

5. El médico evaluará los criterios de alta precoz a las 72 h de acuerdo los criterios PAMI-II, transmitiendo la información a enfermería, paciente, y familia.
6. En caso de salida a planta se solicitará la cama correspondiente.
7. En los casos en que se precise en planta la monitorización continua mediante telemetría (nivel 1), se verificará la disponibilidad de la misma antes de la salida a planta.
8. En los casos de traslado inter-hospitalario, se solicitará el mismo a través de la Jefa de Unidad de enfermería.
9. En los casos en que se estime necesario, se ofrecerá información acerca de la posibilidad de apoyo familiar a domicilio o se solicitará interconsulta a la Asistente Social.
10. En los casos en que la estancia en la UCC se prolongue por más días, se procederá de forma similar

### **Día 2º (24 h del ingreso): Ingreso Planta hospitalización**

Independientemente de que el ingreso se realice al segundo día o con posterioridad

1. Se realizará por enfermería la recepción del paciente, incluyendo la identificación, presentación de la DUE y Auxiliar responsables, recepción de pertenencias personales.
2. Se garantizará la continuidad asistencial respecto al nivel de cuidados, plan de movilización, dieta adecuada, constantes, pruebas complementarias pendientes, tratamiento farmacológico, circunstancias sociales y familiares.
3. Se realizará una primera valoración clínica por enfermería, incluyendo la valoración del estado anímico de cara a la evaluación de signos de ansiedad y/o depresión
4. Enfermería mantendrá todas las medidas de prevención indicadas previamente
5. Se continuará con el resto de las actividades previas respecto a educación del paciente, información a familiares, etc.
6. El médico reevaluará los criterios de alta precoz a las 72 h de acuerdo los criterios PAMI-II, transmitiendo la información a enfermería, paciente, y familia.
7. En todos los casos pondrá en marcha los pasos de cara al informe de alta, transporte si es necesario, solicitud de pruebas complementarias, inclusión en programa de rehabilitación y plan de seguimiento en consultas externas, tramitando en la Secretaría de cardiología la primera cita de revisión.

### **Día 3º (48 h del ingreso): Planta hospitalización**

1. Se mantendrán las medidas puestas en marcha al ingreso.
2. Enfermería realizará la valoración clínica diaria incluyendo el registro de TA, FC, Tª, control diario de diuresis, vía de acceso y tolerancia a la movilización.
3. El médico responsable realizará el pase de visita diario, con ajuste del tratamiento, plan de pruebas complementarias, control de resultados y plan de monitorización y control de constantes.
4. El médico verificará la valoración de la función ventricular, solicitando el estudio ecocardiográfico en su ausencia.
5. El médico solicitará a través de “prestación en HCl” al servicio de Cardiología la inclusión del paciente en el plan de rehabilitación cardiaca.
6. El médico reevaluará la posibilidad de alta precoz al 4º día (72 h del ingreso) de acuerdo con los criterios preestablecidos.
7. En caso de cumplir los criterios de alta precoz, verificará la correcta tramitación de todas las pruebas y consultas pendientes, verificará la conciliación del tratamiento farmacológico propuesto, y elaborará el informe de pre-alta del paciente.
8. Dicho informe deberá cumplir los requisitos establecidos en el “informe de alta preconfigurado de DECÁP para el SCA e incluirá:
  - a. Diagnóstico principal, de acuerdo a la codificación CIE-10 para el infarto agudo de miocardio (I21.)

- b. Procedimientos realizados y hallazgos principales
  - c. Recomendaciones de estilo de vida
  - d. Recomendaciones de control de factores de riesgo, con objetivos de control.
  - e. Recomendaciones con respecto al tratamiento farmacológico, con especial hincapié en la pauta de tratamiento antitrombótico
  - f. Recomendaciones sobre lo hacer en caso de dolor torácico, incluyendo criterios para acudir a urgencias
  - g. Fecha de consulta de rehabilitación cardiaca
  - h. Fecha o periodo aproximado de revisión en consultas externas
  - i. Fuentes de información para el paciente y cuidador
9. La secretaria de cardiología, tramitará y comunicará al médico responsable (en caso de disponer de la información), las fechas de citación para la consulta de rehabilitación o consulta convencional de cardiología ambulatoria, las cuales serán incluidas en el informe de alta.

#### **Día 4º (72 h del ingreso): Planta hospitalización y alta precoz**

1. Se mantendrán las medidas puestas en marcha al ingreso.
2. Enfermería realizará la valoración clínica diaria incluyendo el registro de TA, FC, Tª, control diario de diuresis, vía de acceso y tolerancia a la movilización.
3. El médico responsable realizará el pase de visita diario, con ajuste del tratamiento, plan de pruebas complementarias, control de resultados y plan de monitorización y control de constantes.
4. El médico verificará la valoración de la función ventricular.
5. El médico verificará que se mantiene en su caso el criterio de alta precoz al 4º día (72 h del ingreso) según los criterios preestablecidos.
6. En caso de alta verificará la correcta tramitación de todas las pruebas y consultas pendientes, verificará la conciliación del tratamiento farmacológico propuesto, completará y entregará el informe de alta al paciente y enviará el mismo al Centro de Salud.
7. Dicho informe deberá cumplir los requisitos establecidos en el “informe de alta preconfigurado de DECÁP para el SCA, como se ha mencionado previamente.
8. El médico responsable verificará las fechas de citación para la consulta de rehabilitación o consulta convencional de cardiología ambulatoria, las cuales serán incluidas en el informe de alta.
9. El médico responsable verificará la correcta cumplimentación del registro del código infarto y del proceso de atención al SCACEST.

#### **Día 5º- nº: Planta hospitalización y alta**

En los casos en los que el paciente no cumpla criterios de alta precoz, las actividades a realizar serán las mismas que las indicadas en el día 4º.

## Anexo 4. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista (UHCI) del Hospital Universitario Donostia<sup>(3)</sup>

### Anexo 4.1. DEFINICIÓN OPERATIVA DE LA UNIDAD

La Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista (UHCI) del Hospital Universitario Donostia se constituye a mediados de Noviembre del 2010.

La **UHCI** es un conjunto de recursos humanos, estructurales y equipamiento delimitados, integrados en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Donostia, destinado al diagnóstico y tratamiento percutáneo de pacientes con diferentes procesos cardiológicos (cardiopatía isquémica aguda, cardiopatía isquémica crónica, cardiopatía valvular, cardiopatía estructural,...).

Desde sus comienzos la UHCI del Hospital Universitario Donostia es la unidad de referencia directa para los pacientes con SCACEST de toda la provincia de Guipúzcoa (a excepción de la OSI Debagaraia), para todo paciente ingresado en el Hospital Universitario Donostia y, desde noviembre del 2017, también para los pacientes ambulatorios de la OSI Donostialdea (a excepción de los CS de Larzabal y Zarautz).

Desde el punto de vista estructural la UHCI está dotada de una **sala de hemodinámica** con su control de enfermería propio, otra sala compartida 6 tardes al mes, una cama de Hospitalización Convencional en la 1ª 4ª, y de 1 a 4 camas en el Hospital de Día en la 1ª 2ª.

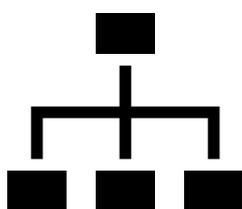
La sala de hemodinámica se encuentra ubicada en el bloque de quirófanos programados de la planta baja del Hospital Universitario Donostia y dispone de acceso directo tanto desde la unidad de cuidados intensivos (CMI) como desde el 5º de Urgencias. Por otra parte, la UCHI también se encarga de la valoración de pacientes con cardiopatía estructural en una consulta externa semanal situada en la planta baja del Hospital en el bloque de pruebas especiales de Cardiología.

La dotación de recursos humanos exclusivos de la UHCI es de 5 Médicos, 9 Enfermeras y 1 Celador (en turno de mañana); son recursos compartidos: administrativas de cardiología, enfermería de las plantas de hospitalización, celador del turno de tardes. Todo ello permite que la UHCI trabaje en horario de atención continuada desde las 8.00 hasta las 20.00 de lunes a viernes, además de poder atender posibles urgencias las 24 horas del día, los 365 días del año

La estructura orgánica de la Unidad, queda reflejada en el organigrama del servicio.

La UHCI en su integración en el servicio de Cardiología y Hospital Universitario Donostia tiene una estructura jerárquica que queda reflejada a continuación.

**Figura (no corresponde a la fuente)**



Las funciones y responsabilidades del equipo que conforma la UHCI quedan reflejadas a continuación:

- **Jefe de Servicio de Cardiología:**

<sup>(3)</sup> Adaptado con permiso del Servicio de Cardiología del Hospital de Donostia

El Jefe de Servicio es responsable de la dirección, organización y planificación de las actividades del servicio. Las funciones principales que debe realizar son **(se especifican las funciones)**:

- **Jefe de sección de UHCI (se especifican las funciones):**
- **F.E.A de la Unidad de UHCI (se especifican las funciones):**
- **Supervisora de UHCI y radiología intervencionista (se especifican las funciones):**
- **DUE de la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista (se especifican las funciones):**
- **DUE de la Unidad de Hospitalización (se especifican las funciones):**
- **Celador (se especifican las funciones):**
- **Administrativa de cardiología (se especifican las funciones):**

#### **Anexo 4.1.1. Organización Funcional de la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista**

La forma en la que se organizan las personas y los recursos disponibles de la UHCI queda reflejada en el Plan funcional de la Unidad; asegurando siempre una atención ininterrumpida las 24 horas del día, 7 días a la semana, los 365 días al año. Esta atención queda garantizada con un equipo de guardia localizado formado por un F.E.A cardiólogo intervencionista y 2 D.U.E del staff de hemodinámica.

#### **Anexo 4.1.2. Catálogo de servicios**

- Valoración telefónica urgente de pacientes atendidos en Urgencias del hospital universitario Donostia y en otros Hospitales Comarcales (Solicitud de Urgencias).
- Valoración telefónica urgente de pacientes trasladados por el servicio de Emergencias.
- Valoración en CMI de todos los pacientes que requieran una asistencia especializada urgente durante las 24h. (Solicitud de Urgencias)
- Valoración diagnóstica y terapéutica urgente en la UHCI las 24 h (Solicitud Urgencias, otros Servicios).
- Valoración diagnóstica y terapéutica ordinaria en la UHCI de pacientes hospitalizados.
- Valoración semanal de solicitudes realizadas a la UHCI de pacientes programados y programación de dichos pacientes según criterios clínicos.
- Valoración diagnóstica y terapéutica ordinaria en la UHCI de pacientes programados.
- Ingreso y alta de pacientes programados.
- Indicación, valoración previa, derivación, control y seguimiento de Procedimientos de Tratamiento percutáneo en pacientes con cardiopatía estructural
- Técnicas diagnósticas y terapéuticas específicas de
- Valoración diagnóstica y terapéutica en Sesión médico-quirúrgica de casos complejos de pacientes atendidos en cualquier centro sanitario de Gipuzkoa
- Procedimientos específicos:
  - Diagnósticos
    - a) Coronariografía
    - b) Estudio de vasoespasmo (coronariografía + administración de metergin)
    - c) Cateterismo izquierdo-derecho.
    - d) IVUS (ecografía intravascular)
    - e) OCT (tomografía óptica computerizada intravascular)
    - f) Gradiente intracoronario (FFR, iFR)
    - g) Estudio de hipertensión pulmonar (infusión de prostaglandinas)
    - h) Biopsia endomiocárdica.
  - Terapéuticos
    - a) Procedimientos coronarios

- b) Angioplastia coronaria percutánea con/sin implantación de stent
- c) Desoclusión crónica anterógrada/retrógrada/híbrida (angioplastia de oclusión crónica total).
- d) Aterectomía rotacional
- Procedimientos estructurales
  - a) Ablación septal con alcohol
  - b) Cierre percutáneo de Comunicación InterAuricular (CIA)
  - c) Cierre percutáneo de Foramen Oval Permeable (FOP)
  - d) Valvuloplastia aórtica (en pacientes con estenosis aórtica severa en situación muy crítica).
  - e) Valvuloplastia mitral.
  - f) Valvuloplastia tricuspídea.
  - g) Valvuloplastia pulmonar.
- Otros
  - a) Tromboembolotomía percutánea (TEP masivo).
  - b) Implantación de Balón de contrapulsación intraaórtico.
  - c) Implantación de marcapasos temporal (en el contexto de IAM)
  - d) Extracción de catéteres
  - e) Denervación renal (junto con radiología intervencionista).

#### **Anexo 4.1.3. Cartera de usuarios**

- Todos los pacientes con SCACEST de Gipuzkoa (salvo OSI Alto-Deba).
- Todos los pacientes con SCASEST de Gipuzkoa (salvo OSI Alto-Deba).
- Todo paciente con SCACEST o SCASEST de las 5 villas de Navarra.
- Todo paciente ingresado en el Hospital Universitario Donostia
- Todo paciente atendido en CCEE del Hospital Universitario Donostia y área Donostialdea.
- Cardiólogos del servicio
- Cardiólogos de Hospitales Comarcales
- Otros especialistas del Hospital Universitario Donostia
- Especialistas de otros Hospitales o consultas ambulatorias
- Urgencias
- Emergencias

#### **Anexo 4.1.4. Grupos de interés**

Además de los usuarios de nuestra Unidad identificamos como grupos de interés relacionados con nuestra actividad:

- Departamento de Salud del Gobierno Vasco
- Osakidetza (Servicio Vasco de Salud)
- Dirección Territorial de Gipuzkoa
- Dirección del Centro (Organización Sanitaria Integrada Donostialdea)
- Otras OSI de Gipuzkoa
- Servicios que intervienen en el proceso: Medicina Intensiva, Urgencias, Emergencias, Cardiología, Neurología, Neumología, Medicina Interna, Unidad de Gestión Sanitaria, Cirugía Cardíaca.

#### **Anexo 4.2.-PERSONAL ASIGNADO A LA UHCI**

Relación nominal, por categoría profesional, del personal asignado a la unidad (incluye personal a tiempo parcial, especificando en este caso su equivalente a tiempo completo).

#### **Anexo 4.3. ACTIVIDAD**

Datos más relevantes de la actividad (nº de procedimientos) para cada modalidad. Evolución en los últimos 5-10 años.

#### **Anexo 4.4. PROCESOS/ PROTOCOLOS / VIAS CLÍNICAS/ PROCEDIMIENTOS**

Los protocolos, vías clínicas y procedimientos se desarrollan para cada uno de los procesos clínicos. Para ello se ha nombrado al responsable de cada proceso que liderará la definición de protocolos, vías (si procede) rutas o circuitos óptimos, procedimientos y los indicadores de evaluación. Todo ello lo realizará con el equipo de proceso que se constituya en el que participarán todos los profesionales que intervienen en el proceso (multidisciplinar e interdisciplinar).

El responsable de proceso mantendrá actualizados los documentos y los pactos con otros servicios que sean necesarios para la adecuada puesta en marcha de las actividades especificadas en los documentos. No se establecen plazos específicos de revisión para cada proceso, excepto el compromiso de mantenerlos actualizados y de hacer mínimo una revisión anual.

##### **Andxo 4.4.1. INDICADORES DE ACTIVIDAD Y CALIDAD**

La definición de indicadores por proceso, se realizará de la misma forma en la que se realizan los protocolos, rutas y procedimientos. Liderado por el responsable del proceso y con el equipo de proceso. Los indicadores definidos para cada proceso se recogen en la ficha de cada proceso. Los indicadores de todos los procesos tienen definido el responsable de obtención, la frecuencia y el algoritmo de cálculo. Los indicadores definidos para cada proceso se recogen en la ficha de cada uno de los procesos:

- PROCESO SCACEST
- PROCESO SCASEST
- PROCESO DOLOR TORÁCICO
- PROCESO TEP
- PROCESO FOP
- PROCESO TAVI
- PROCESO MITRACLIP
- PROCESO CIA/CIV
- PROCESO COARTACIÓN AORTA
- PROCESO MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA

#### **Anexo 4.5. SISTEMA DE MEJORA CONTINUA**

La gestión de la mejora se realiza por los equipos que revisan los procesos clínicos (nivel servicio/hospital o provincia, según corresponda), foros en los que se analizan los indicadores, las incidencias y se plantean las áreas de mejora. Además, los procesos estructurales son revisados funcionalmente por el equipo de revisión a nivel servicio, foro en el que se analizan los indicadores, las incidencias y se plantean áreas de mejora.

**Cada una de las reuniones de revisión, se recogen ACTAS con los aspectos tratados, la identificación de problemas y las áreas de mejora que se establecen.**

La recogida de información de los diferentes ámbitos que se consideran en el Sistema de Mejora Continua se realiza de la siguiente forma:

- Tratamiento de errores y otras incidencias

Para la recogida de información de errores y otras incidencias se utiliza el sistema establecido en el SGC del hospital (SNASP). En este sistema se deben recoger todas las incidencias que incidan en la seguridad de las actuaciones sobre el paciente. Este registro se explota de forma trimestral (a través de la Unidad de Calidad del Hospital)

- Tratamiento de quejas y reclamaciones de pacientes

Las reclamaciones de pacientes, así como las quejas son recogidas por el Servicio de Atención al Paciente (SAPU) que son los responsables de dar la respuesta oportuna a las mismas con la colaboración que estimen necesaria del servicio.

Estas quejas y reclamaciones se remiten mensualmente al jefe de sección de la UHCI quien prepara la respuesta a las mismas y de forma consensuada con el equipo se establecen posibles mejoras.

- Tratamiento de complicaciones

Las complicaciones de los procesos se registran al igual que la mayoría de indicadores en la BASE DE DATOS MICROMED y se evalúan con el resto de indicadores en las revisiones que realizan los equipos de los diferentes niveles. Además de forma anual se comprueban dichos datos comparándolos con la base de datos en el SGC del hospital.

- Tratamiento de mortalidad y reingresos

Para ello se revisa la base de datos de altas en el SGC del Hospital con ayuda de Nieves San Juan Zabaleta (Jefe de Servicio de la Unidad de Información y Control de Gestión).

#### **Anexo 4.6. REVISIÓN DE EQUIPOS E INSTALACIONES**

Se realiza según el “Procedimiento General para la Prestación y Control de Calidad del Mantenimiento de equipos e infraestructuras PG06\_06\_02” del SGC del Hospital. La responsable de su gestión y seguimiento es la Supervisora de Enfermería. La gestión de equipos e instalaciones comprende básicamente en:

- Mantenimiento actualizado del inventario de equipos de la Unidad
- Seguimiento del mantenimiento preventivo que realiza el servicio de mantenimiento del hospital
- Seguimiento del mantenimiento de los equipos por los servicios de mantenimiento de las empresas.

#### **Anexo 4.7. GESTIÓN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

La gestión de Prevención de Riesgos Laborales se realiza siguiendo el Plan de Prevención de Riesgos Laborales de Osakidetza, aplicado al Hospital. El responsable de su gestión (planificación, despliegue y evaluación) es el servicio de Salud Laboral del Hospital .

#### **Anexo 4.8. REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTION**

La revisión del Sistema de gestión se realiza según el procedimiento general (PG-05-01) que comprende básicamente:

- **A. Evaluación de la implantación y mejora de la eficacia del sistema de gestión de calidad y procesos:**
  - Retroalimentación del paciente y familiares. Reclamaciones y sugerencias
  - Procesos:
    - a) Desarrollo de indicadores
    - b) Evolución de Indicadores
    - c) No conformidades
  - Acciones Correctivas y de Mejora
  - Plan de Formación
  - Grado de consecución de los objetivos anuales.

- **B. Valoración de la Implantación del Sistema y Planes de futuro resultantes.**

La revisión del sistema se realiza en primera instancia por el equipo de revisión (nivel servicio) como ejercicio de autoevaluación que posteriormente se presenta y analiza con la dirección del centro.

#### Anexo 4.9. PROCESO SCACEST

Describe cómo se gestiona el proceso SCACEST en el hospital, incluyendo la **gestión de las transiciones asistenciales**: Sala de Hemodinámica ⇨ Unidad Cuidados Críticos (niveles de cuidados 2 o 3: Unidad Coronario, Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, Unidad de Medicina Intensiva) ⇨ Unidad de Hospitalización Convencional (niveles de cuidados 0 o 1) ⇨ Domicilio del paciente. Véase **Anexo 3**.

**Implantar sistemas de seguimiento y activación<sup>(4)</sup> y vías clínicas de atención sistemática al paciente crítica y agudamente enfermo<sup>(5)</sup>.**

---

<sup>(4)</sup> Recognising and responding appropriately to early signs of deterioration in hospitalised patients. London:NHS. National Patient Safety Agency. November, 2007.

<sup>(5)</sup> Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007.

## Anexo 5. Cuadro de Mandos. Resultados<sup>(6)</sup>

### Ámbito: Unidad de referencia de ICPP

- Nº de PCI en contexto de IAM **XXX**; primarias: **XXX**; PCI de rescate: **XXX**; PCI postfibrinólisis exitosa **XXX**.
- UHI.R.1 Tasa de mortalidad estandarizada por riesgo tras la angioplastia primaria en el SCACEST<sup>(7)</sup>.
- UHI.R.2. Tasa de mortalidad tras angioplastia no relacionada con episodio de IAM: **XXX**
- UHI.R.3. Tasa combinada de complicaciones mayores: **XXX**
- UHI.R.4. Tasa de complicaciones vasculares: **XXX**
- UHI.R.5. % de sangrados relacionados con el procedimiento: **XXX**
- UHI.R.6. % de procedimientos realizados por acceso radial: **XXX**
- UHI.R.7. Tiempo de procedimiento total: **XXX**
- UHI.R.8. Dosis total de radiación: **XXX**
- UHI.R.9. Cantidad total de contraste: **XXX**
- UHI.R.10. % procedimiento con éxito: **XXX**
- UHI.R.11. % de uso de ACTP con balón sólo: **XXX**
- UHI.R.12. % de uso de stent convencional: **XXX**
- UHI.R.13. % de utilización e implante de stents farmacoactivos: **XXX**
- UHI.R.14. % de uso de otras plataformas: **XXX**
- UHI.R.15. % de ACTP a no ARI en el procedimiento de ACTP primaria: **XXX**

### Ámbito: Hospitalización

- UH. P. 1 y 2. Estancia media para el paciente con IAM
- UH.P. 3. % de pacientes con SCACEST con estratificación inicial del riesgo isquémico y hemorrágico: **XXX**
- UH.P.4. % de pacientes con SCACEST y coronariografía en el ingreso: **XXX**
- UH.P.5. % de pacientes con SCASEST con coronariografía en <24 horas: **XXX**
- UH.P.6. % de pacientes con revascularización en el ingreso: **XXX**
- UH.P.7. % de pacientes dados de alta con
  - DAPT: **XXX**, AAS **XXX**, Ticagrelor **XXX**, Prasugrel **XXX** %, Clopidogrel **XXX**
  - Estatinas: **XXX**
  - IECA/ARAII: **XXX**
  - Betabloqueantes: **XXX**
- UH.P.8. % de realización de un ecocardiograma y otra técnica de diagnóstico por la imagen: **XXX**
- UH.P.9. % de pacientes con IAM con complicaciones mecánicas: **XXX**

<sup>(6)</sup> Adaptado con permiso del Servicio de Cardiología del Hospital de Donostia

<sup>(7)</sup> Calculada por RECALCAR

## Anexo 6. Ingreso en la unidad de hospitalización convencional de paciente procedente de un nivel de cuidados más intensivos

El traslado al paciente a la unidad de hospitalización convencional (UH) (niveles de cuidados 0 y 1) desde una unidad de cuidados más intensivos (niveles 2<sup>(8)</sup> ó 3<sup>(9)</sup>), debe realizarse durante el día lo antes posible una vez indicado. Debe evitarse transferir al paciente entre las 22:00 y 07:00 horas, siempre que sea posible. En caso de realizarse durante ese intervalo horario debe documentarse como un incidente adverso. La unidad de cuidados intensivos o intermedios<sup>(10)</sup> que traslada al paciente y el equipo que lo recibe en la UH comparten la responsabilidad de la asistencia mientras se produce el traslado. Ambos equipos deben asegurar conjuntamente la continuidad de la asistencia, formalizando un sistema estructurado de traspaso desde la unidad de cuidados más intensivos a la UH, incluyendo al personal médico y de enfermería, sustentado en **un plan de cuidados escrito**, que debe incluir (Informe de Alta de la Unidad de Cuidados Críticos):

- Resumen de la estancia en la unidad de cuidados críticos, incluyendo diagnósticos y tratamiento.
- Plan de control y exámenes.
- El tratamiento de seguimiento, incluyendo medicamentos y terapias, dieta, presencia de infección y cualquier limitación al tratamiento.
- Necesidades físicas y de rehabilitación, psicológicas y emocionales, de comunicación o lenguaje.

Se debe asegurar que la unidad de hospitalización convencional, con apoyo del *servicio ampliado de cuidados críticos* (si está implantado), puede prestar el plan acordado. Cuando se transfiera a un paciente desde una unidad de cuidados más intensivos a la unidad de hospitalización convencional, se le debe informar sobre su situación y animarle a participar activamente en las decisiones relacionadas con su recuperación. La información debe adaptarse a las circunstancias particulares. Si el paciente está de acuerdo, debe involucrarse a la familia y/o cuidador/es. El personal de salud que trabaja en la unidad de hospitalización convencional debe haber recibido formación y entrenamiento para reconocer y entender las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de los pacientes transferidos desde áreas de cuidados más intensivos.

---

<sup>(8)</sup> Ejemplo: Unidad Coronaria.

<sup>(9)</sup> Ejemplos: Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos; Unidad de Medicina Intensiva.

<sup>(10)</sup> La denominación de unidad de cuidados intermedios en España se refiere a unidad de cuidados más intensivos (Castillo F, López JM, Marco R, González JA, Puppo AM, Murillo F y Grupo de Planificación, Organización y Gestión de la SEMICYUC. Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios. Med. Intensiva 2007) y se corresponde con las "high dependency units" (Critical to Success. The place of efficient and effective critical care services within the acute hospital. *Audit Commission*. 1999.), no debe confundirse con la "intermediate care unit" que en UK se refiere a unidad de convalecencia / media estancia.

## Anexo 7. Sistema track & trigger (seguimiento y activación)

Para el control de los pacientes en la unidad hospitalización convencional del hospital general de agudos de debe sistematizar su seguimiento mediante la utilización de un sistema de seguimiento de constantes fisiológicas y activación:

- Las constantes deben ser controladas como mínimo cada 12 horas (salvo que el médico y/o enfermera responsable decidan disminuir esta frecuencia).
- Se debe aumentar la frecuencia de los controles si se detectan datos anormales, de conformidad con una estrategia de respuesta graduada.
- El sistema de seguimiento y activación debe utilizar parámetros múltiples o puntuación agregada ponderada, que posibilitan una respuesta graduada. Estos sistemas deben definir los parámetros a medir y la frecuencia de las observaciones e incluir una declaración expresa de los parámetros, puntos de corte o puntuaciones que deben provocar una respuesta.
- El sistema (multiparámetros o puntuación agregada ponderada) debe medir: frecuencia cardiaca; frecuencia respiratoria; presión arterial; nivel de consciencia; saturación de oxígeno; temperatura.

Circunstancias concretas pueden obligar a la vigilancia de otros parámetros como la diuresis horaria; analítica, como lactato, glucemia y pH arterial; y evaluación del dolor. Un ejemplo de sistema de seguimiento es el siguiente:

**Anexo 7. Tabla 1. Sistema Modificado de Alerta Temprana (Modified Early Warning Scoring System)<sup>(11)</sup>**

Puntuación	3	2	1	0	1	2	3
Temperatura		< 35	35,1-36	36,1-37,4	37,5-38,4	> 38,5	
Frecuencia cardiaca		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	> 130
Tensión arterial (sistólica)	< 70	71-80	81-100	101-199		> 200	
Frecuencia respiratoria		< 9		9-14	15-20	21-29	> 30
Saturación de oxígeno (%)	< 85	85-89	90-94	> 95			
Volumen orina (ml)	0 (comprobar sonda)	< 20 ml / hr	< 35 ml / hr			> 200 ml / hr	
Nivel de consciencia			Agitación o confusión nuevos	Alerta	Llamada	Dolor	Inconsciente

Si la puntuación del paciente está entre 1 y 3, se repetirán las mediciones en 30 minutos. **Si la puntuación del paciente es  $\geq$  4:**

- Avisar al** cardiólogo responsable del paciente (lunes a viernes de XX:XX a XX:XX horas ) o al responsable de guardia (fuera de horario habitual).
- Cumplimentar el informe siguiente:**

**Anexo 7. Tabla 2. Sistema de alerta y activación. Informe de alerta temprana**

Fecha / Hora	Puntuación (Tabla 1)	Medidas adoptadas	Firma

<sup>(11)</sup> Central Middlesex Hospital. North West London Hospitals NHS Trust. October, 2005.

<http://www.library.nhs.uk/Pathways/ViewResource.aspx?resID=105039&tabID=288>. Consultado: 05.01.09

Fecha / Hora	Puntuación (Tabla 1)	Medidas adoptadas	Firma

## Anexo 8. Informe preconfigurado de alta para el SCA

Anexo 8. Tabla 1. Contenidos del informe preconfigurado de alta para el SCA

Contenidos	Observaciones
<b>1. Referidos a la identificación del hospital y unidad asistencial</b>	
1.1. Nombre del establecimiento, domicilio social del mismo y teléfono.	Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221
1.2. Identificación, en caso de estar diferenciada, de la unidad asistencia o servicio clínico que dé el alta.	
1.3. Nombre, apellidos y rúbrica del médico responsable.	
<b>2. Identificación del paciente</b>	
2.1. Número de historia clínica del paciente y número de registro de entrada.	Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221
2.2. Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo del paciente, diferenciando sexo masculino (m) o femenino (f).	
2.3. Domicilio postal del lugar habitual de residencia del paciente.	
<b>3. Referidos al proceso asistencial</b>	Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221
3.1. Día, mes y año de admisión.	Los informes de alta recogen la fecha de ingreso y de alta en el hospital, incluyendo los traslados entre unidades asistenciales
3.2. Día, mes y año de alta.	
3.3. Motivo del alta: Por curación o mejoría, alta voluntaria, fallecimiento, o traslado a otro Centro para diagnóstico y/o tratamiento.	
3.4. Motivo inmediato del ingreso.	
3.4. Resumen de la historia clínica y exploración física del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Factores de riesgo cardiovascular.</li> <li>▪ Comorbilidades que se consideren relevantes.</li> <li>▪ Clase funcional del paciente (tanto para la angina como para la disnea).</li> </ul>
3.5. Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente, incluyendo, en su caso, los resultados de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución del enfermo. En caso de fallecimiento, si se hubiera realizado necropsia se expondrán los hallazgos más significativos de ésta, en un apartado específico.	<p>Descripción de los hallazgos más relevantes de las pruebas más significativas, entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ECG.</li> <li>▪ Ecografía</li> <li>▪ Coronariografía</li> </ul>
3.6. Diagnóstico principal.	Síndrome coronario agudo sin elevación del ST Síndrome coronario agudo con elevación del ST
3.7. Otros diagnósticos, en su caso.	Incluir los relevantes para el seguimiento del paciente (factores de riesgo cardiovascular, presencia o no de insuficiencia cardiaca y su tipología, comorbilidades relevantes (EPOC, por ejemplo), etc.
3.8. Procedimientos	Coronariografía (sin/no): hallazgos (Número de arterias coronarias enfermas, si se realizó revascularización de las mismas (percutánea o quirúrgica) y si ésta fue completa o no y si en caso de que no lo fuese si se decidió revascularizar en un segundo tiempo o se decidió manejo conservador de esas lesiones). Variables SYNTAX. Bypass aortocoronario (variables relevantes para EUROSCORE)

Contenidos		Observaciones
3.9. Recomendaciones terapéuticas	En todo paciente dado de alta hospitalaria por SCA se deben considerar las siguientes indicaciones terapéuticas, salvo que estén contraindicadas por cualquier otra causa (recomendable check-list):	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se pondrán de forma clara y sencilla, para evitar posibles errores de prescripción o de interpretación.</li> <li>▪ Se pondrán todos los fármacos que tome el paciente.</li> <li>▪ Si se pone el nombre comercial, sería deseable que entre paréntesis se pusiese el principio activo.</li> <li>▪ Se indicará la dosis del fármaco y cuándo se tiene que tomar (desayuno, comida, cena,...), así como si alguno tiene una dosificación flexible (por ejemplo diuréticos en el paciente con insuficiencia cardíaca, de acuerdo al peso).</li> <li>▪ Se indicarán aquellos fármacos a evitar (por ejemplo AINEs en insuficiencia cardíaca).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ácido acetilsalicílico</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clopidogrel/prasugrel/ticagrelor</li> </ul>	Doble antiagregación. Generalmente 12 meses, pudiendo considerarse 6 meses en poblaciones de alto riesgo hemorrágico especialmente con stents de última generación. Indicar si se debe modificar la duración.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anticoagulación oral (en caso de indicación asociada)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <math>\beta</math>-Bloqueantes (en pacientes con disfunción ventricular izquierda)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estatinas</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina / de bloqueantes de los receptores de angiotensina (en pacientes con disfunción ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca, hipertensión o diabetes)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consejo antitabáquico</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incorporación a un programa de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca</li> </ul>	
	<p>Recomendaciones especiales en cuanto al tratamiento: frecuencia cardíaca con beta-bloqueantes; función renal e iones con IECA/ARA II/Antagonista de la aldosterona; transaminasas/CPK con estatinas, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indicar si hay que titular algún fármaco y la dosis objetivo.</li> <li>▪ Si hay que realizar un ECG de control y cuándo, si hay que realizar una analítica específica y cuándo.</li> </ul>	
3.10. Objetivos terapéuticos específicos	En todo paciente dado de alta hospitalaria por SCA se deben considerar los siguientes objetivos terapéuticos, salvo que estén contraindicadas por cualquier otra causa (recomendable check-list):	

Contenidos		Observaciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dieta: ingesta calórica y dieta cardiosaludable. Objetivo: índice de masa corporal (IMC) deber estar entre 20-25 kg/m<sup>2</sup>.</li> </ul>	<p>La dieta cardiosaludable, incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Baja en sal.</li> <li>▪ Pobre en grasas de origen animal y carnes rojas.</li> <li>▪ Basada en verduras y legumbres, fruta, aceite de oliva, pescados.</li> <li>▪ Los lácteos deben de ser desnatados.</li> <li>▪ Abstenerse de mantequillas, margarinas, embutidos, alimentos precocinados, comidas rápidas y “snacks”. Utilizará aceite de oliva virgen extra para cocinar y condimentar.</li> <li>▪ Recomendaciones individuales según el paciente.</li> <li>▪ Si es diabético, evitará el pan, azúcar, dulces, patatas, arroz o pasta y limitar las frutas ricas en azúcares (uvas, melón, plátano).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actividad física</li> </ul>	<p>En general (recomendaciones individuales según el paciente): Ejercicio físico regular. Empezar de forma progresiva. Al menos 150 minutos a la semana con intensidad moderada.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vida socio-laboral.</li> </ul>	<p>En pacientes dados de alta por SCACEST en circunstancias normales podrá volver al trabajo a partir del segundo mes.</p> <p>Actividad sexual: Salvo contraindicación es posible reanudar ésta actividad a partir de la segunda semana.</p> <p>Conducción de automoviles: Por ley, los primeros tres meses tras un infarto agudo de miocardio no podrán obtener ni renovar el permiso de conducción, ni deberá conducir. Si tiene un permiso profesional deberá realizarse antes una prueba de esfuerzo.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abstención absoluta del tabaco.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vacunación antigripal anual (en Atención Primaria).</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vacunación antineumocócica a los mayores de 65 años o en caso de cardiopatía grave (en Atención Primaria).</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presión arterial. &lt;140/90. Indicar si el paciente tiene un objetivo diferente (en algunos pacientes este objetivo puede estar en torno a 130/80 mmHg). Recomendaciones específicas en caso de mal control de la presión arterial (fármacos a titular/añadir).</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frecuencia cardiaca. &lt;70 lpm. Indicar si el paciente tiene un objetivo diferente. Recomendaciones específicas en caso de frecuencia cardiaca elevada (fármacos a titular/añadir).</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lípidos. Colesterol LDL &lt;70 mg/dL (o reducir al menor un 50% en pacientes con LDL basal entre 70-135 mg/dL y por tanto habrá que señalar la cifra objetivo). Recomendaciones específicas en caso de no control o intolerancia (estatina ± ezetimiba± inhibidores PCSK9).</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetes. Hemoglobina glicosilada (HbA1c) &lt;7,0%. Realizar recomendaciones específicas en cuanto al tratamiento en caso necesario.</li> </ul>	
<p><b>4. Calendario de visitas</b></p>	<p>Indicar si el paciente va a realizar programa de rehabilitación cardiaca.</p>	
	<p>Indicarla fecha de la primera visita al cardiólogo tras el alta hospitalaria.</p>	
	<p>Indicar la primera visita tras el alta con el médico de Atención Primaria, y si se requiere un seguimiento más estrecho del habitual con el paciente, señalando los motivos y explicando los objetivos de dichas visitas.</p>	

Contenidos		Observaciones
	Si existe indicación de exploración diagnóstica o intervencionismo de la unidad de hemodinámica, o de revascularización quirúrgica, se debe programar (fecha de intervención e instrucciones).	
5. Apoyos de información al paciente y cuidador	<a href="http://www.fundaciondelcorazon.com">http://www.fundaciondelcorazon.com</a>	
	<a href="http://www.mimocardio.org">http://www.mimocardio.org</a>	
	Pág. Web de la unidad de cardiología (si disponible)	
	Asociaciones de autoayuda	