

A large, thick, dark red wavy line that starts at the top left, curves down and right, then up and right, then down and right, and finally up and right, ending at the top right. It has a fluid, organic shape.

Manual de acreditación.

Estándar de la Unidad Proceso
Insuficiencia cardiaca.

Manual de ayuda

Comité SEC-Excelente- Insuficiencia cardiaca

- **Presidente:** Manuel Anguita. Presidente de la SEC. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía (Córdoba).
- **Coordinador:** José Luis Lambert. Presidente de la Sección de Insuficiencia Cardiaca y Trasplante. Hospital Universitario Central de Asturias.
- **Vocales:**
 - Ramón Bover. Hospital Clínico Universitario de Madrid.
 - Josep Comín. Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona).
 - María G. Crespo. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
 - Francisco González Vilchez, Hospital Marqués de Valdecilla (Santander).
 - Nicolás Manito. Hospital de Bellvitge (Barcelona).
 - Javier Segovia. Secretario de la Sección de Insuficiencia Cardiaca y Trasplante. Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda (Madrid).
- **Coordinador SEC-Calidad:** Andrés Íñiguez Romo. Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo, Pontevedra)
- **Coordinador de SEC Excelente:** Francisco Ruiz Mateas. Área de Gestión de Cardiología, Agencia Sanitaria Pública Hospital Costa del Sol (Málaga).
- **Secretaría Técnica:** Francisco Javier Elola Somoza. Director de Elola Consultores.
- **Secretaría Administrativa:** Laura Pérez (SEC. Fundación Casa del Corazón).

Índice

1. Introducción	5
Anexo 1. Programa de formación continuada	10
Anexo 2. Vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes susceptibles de atención en domicilio	11
Anexo 3. Vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes en seguimiento en telemedicina.	12
Anexo 4. Protocolo de seguimiento ambulatorio en el ámbito de hospital de día	13
Anexo 5. Proceso conjunto de planificación del alta hospitalaria y transición hospital-domicilio	16
Anexo 6. Proceso conjunto de planificación del alta hospitalaria y transición hospital-domicilio. Proceso de seguimiento estructurado para la detección precoz de la descompensación y la optimización terapéutica del paciente frágil	17
Anexo 7. Protocolo para evaluar, seleccionar y seguir a los pacientes con trasplante cardiaco y AVM.	21
Anexo 8. Proceso específico para el paciente con IC y enfermedad crónica avanzada en las fases finales de la vida	23
Anexo 9.1. Programa estructurado de educación al paciente y cuidadores en el autocuidado de la IC.	30
Anexo 9.2. Programa estructurado de educación al paciente y cuidadores en el autocuidado de la IC. Ejemplo de díptico	34
Anexo 10. Informe de alta preconfigurado	35
Tablas	
Tabla 1. Estándares. Mecanismos de verificación. Criterios y documentación	6
Anexo 1. Tabla 1.	10
Anexo 4. Tabla 1. Dosis infusión Levosimedan	15
Anexo 8. Tabla 1. Criterios de la Sociedad Europea de Cardiología de insuficiencia cardíaca crónica avanzada	25
Anexo 8. Tabla 2: Pacientes con IC en los que las curas paliativas han de ser consideradas, según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología	26
Anexo 8. Tabla 3. Otros criterios de IC avanzada	26
Anexo 9.1. Tabla 1. Protocolo de intervención educativa en la IC (ESC)	31
Anexo 10. Tabla 1. Contenidos del informe preconfigurado de alta para la IC	35
Figuras	
Anexo 4. Figura 1. Protocolo de hierro iv (carboximaltosa)	14
Anexo 4. Figura 2. Ciclos Levosimena	15
Anexo 6. Figura 1. Identificación y clasificación de pacientes con IC	17
Anexo 6. Figura 2. Seguimiento de de pacientes con IC	17
Anexo 6. Figura 3. Clasificación de los pacientes en los 3 grupos del programa	18
Anexo 6. Figura 4. Intervención en en pacientes del grupo 3 (insuficiencia cardiaca avanzada)	18
Anexo 6. Figura 5. Calendario de visitas para pacientes con IC en los grupos 1 y 2	19

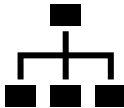
Anexo 8. Figuras 1-4. Trayectorias al final de la vida	23
Anexo 8. Figura 5: Estadios de la IC definidos por la AHA/ACC.....	24
Anexo 9.2. Figuras 1 y 2. Díptico educativo para pacientes con IC	34

1. Introducción

Este Manual de Ayuda pretende colaborar con los responsables del proceso IC 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 “Insuficiencia Cardíaca” y debe utilizarse de forma conjunta con el documento: “Insuficiencia Cardíaca. Estándar de Calidad SEC. Proceso”, y los manuales y listados de comprobación de las respectivas unidades (comunitaria, especializada y avanzada).

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. Los ejemplos han sido tomados de distintos hospitales para ilustrar la variedad de aportaciones que han realizado las más de 50 unidades de insuficiencia cardíaca que, hasta el momento, se han certificado en SEC-Excelente. Las aportaciones han sido muchas, por lo que otros servicios de cardiología han aportado ejemplos también relevantes que no han sido incluidos como ejemplo, teniendo la misma calidad. Este manual de ayuda se puede utilizar para todas las tipologías de unidades (se ha tomado como referente la más compleja, la unidad avanzada), por lo que contiene requisitos que pueden aplicar a unos tipos de unidades y no a otros.

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

Documentación a remitir	Criterios / Documentación
1. Documento del proceso asistencial de insuficiencia cardiaca, formalizado por todos los agentes implicados que contenga, como mínimo:	
Requisitos de estructura 1.1. Haber definido un comité operativo que englobe a los elementos de ese programa. 1.2. Tener establecido un organigrama de gestión. 1.4. El proceso o ruta asistencial debe estar consensuado con los miembros del equipo multidisciplinar y debe cumplir con los criterios diagnósticos y las recomendaciones de manejo terapéutico de la guía de la ESC.	Definir los miembros del equipo multidisciplinar que gestiona el proceso Establecer un organigrama de gestión: 
	Documento del proceso de IC (en la documentación) adaptado a las características del centro / unidad
Requisitos de proceso 1.5. El documento debe definir los criterios y las vías de derivación entre dispositivos asistenciales, incluyendo la derivación desde las UIC Comunitarias y Especializadas. 1.6. El documento debe definir las transiciones dentro del proceso/ruta asistencial a lo largo de la evolución del paciente.	Documento del proceso de IC (en la documentación) adaptado a las características del centro / unidad
2. Cartera de Servicios	
En el mismo documento que el estándar del proceso asistencial o en uno complementario deberá recogerse la Cartera de Servicios de la Unidad, con las siguientes especificaciones:	
2.1. Ámbito geográfico y poblacional (equipos de atención primaria integrados) definidos.	Poblaciones del área de influencia de la unidad de IC, superficie (km ²) del área, número de habitantes iguales o mayores de 18 años, habitantes mayores de 65 años, nº de equipos de atención primaria, nº de médicos de atención primaria, etc.
2.1. Oferta de las modalidades asistenciales de atención de hospitalización, consulta externa y hospital de día.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
2.2. Guardia de presencia física de cardiología 24/7/365.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
2.3. Oferta de consulta (paciente/cuidador con el gestor de casos) e interconsulta (profesional sanitario de atención primaria) mediante, al menos, correo electrónico o teléfono móvil, así como otras tecnologías de la información y comunicaciones (TIC).	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
2.4. Disponibilidad de estudios hematológicos y de análisis clínicos de rutina. Electrocardiografía.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
2.5. Disponibilidad de determinación de péptidos natriuréticos.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
2.6. Disponibilidad de ecocardiografía transtorácica y transesofágica.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
2.7. Biopsia endomiocárdica y disponibilidad de anatomía patológica de endomiocardio.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
2.8. Disponibilidad de laboratorio de hemodinámica y electrofisiología.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad

Documentación a remitir	Criterios / Documentación
2.9. Unidad de cuidados críticos cardiológicos -recomendable- o unidad de medicina intensiva (niveles 2 o 3 de la Critical Care Society).	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
2.10. Disponibilidad de RM Cardíaca y TAC coronario.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
2.11. Administración de fármacos inotrópicos intravenosos.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
2.12. Disponibilidad de implantación y seguimiento de DAI/Resincronizador.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
2.13. Disponibilidad de asistencia ventricular mecánica (AVM).	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
2.14. Disponibilidad de trasplante cardíaco y cirugía compleja de remodelado ventricular.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
2.15. Oferta de educación del paciente y cuidador.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
2.16. Oferta de rehabilitación, propia o en su centro de referencia, a aquellos pacientes sin otra condición o dispositivo que lo impida, basada en ejercicio en grupo supervisado, que incluya educación y soporte psicológico.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
2.17. Servicios de farmacia, geriatría/medicina interna, psicología clínica, nutrición y recursos de cuidados paliativos.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
3. Recursos Humanos En el mismo documento que el estándar del proceso o en uno complementario deberá recogerse la estructura de recursos humanos de la Unidad, con las siguientes especificaciones:	
3.1. Debe estar nombrado un responsable de la UIC. El responsable del proceso debe tener formación en insuficiencia cardíaca.	Documento de nombramiento Nombre del responsable
3.2. Debe haber una enfermera gestora de casos / enfermera de enlace, entrenada en cardiología, asignada a la UIC.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad Nombre de la enfermera
3.3. Debe haberse constituido un equipo multidisciplinar de atención a la IC, integrado, al menos, por un cardiólogo con formación avanzada en IC; un cirujano cardiovascular especializado en cirugía de la IC avanzada; un anestesiólogo especializado en cirugía cardíaca y manejo de la enfermedad tromboembólica intraoperatoria; un médico intensivista especialista en el manejo de pacientes post-cirugía cardíaca, trasplante cardíaco y AVM; un hematólogo especialista en hemostasia para el manejo de la antiagregación y anticoagulación post-implante de la AVM; un médico rehabilitador; un dietista/nutricionista/endocrinólogo para optimización del estado nutricional pre y post-implante; una enfermera gestora de casos entrenada en cardiología; un farmacólogo clínico; un geriatra; un psicólogo clínico; y un especialista en cuidados paliativos.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad (también en 1.1. y 1.2.)
4. Programa de formación continuada de la UAIC, que incluya:	Programa de formación
4.1. Programa estructurado de formación continuada de todos los miembros del equipo multidisciplinar, adecuado a las competencias profesionales requeridas por cada uno de ellos.	Ejemplo Anexo 1
4.2. Sesiones de actualización durante las reuniones periódicas del equipo multidisciplinar (como mínimo semestrales).	
5. Listado de Equipamiento / Procedimientos	

Documentación a remitir	Criterios / Documentación
5.1. Local de consulta dedicado a la UIC.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
5.2. Puestos de hospital día específicos de la unidad.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
5.3. Camas dedicadas de cardiología.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
5.4. Unidad de cuidados críticos cardiológicos o de medicina intensiva (niveles 2 o 3 de la clasificación de la Critical Care Society).	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
5.5. Disponibilidad de ecógrafo / ecografía transesofágica.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
5.6. ECG de 12 derivaciones.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
5.7. Laboratorio de Hemodinámica.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
5.8. Laboratorio de Electrofisiología.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
5.9. RM Cardíaca y TAC coronario.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
5.10. Implantación de DAI y Resincronización cardíaca.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
5.11. Disponibilidad de asistencia ventricular mecánica (AVM).	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
5.12. Disponibilidad de trasplante cardíaco y cirugía compleja de remodelado ventricular.	Declaración del responsable del servicio de cardiología o de la unidad de IC, o Descripción de la unidad
6. Vías clínicas / Protocolos	
6.1. Proceso asistencial para el manejo de la IC, consensado con los miembros del equipo multidisciplinar, que debe cumplir con los criterios diagnósticos y las recomendaciones de manejo terapéutico de la guía de la ESC.	Documento del proceso de IC (en la documentación) adaptado a las características del centro / unidad
6.2. Proceso específico para la indicación y seguimiento de pacientes tributarios de dispositivos o soluciones avanzadas para la IC (Heart Team).	Documento del proceso de IC (en la documentación) adaptado a las características del centro / unidad
6.3. Definición de los flujos de pacientes dentro del proceso asistencial y de los métodos de identificación, etiquetado e inclusión en el proceso asistencial.	Documento del proceso de IC (en la documentación) adaptado a las características del centro / unidad
6.4. Definición de los criterios y las vías de derivación entre dispositivos asistenciales, incluyendo la derivación a la UIC Avanzada.	Documento del proceso de IC (en la documentación) adaptado a las características del centro / unidad
6.5. Definición de las transiciones dentro del proceso/ruta asistencial a lo largo de la evolución del paciente.	Documento del proceso de IC (en la documentación) adaptado a las características del centro / unidad
6.6. Vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes susceptibles de atención en domicilio.	Ejemplo Anexo 2
6.7. Vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes en seguimiento con telemedicina.	Ejemplo Anexo 3
6.8. Protocolo de seguimiento ambulatorio en el ámbito de hospital de día.	Ejemplo Anexo 4
6.9. Proceso conjunto de planificación del alta hospitalaria y transición hospital-domicilio.	Ejemplos Anexos 5 y 6

Documentación a remitir	Criterios / Documentación
6.10. Proceso de seguimiento estructurado para la detección precoz de la descompensación y la optimización terapéutica del paciente frágil mediante una vía clínica específica basada en la intervención domiciliaria (gestoras de casos).	Ejemplo Anexo 6
6.11. Protocolo para evaluar, seleccionar y seguir a los pacientes con trasplante cardiaco y AVM	Ejemplo Anexo 7
6.12. Proceso específico para el paciente con IC y enfermedad crónica avanzada en las fases finales de la vida.	Ejemplo Anexo 8
6.13. Programa estructurado de educación al paciente y cuidadores en el autocuidado de la IC, incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de empeoramiento de la IC.	Ejemplo Anexos 9 y 10
7. Sistema de información	
7.1. 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 procesos y resultados con el resto de UIC.	Informe del responsable del servicio de cardiología Declaración del responsable de la unidad
7.2. La unidad participará en el registro de IC de la SEC.	Compromiso firmado del responsable de la unidad
7.3. 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 > 95%, incluyendo la identificación de la tipología de IC: insuficiencia cardiaca con FE reducida (ICFER) -sistólica-; o insuficiencia cardiaca con FE preservada (ICFep) -diastólica-	Informe de Alta preconfigurado de SEC-AP para el SCA. Ejemplo: Anexo 11

Anexo 1. Programa de formación continuada

Anexo 1. Tabla 1.

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

Anexo 2. Vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes susceptibles de atención en domicilio⁽¹⁾

La atención en domicilio es una alternativa asistencial a la hospitalización convencional que permite realizar tratamientos y cuidados similares a los dispensados en el hospital, pero en el domicilio del paciente. Ha demostrado disminuir los reingresos a corto plazo y los costes derivados, aumentando la satisfacción de pacientes y familiares.

Criterios generales de ingreso en la unidad:

- Tratamiento factible en el domicilio.
- Soporte familiar, cuidador definido.
- Domicilio en el área de influencia del hospital de referencia.
- Colaboración y aceptación por parte del paciente y cuidador.

Criterios específicos:

- Cualquier paciente que presente episodio de insuficiencia cardiaca aguda (ICA) que requiera ingreso hospitalario y que tras el mismo presente estabilidad clínica pero todavía precise tratamiento o cuidados de rango hospitalario para el tratamiento del episodio de insuficiencia cardiaca, los factores precipitantes o las comorbilidades activas asociadas.
- Paciente que presente episodio de ICA con alto riesgo de reingreso que tras el alta hospitalaria precise revisión precoz y que, por las características del paciente, no pueda ser remitido a consultas o no pueda ser asumido por otro nivel asistencial.
- Paciente con insuficiencia cardiaca crónica descompensada grave en situación terminal con el fin de hacer de unidad puente entre el hospital y primaria.

Criterios de Exclusión:

- No cumplir alguno de los criterios generales de inclusión.
- Inestabilidad hemodinámica, respiratoria, alteración del nivel de conciencia, cuadro confusional o intolerancia oral.
- Paciente con deterioro funcional agudo respecto a su situación basal con potencial capacidad de recuperación.
- Primer episodio de ICA sin evaluación de la patología estructural cardiaca e identificación y plan terapéutico definido de la etiología y de los factores desencadenantes.
- Etiología o factores precipitantes del episodio de ICA que precisen tratamiento hospitalario.
- Pacientes en diálisis o con insuficiencia renal avanzada que presenten mala respuesta a tratamiento diurético.

Aquellos pacientes susceptibles de atención en domicilio se valoran de forma inicial en el ámbito hospitalario. Si finalmente son candidatos, nos coordinamos con su Médico de Atención Primaria para realizar visitas periódicas. De forma paralela, estos pacientes son evaluados y tratados por enfermería especializada.

⁽¹⁾ Con permiso del Servicio de Cardiología del Complejo Asistencial Universitario de León.

Anexo 3. Vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes en seguimiento en telemedicina ⁽²⁾

1. Protocolo de seguimiento remoto de pacientes portadores de DAI

Los pacientes portadores de un DAI deben realizar un seguimiento de por vida del dispositivo con el fin de evaluar su funcionamiento, ajustar su programación y recabar información sobre la evolución de su enfermedad arrítmica y el estado clínico del enfermo.

Las guías de expertos de la HRS/EHRA del 2008 recomendaban una revisión cada 3-6 meses. Con la llegada de los dispositivos que permiten el seguimiento remoto en nuestra Unidad se ha pasado a visitarlos de forma presencial cada 12 meses disminuyendo así el número de desplazamientos de los pacientes al hospital y mejorando su calidad de vida.

Diariamente una enfermera especializada en Arritmias se conecta online a las diferentes plataformas de los diferentes tipos de dispositivos para evaluar si alguno de los pacientes en seguimiento ha presentado alguna alarma. Además, cada 4 meses, se evalúa de forma individualizada cada paciente revisando, entre otros parámetros, la impedancia de los dispositivos, la batería, terapias efectuadas, presencia de ruido, o el porcentaje de estimulación ventricular.

En caso de que se detecte, por ejemplo, ruido que nos haga pensar que la probabilidad de descargas inapropiadas puede incrementarse, se hace venir al paciente para modificar los parámetros del dispositivo.

2. Seguimiento telefónico de los pacientes con insuficiencia cardiaca

Cuando un paciente se va de alta, la enfermera de la Unidad de IC contacta con él/ella a la semana para interesarse sobre su estado de salud, tolerancia a la medicación, o peso.

Los pacientes con riesgo de descompensación o falta de adherencia a la medicación también son contactados de forma regular (cada 1 o 2 meses) por la enfermera de la UIC.

⁽²⁾ Con permiso del Servicio de Cardiología del Hospital Clínic (Barcelona).

Anexo 4. Protocolo de seguimiento ambulatorio en el ámbito de hospital de día⁽³⁾

El hospital de día supone un recurso para el tratamiento ambulatorio de los pacientes con IC, que de otra manera se debería de hacer hospitalizado. Estos tratamientos pueden ser programados o pautarse de forma imprevista en pacientes que acuden a la consulta con descompensación no grave de la IC. Son diversos los tratamientos e intervenciones que se pueden realizar y que se exponen en la tabla 30. Asimismo, se podrán realizar analíticas de sangre, ECG y toma de constantes. Tratamientos e intervenciones en el Hospital de Día.

Tratamientos:

- Diuréticos (furosemida iv, clortalidona vo)
- Hierro iv (carboximaltosa)
- Levosimendán
- Titulación de fármacos: IECA/ARA-II/SV, BB.
- Suero salino hipertónico
- Antibióticos
- Rituximab
- Alfagalactosidasa
- Inmunoglobulinas
- Corticoides

Intervenciones:

- Transfusión de concentrado de hematíes
- Paracentesis
- Toracocentesis

Protocolo de uso de diuréticos en el Hospital de Día:

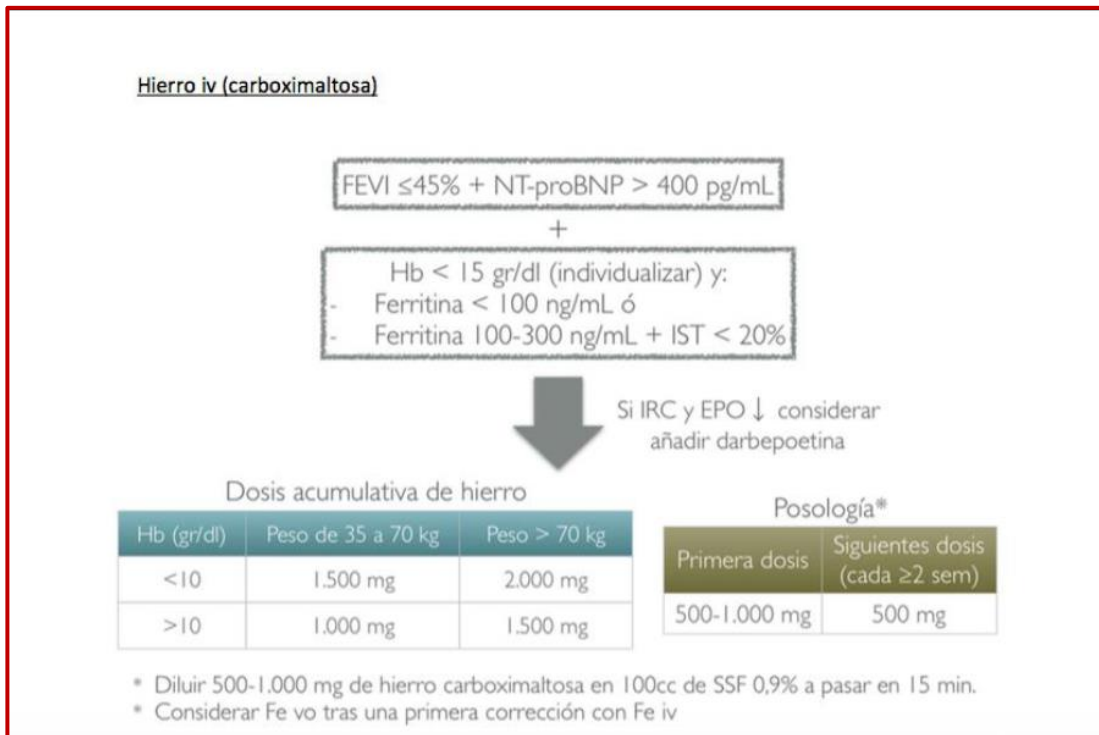
Se han preestablecido 3 regímenes:

- Simple:
 - 1 amp de furosemida 20mg cada 1h hasta un total de 3 amp.
 - ½ comp de Clortalidona 50mg vo.
 - 1 comp de BoiK Aspártico
- Doble:
 - 2 amp de furosemida 20mg cada 1h hasta un total de 6 amp.
 - 1 comp de Clortalidona 50mg vo.
 - 2 comp de BoiK Aspártico
- Perfusión continua: 5 ampollas de furosemida en 100cc SSF a pasar en 6 horas.

Se esperará 1h tras la última dosis de diurético y si no hay incidencias se procederá al alta

⁽³⁾ Con permiso del Servicio de Cardiología del Hospital 12 Octubre (Madrid) .

Anexo 4. Figura 1. Protocolo de hierro iv (carboximaltosa)



Criterios para tratamiento con ciclos intermitentes de Levosimendán

La pauta de Levosimendán que realizamos en el Hospital de Día deberá considerarse en pacientes que cumplan con los siguientes criterios:

- FEVI < 35%
- Clase funcional III-IV de la NYHA
- Descompensaciones frecuentes (congestión o bajo gasto)
- A pesar de tratamiento óptimo
- Buena respuesta a perfusión hospitalaria previa de 24h

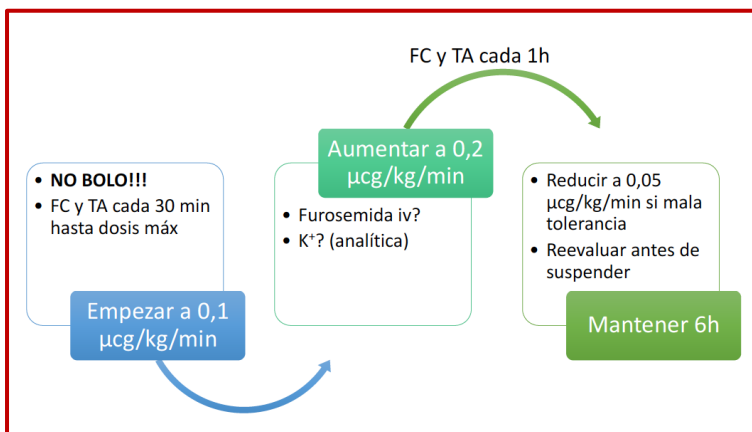
Aunque la respuesta previa a una perfusión hospitalaria no es criterio excluyente, sí es recomendable, lo mismo que el paciente tenga implantado un DAI, lo que mejora la seguridad del tratamiento.

El tratamiento se basa en ciclos intermitentes de 7h (1h a 0,1 μ cg/kg/min y 6h a 0,2 μ cg/kg/min) cada 2 semanas, como se muestra en la figura siguiente y con las dosis:

Anexo 4. Tabla 1. Dosis infusión Levosimedan

Peso (kg)	Velocidad de perfusión (ml/h)		
	0,05 µcg/kg/min	0,1 µcg/kg/min	0,2 µcg/kg/min
50	6	12	24
60	7	14	29
70	8	17	34
80	10	19	38
90	11	22	43
100	12	24	48
110	13	26	53

Anexo 4. Figura 2. Ciclos Levosimena



Crterios para tratamiento con Suero Salino Hipertónico

Ocasionalmente en pacientes resistentes a las pautas habituales de diuréticos se pauta suero salino hipertónico como muestra la tabla 34.

Candidato:

- Paciente que no responde satisfactoriamente a las pautas de furosemida iv en hospital de día + clortalidona vo y espirolactona vo.
- Predominio de fallo derecho. Evitar si congestión pulmonar significativa.
- En caso de insuficiencia renal, pero con diuresis conservada.
- No utilizar si Na⁺ > 145 mEq/l o K⁺ menor de 3.5 mEq/l

Preparación:

- La administración será de 1 vez al día, a pasar en 30 minutos. Se podrá repetir según la respuesta al mismo y el grado de congestión.
- La dosis de diurético será de 125 mg intravenosos, sin aporte extra de furosemida oral. El suero será cristalino de 100 ml al 0,9%. Se añadirá ClNa según concentraciones de sodio del paciente:
 - Na 125135 mEq/L: 100 ml suero salino cristalino al 0,9% + 1 ampolla y 1/2 de ClNa al 20% (3,9%)
 - Na 135145 mEq/L: 100 ml suero salino cristalino al 0,9% + 1 ampolla de ClNa al 20% (2,9%)
- Si los niveles de potasio están entre 3,54 mEq/l, se añadirá una ampolla de KCl (10 mEq) o 1 comprimido de BoiK Aspártico para prevenir hipopotasemia. En este caso la infusión se realizará en 1 hora.

Anexo 5. Proceso conjunto de planificación del alta hospitalaria y transición hospital-domicilio

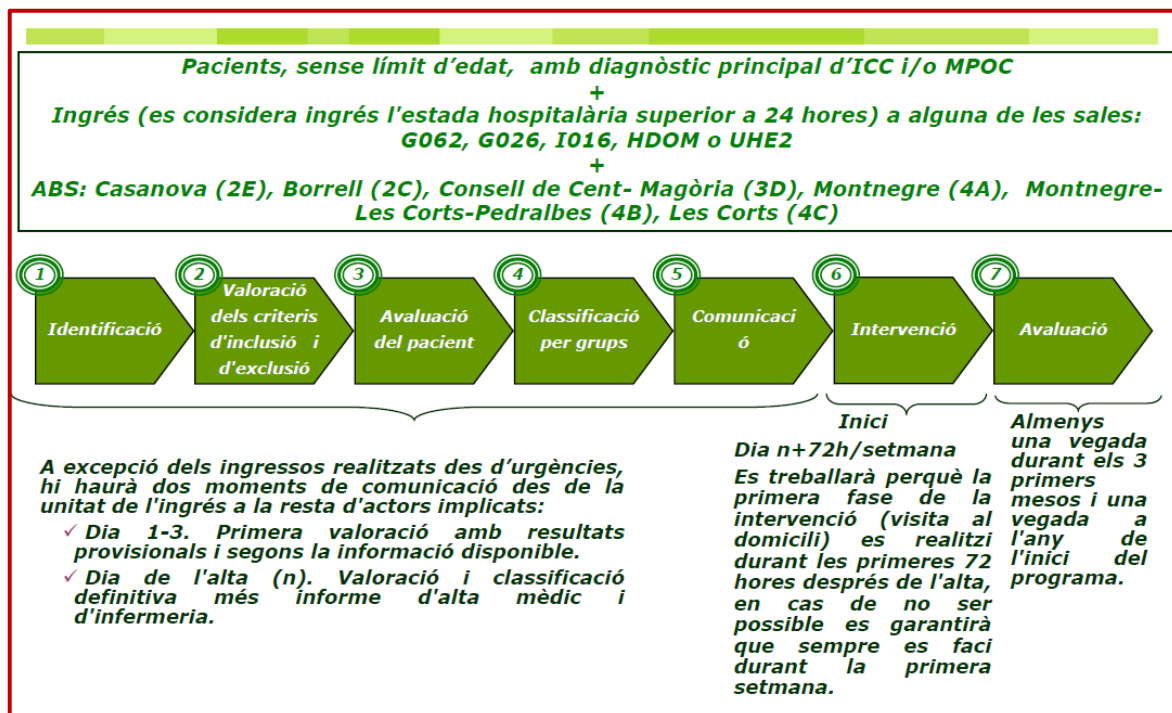
(4)

Programa “Conecta 72”: Programa del SERGAS que consiste en que, tras cada alta hospitalaria, se genera automáticamente una cita presencial con la enfermera del centro de salud (Atención Primaria) y el médico de cabecera dispone, dentro de la historia electrónica del SERGAS, de un listado con los pacientes que han sido dados de alta tras una hospitalización en los últimos 7 días.

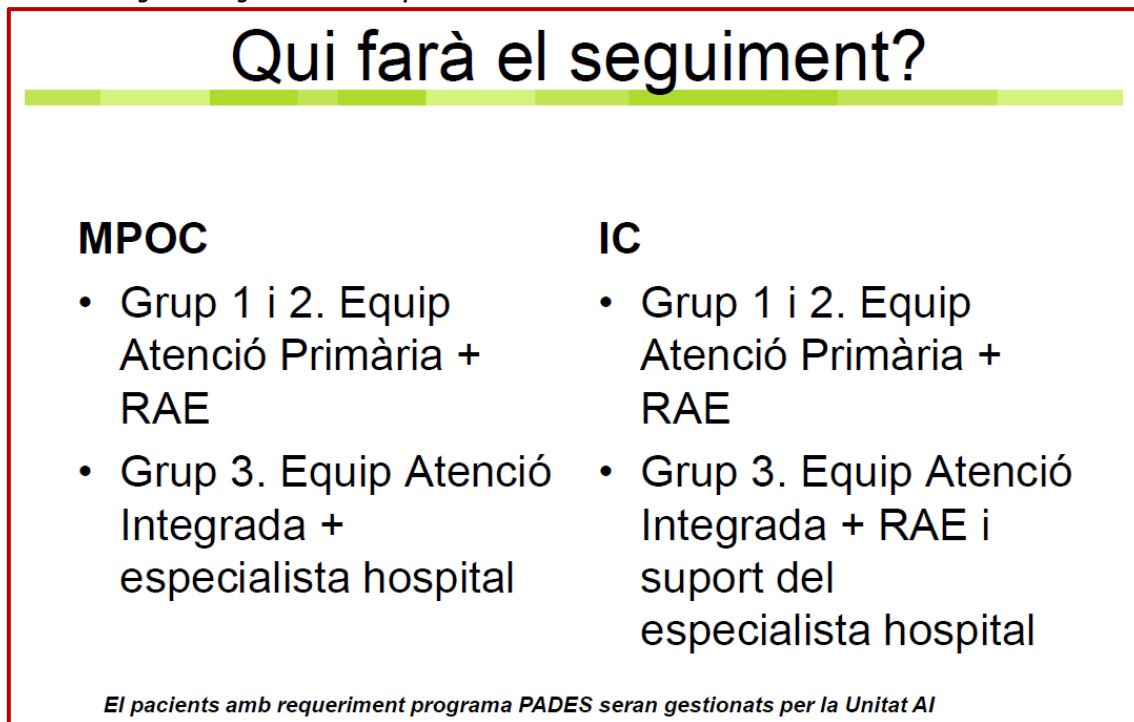
⁽⁴⁾ Con permiso del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Anexo 6. Proceso conjunto de planificación del alta hospitalaria y transición hospital-domicilio. Proceso de seguimiento estructurado para la detección precoz de la descompensación y la optimización terapéutica del paciente frágil ⁽⁵⁾

Anexo 6. Figura 1. Identificación y clasificación de pacientes con IC



Anexo 6. Figura 2. Seguimiento de de pacientes con IC



⁽⁵⁾ Programa Post-alta en pacients MPOC e IC (Resum). Con permiso del servicio de cardiología del Hospital Clínic (Barcelona).

Anexo 6. Figura 3. Clasificación de los pacientes en los 3 grupos del programa

IC		
Grup 1: Sense criteris grup 2 ni 3	Grup 2: 1 criteri major o ≥ 3 menors	Grup 3: 1 dels següents criteris
Criteris majors <ul style="list-style-type: none"> Índex Charlson > 2 Alt nivell d'Ansietat (HAD > 6) >1 episodi de descompensació amb ingrés o urgències ens 12 últims mesos Criteris menors <ul style="list-style-type: none"> ≥ 65 anys ≥ 4 comorbiditats ≥ 5 fàrmacs Procés terminal. Pronòstic inferior a 6 mesos sense derivació a PADES Dependència Barthel <60 Demència o deteriorament cognitiu (Pfeiffer ≥ 5) Viure sol o amb cuidador amb capacitat limitada de suport (>75 anys i Lawton-brody dones <5 i homes <3) 1 caiguda amb fractura, o 2 caigudes amb recurs urgències ens 12 últims mesos 		<ul style="list-style-type: none"> Pacient controlat o candidat a ser controlat per la Unitat d'Insuficiència Cardíaca: <ul style="list-style-type: none"> IC avançada, que sigui tributari a estudi TC, o assistència ventricular o altres procediments hospitalaris Acceptat per a TAVI en llista de espera Pacient jove estudiat per a TC i en fase de resolució d'un diagnòstic que contraindica o desaconsella TC (HTP, neoplàsia...)
		<ul style="list-style-type: none"> >2 ingressos i/o visites a Urgències en los 12 mesos amb: <ul style="list-style-type: none"> Pacient que presenta edemes o dispnea atribuïbles a la Insuficiència Cardíaca En classe funcional 3-4 a l'alta
		<ul style="list-style-type: none"> Pacient en seguiment per Programa PADES o amb derivació previsible al mateix

Anexo 6. Figura 4. Intervenció en en pacientes del grupo 3 (insuficiencia cardiaca avanzada)

Intervenció Grup 3 - IC			
Hospital	Durant l'ingrés	Avaluació, Pla terapèutic i Planificació a l'alta	Equip Hospitalització
	Dia de l'alta	Revisió del Pla terapèutic, Adaptació a domicili, telf. centre de trucades	AI
Domicili	Tarda de l'alta	Assegurar que el pacient està bé, resoldre dubtes	AI
	72h. a l'alta	Visita estandarditzada	AI
	15 dies a l'alta	Revisar tractament, estat del pacient.	AI
	30-60 dies l'alta	Visita, revisió del Pla terapèutic	Cardiòleg RAE
	Del mes 1 – 3m	3 sessions. Programa educacional en grup (si es disposa d'espai, voluntari)	AI
	2° trimestre alta	Visita, revisió del Pla terapèutic	Cardiòleg RAE
	12m a l'alta	Visita, revisió del Pla terapèutic	Cardiòleg RAE
			Centre de trucades (De 8h a 20h. De Dilluns a Diumenge) Trucades addicionals i visites a domicili o H. Dia segons necessitat del pacient Seguiment AP habitual
			

Anexo 6. Figura 5. Calendario de visitas para pacientes con IC en los grupos 1 y 2

Calendari de visites grup 1 i grup 2				
PRIMER TRIMESTRE 8 INTERVENCIONS TEL INICIAL INF + DOMI INICIAL INF* + 4 CONTACTES INF* + 2 CONTACTES MG + 1 CONTACTE RAE	PRIMER MES	VISITA 1 TELEFÒNICA	0-48 H POST ALTA	TELEFÒNICA
		VISITA 2 DOMICILI O CENTRE*	0-72H POST ALTA	INF +/- MF DOMICILI
	SEGON MES	VISITA 3, 4 i 5 PRESENCIAL	0-4 SETMANES	INF + MF + ESPECIALISTA RAE
		VISITES 6 i 7 TELEFÒNICA + PRESENCIAL	5-8 SET	INF TEL + MF
TERCER MES	VISITA 8 PRESENCIAL	9-12 SET	INF	
SEGON TRIMESTRE 3 INTERVENCIONS		VISITES 9, 10 i 11 PRESENCIAL		INF PRESENCIAL + MF + ESPECIALISTA RAE
TERCER TRIMESTRE 2 INTERVENCIONS		VISITES 12 i 13 TELEFÒNICA + PRESENCIAL		INF TEL + MF
QUART TRIMESTRE 2 INTERVENCIONS		VISITES 14 i 15 PRESENCIAL		INF PRESENCIAL + ESPECIALISTA RAE

ABREVIATURAS. ANEXO 6

MPOC	EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ICC ó IC	Insuficiencia Cardiaca
AISBE	Área Integral de Salud de Barcelona Ensanche-izquierdo
G062	Planta de Geriátricos Agudos
G026	Planta de Cardiología
I016	Intermedios de Cardiología
HDOM	Hospitalización a Domicilio
UHE2	Área de Observación de Urgencias Medicina
ABS	Área Básica de Salud (Centro de Asistencia Primaria)
RAE	Atención de Especialistas en Primaria
PADES	Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (Cuidados Paliativos Domiciliarios)
AI	Atención Integrada
TC	Trasplante cardiaco
HTP	Hipertensión Pulmonar
MF	Médico de Familia
INF	Enfermera

Anexo 7. Protocolo para evaluar, seleccionar y seguir a los pacientes con trasplante cardiaco y AVM⁽⁶⁾

Selección de pacientes potencialmente candidatos al implante de un dispositivo de asistencia ventricular:

- Pacientes con síntomas graves de duración > 2 meses a pesar de tratamiento óptimo con fármacos y dispositivos y más de uno de los siguientes factores: FEVI < 25% y VO2 pico < 12 ml/kg/min si se ha medido.
- Al menos 3 hospitalizaciones por IC en los últimos 12 meses sin una causa precipitante obvia.
- Dependencia de tratamiento inotrópico intravenoso.
- Disfunción progresiva de órganos vitales (deterioro de la función renal o hepática) debido a perfusión reducida y no a presiones inadecuadas de llenado ventricular (PEP \geq 20 mmHg y PAS \leq 80-90 mmHg o índice cardiaco \leq 2 l/min/m²).
- Ausencia de disfunción ventricular derecha grave junto con regurgitación tricuspídea grave.

Los pacientes con infección activa, disfunción renal, hepática o pulmonar grave o estado neurológico incierto tras parada cardiaca o debido a shock cardiogénico no suelen ser candidatos para puente a tratamiento o terapia de destino, pero pueden serlo para puente a ser candidato.

Trasplante Cardiaco.

El trasplante cardiaco es un tratamiento aceptado para la IC en fase terminal. Aunque nunca se han realizado estudios aleatorizados, hay consenso en que el trasplante, siempre que se apliquen criterios de selección adecuados, mejora significativamente la supervivencia, la capacidad de ejercicio, la calidad de vida y la reincorporación laboral, comparado con el tratamiento convencional.

Indicación:

Indicado en IC terminal con síntomas graves y pronóstico desfavorable, sin otras alternativas terapéuticas, en pacientes informados, motivados, estables emocionalmente, capaces de seguir un tratamiento médico intensivo y sin otras comorbilidades importantes.

Contraindicaciones:

- Abuso de alcohol y otras drogas.
- Enfermedad mental grave.
- Cáncer (en colaboración con los oncólogos se evaluar a cada paciente según el riesgo de recurrencia del tumor)
- Enfermedad sistémica con afectación multiorgánica
- Infección activa
- Enfermedad arterial periférica o cerebrovascular grave

⁽⁶⁾ Con permiso del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Dr. Negrín (Las Palmas).

- Insuficiencia renal con aclaramiento de creatinina < 50 ml/h
- Hipertensión pulmonar irreversible con tratamiento farmacológico. Resistencia vascular pulmonar elevada irreversible (> 69 unidades Wood y gradiente transpulmonar medio > 15 mm Hg). En estos casos también se podría valorar el implante de un DAVI y reevaluar posteriormente si el paciente es candidato.
- Insuficiencia renal irreversible (p. ej., aclaramiento de creatinina < 30 ml/min)
- IMC antes del trasplante > 35 (se recomienda la pérdida de peso hasta alcanzar un IMC < 35).
- Complicaciones tromboembólicas recientes.
- Úlcera péptica no resuelta.
- Afectación hepática significativa
- Otras comorbilidades que condicionen mal pronóstico.
- Cualquier paciente cuyo apoyo social se considere insuficiente para alcanzar los requisitos del tratamiento en atención ambulatoria.

Hay que mencionar que algunas contraindicaciones son transitorias y tratables. Mientras que una infección activa sigue siendo una contraindicación relativa para el trasplante, los pacientes con VIH, hepatitis, enfermedad de Chagas o tuberculosis pueden ser considerados candidatos siempre que el equipo médico aplique medidas de tratamiento estrictas. Para los pacientes con cáncer que requieren trasplante cardíaco es necesaria una estrecha colaboración con los oncólogos para estratificar a cada paciente según el riesgo de recurrencia del tumor.

Se debe considerar el uso de asistencia mecánica circulatoria, especialmente DAVI, para pacientes con comorbilidades potencialmente reversibles o tratables, como cáncer, obesidad, insuficiencia renal, tabaquismo o hipertensión pulmonar farmacológicamente irreversible; después se debe reevaluar a los pacientes para establecer la viabilidad del trasplante. Aquellos pacientes que cumplan los criterios de indicación de trasplante cardíaco serán seleccionados, estudiados en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca Especializada y derivados al Hospital 12 de Octubre, centro de referencia de trasplante cardíaco.

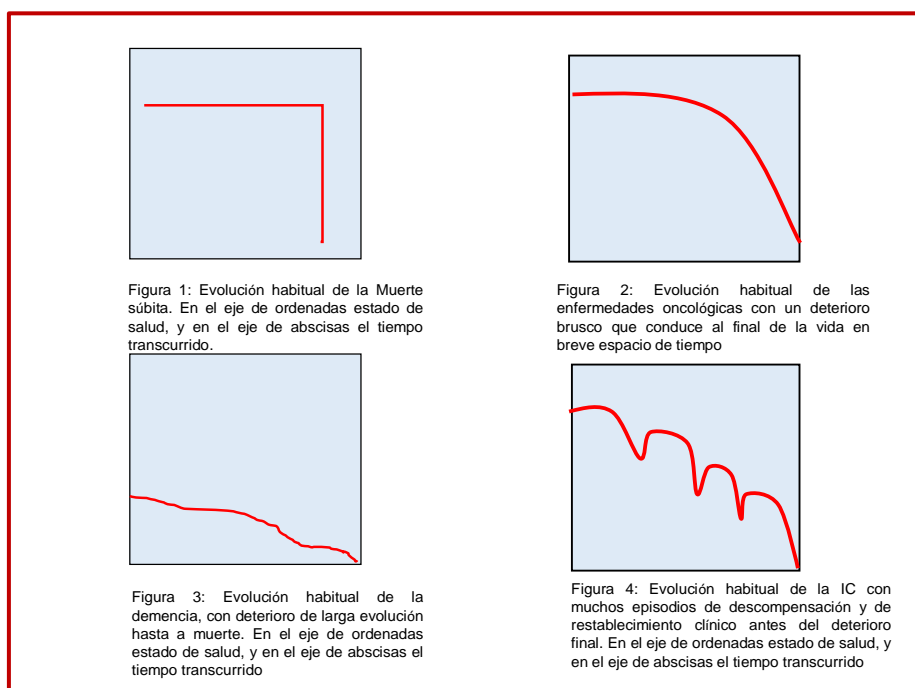
Anexo 8. Proceso específico para el paciente con IC y enfermedad crónica avanzada en las fases finales de la vida ⁽⁷⁾

1. INTRODUCCIÓN:

Los avances en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) han hecho que cada vez más pacientes lleguen a una situación terminal, por lo que esta situación es cada vez más habitual, y, necesariamente, debemos adoptar un circuito de atención para atender adecuadamente las necesidades de estos pacientes. En este sentido los cuidados paliativos pueden constituir una alternativa terapéutica eficaz y necesaria en pacientes.

Una de las principales dificultades del manejo paliativo en el paciente con IC es que los cuidados paliativos nacieron como una respuesta a la enfermedad oncológica terminal. Sin embargo, a diferencia de las enfermedades oncológicas, la IC crónica suele tener una evolución difícil de predecir. Tal y como podemos apreciar en las figuras 1 a 4 el final de la vida puede presentarse entre otros, con un deterioro rápidamente progresivo (habitual en las enfermedades oncológicas), o como en la IC con muchos episodios de descompensación y de restablecimiento clínico.

Anexo 8. Figuras 1-4. Trayectorias al final de la vida



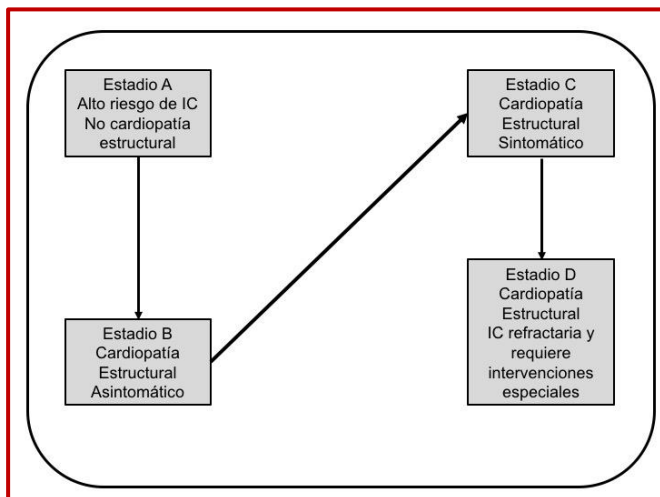
Es, por ello, indispensable reconocer la situación de IC terminal, así como aquellas situaciones de fragilidad que nos hagan desistir de plantearnos actitudes terapéuticas agresivas. Una vez reconocidas estas situaciones, debemos necesariamente concretar qué medidas terapéuticas evitar, y redirigir al enfermo a un programa de cuidados paliativos.

⁽⁷⁾ Miguel Camafort Babkowski. Servicio de Medicina Interna. Instituto Clínico de Medicina y Dermatología. Hospital Clínico. Departamento de Medicina. Universidad de Barcelona. Con permiso del servicio de cardiología del Hospital Clínic (Barcelona).

2. DEFINICIÓN DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN FASE AVANZADA:

La insuficiencia cardíaca (IC) en fase avanzada o terminal corresponde al estadio D de la clasificación de la "American Heart Association" (figura 5), que podría definirse como: "Aquel estadio final de insuficiencia cardíaca refractaria al tratamiento" o bien como "Aquel grupo de pacientes con síntomas que limitan su calidad de vida, a pesar de seguir un tratamiento médico óptimo, y en los que no es probable ni esperable que se produzca una mejoría o remisión de sus síntomas." (1)

Anexo 8. Figura 5: Estadios de la IC definidos por la AHA/ACC



3. Criterios identificativos de insuficiencia cardíaca en fase avanzada

La IC crónica suele tener una evolución difícil de predecir, con muchos episodios de descompensación y de recuperación clínica. Por ello, es difícil establecer un punto determinado a partir del cual poder hacer el diagnóstico de enfermedad terminal; y también que nos sirva para indicar la necesidad de

cuidados paliativos o de soporte.

Así, a pesar de que muchos enfermos con IC avanzada sobreviven a episodios de descompensación a pesar de su elevado riesgo de mortalidad, la muerte suele acontecer de forma no prevista, en muchas ocasiones de forma súbita. Sin embargo, y a pesar de la dificultad de establecer un pronóstico preciso a nivel individual, algunas condiciones de la IC, que podrían aparecer durante la evolución, deberían hacernos pensar en la necesidad de indicar medidas paliativas (2, 3).

Naturalmente las preferencias de los pacientes han de prevalecer, siempre, por encima de cualquier estimación pronóstica. Esto, nos obliga a informar muy bien a los pacientes y a sus familiares a lo largo de todo el período, así como, a admitir la posibilidad de hacer cambios notorios en el pronóstico como en las decisiones sobre el tratamiento, tanto por parte de los médicos como de los enfermos.

Por otro lado, la situación funcional y/o cognitiva del paciente de forma paralela a la evolución de la IC "per se" puede definir un estatus de situación terminal o avanzada independientemente de si el enfermo está en situación de IC avanzada o no.

4. ¿Cómo diagnosticar o identificar estos pacientes?

Es realmente difícil establecer un punto determinado a partir del cual se pueda hacer el diagnóstico de IC terminal y que, al mismo tiempo, nos permita también establecer la necesidad de cuidados paliativos. La mayoría de los enfermos con IC pasan por 3 etapas sucesivas:

- Etapa 1: Fase relativamente estable con necesidad de tratamiento médico óptimo.
- Etapa 2: En que se pasan una o varias fases de declive con necesidad de hospitalización, tratamiento de apoyo y paliativo.
- Etapa 3 o fase terminal de deterioro rápidamente progresivo que clínicamente se caracteriza por la aparición, a pesar del tratamiento médico óptimo, de insuficiencia renal, hipotensión arterial, edemas persistentes, fatiga y anorexia.

A pesar de que muchos enfermos con IC avanzada sobreviven episodios de descompensación con alto riesgo vital, cuando acontece la muerte suele ser de forma no prevista, la mayoría de las veces por muerte súbita.

5. Los índices pronósticos:

Se ha desarrollado varios índices pronósticos para definir mejor cuando un enfermo se encuentra en esta etapa, unos son útiles para los enfermos ambulatorios, aunque no suelen incluir biomarcadores ni comorbilidad. Por el contrario, para enfermos hospitalizados, la mayoría de los modelos incorporan variables sobre los niveles de BNP, función renal y la hipotensión arterial. Finalmente podemos encontrar escalas de riesgo para el paciente con IC en urgencias y escalas que predicen el riesgo de reingreso. Algunos de estos modelos podemos encontrarlos en los siguientes **Links**:

http://www.mortalityscore.org/heart_failure.php
<http://www.SeattleHeartFailureModel.org>
<http://ww2.bcnbiohcalculator.org/web/>
<http://www.heartfailurerisk.org/>
<https://ehmrg.ices.on.ca/>
<http://www.ccort.ca/Research/CHFRiskModel.aspx>
http://www.readmissionscore.org/heart_failure.php

Las diferentes sociedades de Cardiología han propuesto diferentes criterios para el diagnóstico de la IC terminal (tablas 1 a 3) (1-5)

Anexo 8. Tabla 1. Criterios de la Sociedad Europea de Cardiología de insuficiencia cardíaca crónica avanzada (1):

Síntomas moderados o graves de disnea y/o fatiga en reposo o con mínimo esfuerzo (clase funcional NYHA III-IV)
Episodios de retención hídrica y/o bajo débito cardíaco.
Evidencia objetiva de disfunción cardíaca grave demostrada con, al menos, uno de los siguientes:
Fracción de eyección <30%
Patrón diastólico pseudonormal o restrictivo
Presiones endocavitarias derechas o izquierdas elevadas
Elevación de péptidos natriuréticos (BNP)
Discapacidad funcional grave demostrada per limitación al ejercicio (test de 6 minutos <300m)
Historia de al menos una hospitalización en los últimos 6 meses
Que estas características estén presentes bajo tratamiento médico óptimo.

Anexo 8. Tabla 2: Pacientes con IC en los que las curas paliativas han de ser consideradas, según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología

Ingresos frecuentes en el hospital o descompensaciones importantes de la IC a pesar de un tratamiento médico óptimo.
Descartados para trasplante cardíaco o asistencias ventriculares mecánicas.
Calidad de vida mala o con síntomas (CF IV NYHA)
Caquexia cardíaca o hipoalbuminemia.
Dependencia per la mayoría de actividades de la vida diaria.
Juicio clínico de que nos encontramos en situación de fin de vida

Anexo 8. Tabla 3. Otros criterios de IC avanzada (3,5)

Otros criterios de IC avanzada:
Situación clínica de bajo gasto cardíaco con sodio <134 mmol/l o creatinina > 2 mg/dl
Bajo gasto cardíaco con enfermedad arterial periférica o hipotensión con dependencia a inotrópicos
Ausencia de indicación o rechazo de tratamientos avanzados

Por último, se debe tener en cuenta, que, en enfermos con IC avanzada, puede ser más importante la calidad que la cantidad de vida. Por ello, los diferentes índices de mortalidad sólo miden una parte del problema. Además, varios estudios han puesto de manifiesto la existencia de graves divergencias en la estimación de estos dos parámetros.

Se ha de tener en cuenta que en enfermos con IC avanzada puede ser más importante la calidad que la cantidad de vida. Por ello, en las actuales Guías de práctica clínica sobre IC de la ESC y otras sociedades se aconseja considerar los cuidados paliativos cuando se dé esta situación definida por alguna de las circunstancias definidas en las tablas 1 a 3.

6. El papel de la Valoración geriátrica global

No podemos olvidar que la media de edad de los enfermos hospitalizados por IC es de 76 años. A este hecho se une que a esta edad la comorbilidad es muy frecuente con alta prevalencia de diabetes, insuficiencia renal, anemia, EPOC, entre otras (6-9). Además, determinadas características geriátricas como fragilidad, depresión y deterioro cognitivo tienen una gran importancia pronóstica y sobre la calidad de vida (10). Por tanto, independientemente de que el enfermo esté en situación de IC avanzada, la situación funcional y/o cognitiva del enfermo, puede también definir un estatus de situación terminal o avanzada.

La herramienta que nos permite reconocer adecuadamente esta situación es una evaluación geriátrica global mínima que nos permitirá reconocer aquellos pacientes que, por su fragilidad, no van a beneficiarse de actitudes agresivas y que precisarán probablemente de soporte paliativo.

La finalidad de esta valoración es cuantificar las capacidades del anciano, sus problemas médicos, y sus problemas funcionales y sociales. Debe incluir, necesariamente, unos mínimos, entre los que debe constar valoración de la funcionalidad (Índice de Barthel), del nivel cognitivo (Short Portable Mental Questionnaire), y del entorno social (escala de Gijón).

Es fundamental recoger la capacidad funcional previa mediante una escala cuantitativa de actividades básicas de la vida diaria como es el índice de Barthel (tabla 3). Para evaluar el

nivel cognitivo de los pacientes, podemos realizar un primer cribado mediante el Short Portable Mental Status Questionnaire (tabla 4).

Finalmente, la valoración social es necesaria, junto con la valoración funcional y cognitiva, para completar esta valoración inicial. Para ello fundamentalmente debemos identificar al cuidador principal, el estado civil del paciente y la existencia o no de familiares que estén al cuidado del paciente.

7. Recomendaciones asistenciales generales (11-13)

- Debemos potenciar el conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes,
- Asimismo, debe potenciarse los conocimientos sobre su evolución y pronóstico, de forma que podamos facilitar la toma de decisiones autónomas y adecuadamente informadas, sobre cómo y dónde prefiere pasar el paciente los últimos momentos de su vida.
- Además de ello debemos alentar a los pacientes a que cumplimenten el documento de voluntades anticipadas y debemos procurar que quede convenientemente registrado, y sea accesible.
- Es importante identificar la estructura de soporte socio-familiar y detectar quien es el cuidador principal o interlocutor válido.
- Una vez en fase de estabilización de la IC sería altamente recomendable discutir con naturalidad aspectos de final de vida.
- Cuando existan decisiones al respecto deben anotarse en la historia clínica e indicar la decisión de limitación de esfuerzo terapéutico de forma accesible al personal sanitario.
- No debe esperarse al traslado del paciente a su destino definitivo, ya sea un centro o al domicilio para iniciar los cuidados paliativos, sino que es recomendable iniciarlos ya en el hospital.

8. Procedimientos y tratamientos que NO deberían aplicarse en enfermos con Insuficiencia Cardíaca terminal

En pacientes con IC, la incertidumbre pronóstica conlleva, a menudo, dificultades a la hora de tomar decisiones al final de la vida. Los cuidados paliativos, asimismo, están poco desarrolladas por la falta de percepción de padecer una enfermedad terminal. Todo ello conlleva que un enfermo puede afrontar el final de su enfermedad con un tratamiento activo incluyendo técnicas y procedimientos agresivos que se podrían considerar fútiles y sin resultados evidentes.

En pacientes en los que se ha detectado esta situación además de las medidas generales recomendadas previamente, se deben evitar los tratamientos o técnicas agresivas, intervencionistas o activos que no ayudarán en la mejora del pronóstico del paciente. Por tanto, los pacientes con IC avanzada no parecen tributarios de:

- Tratamientos en las unidades de cuidados intensivos por eventos clínicos relacionados con su patología cardíaca
- Reanimación cardiopulmonar
- Implante de un desfibrilador automático (DAI) o marcapasos tricameral para tratamiento de resincronización.
- Ventilación mecánica invasiva o no invasiva

- En los pacientes portadores de DAI, debemos plantearnos la posibilidad de desconectar el DAI implantado cuando se encuentren en situación de cuidados paliativos y especialmente en la fase final o de agonía.

9. Referencias Bibliográficas

1. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2012; 33:1787-1847. PMID: 22611136
2. Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, Rutten FH, McDonagh T, Mohacsi P, et al. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the heart failure association of the European Society of cardiology. *Eur J Heart Fail* 2009; 11:433-443. PMID: 19386813
3. Metra M, Ponikowski P, Dickstein K, et al. Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Advanced chronic heart failure: a position statement from the Study Group on Advanced Heart Failure of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2007; 9:684–694. PMID: 17481947
4. Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, et al. Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2012; 125:1928-1952.
5. Huynh BC, Rovner A, Rich MW. Identification of older patients with heart failure who may be candidates for hospice care: development of a simple four-item risk score. *J Am Geriatr Soc*. 2008; 56:1111-5.
6. Abraham WT, Fonarow GC, Albert NM, Stough WG, Gheorghide M, Greenberg BH, ET Al. Predictors of in-hospital mortality in patients hospitalized for heart failure: insights from the Organized Program to Initiate Lifesaving Treatment in Hospitalized Patients with Heart Failure (OPTIMIZE-HF). *J Am Coll Cardiol*. 2008; 52: 347-356. PMID: 18652942.
7. Golwala H, Pandey A, Ju C, Butler J, Yancy C, Bhatt DL, ET Al. Temporal Trends and Factors Associated With Cardiac Rehabilitation Referral Among Patients Hospitalized With Heart Failure: Findings From Get With The Guidelines-Heart Failure Registry. *J Am Coll Cardiol*. 2015; 66: 917-926. PMID: 26293762,
8. Montero-Perez-Barquero M, Manzano L, Formiga F, Roughton M, Coats A, Rodríguez-Artalejo F, et Al . Utility of the SENIORS elderly heart failure risk model applied to the RICA registry of acute heart failure. *Int J Cardiol*. 2015; 182:449-453. PMID: 25602297
9. Conde-Martel A, Arkuch ME, Formiga F, Manzano-Espinosa L, Aramburu-Bodas O, González-Franco Á, et Al. Gender related differences in clinical profile and outcome of patients with heart failure. Results of the RICA Registry. *Rev Clin Esp*. 2015; 215:363-370. PMID: 25796465.
10. Martínez-Selles M, Vidal MT, López-Palop R et al. El anciano con cardiopatía terminal. *Rev Esp Cardiol* 2009;62:409-421. PMID: 19401126.
11. Fox E, Landrum-McNiff K, Zhong Z, Dawson NV, Wu AW, Lynn J, the SUPPORT Investigators. Evaluation of prognostic criteria for determining Hospice Eligibility in patients with advanced lung, heart or liver disease. *JAMA*. 1999; 282:1638-1645. PMID: 10553790.
12. Casarett DJ, Quill TE. “I’m not ready for hospice”: strategies for timely and effective hospice discussions. *Ann Intern Med*. 2007; 146:443-449. PMID: 17371889

13. Hauptman PJ, Havranek EP. Integrating palliative care into heart failure care. Arch Intern Med. 2005;165:374-378. PMID: 15738365

Anexo 9.1. Programa estructurado de educación al paciente y cuidadores en el autocuidado de la IC⁽⁸⁾

La intervención educativa de los pacientes con insuficiencia cardíaca es un elemento clave en el abordaje de los pacientes con esta enfermedad crónica, dirigido especialmente a fomentar hábitos saludables, la adherencia al tratamiento y el autocontrol. Es muy importante conseguir la implicación del paciente y de los familiares con el objetivo de conseguir una correcta comprensión de los aspectos más importantes de la enfermedad, para conseguir que tome una actitud proactiva para un mejor control y pronóstico de la misma. En este sentido es importante que pacientes y familiares conozcan las características de su enfermedad, cuál es el tratamiento que se ha prescrito y para qué sirve, aprender a utilizar una pauta flexible de tratamiento diurético, identificar de manera clara cuando aparecen síntomas de alarma de descompensación de su insuficiencia cardíaca y las actuaciones que deben realizar, conocer el teléfono al que deben llamar en caso de dudas o descompensación de su enfermedad, la comprensión del carácter crónico de la enfermedad, la importancia del autocuidado en aspectos preventivos y de tratamiento.

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica que acompañará al paciente durante el resto de su vida. Por este motivo es fundamental que el paciente y los familiares tengan una actitud proactiva para el control de la misma y que dispongan de toda la información necesaria para que conozcan bien esta enfermedad. Así mismo, es imprescindible que los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) se organicen para asegurar una correcta continuidad asistencial del paciente entre los distintos niveles asistenciales.

En el Hospital Moisès Broggi disponemos de una Enfermera clínica de Cardiología y de la Enfermera de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca que durante el año 2015 han estado en contacto periódico con las enfermeras Gestoras de casos de Atención Primaria. Se han realizado reuniones mensuales entre ellas para consensuar el protocolo de formación educativa para pacientes y familiares con insuficiencia cardíaca, el material informativo a entregar, las hojas de constantes vitales y control de peso, los teléfonos de contacto con el personal sanitario, hojas de tratamiento farmacológico facilitando a los pacientes el horario de su administración y el material de presentación powerpoint que se explicaría a los pacientes y familiares en las sesiones grupales. De este modo se asegura que toda la información que se facilita a los pacientes con insuficiencia cardíaca es la misma desde cualquier dispositivo situado en el territorio, bien a nivel hospitalario como desde atención Primaria.

En la siguiente tabla se enumeran los tópicos esenciales que se abordan en el protocolo de intervención educativa en IC dirigido a pacientes, cuidadores y familiares, consensuado entre Hospital-Atención Primaria y basado en las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología.

⁽⁸⁾ Román Freixa Pamias. Con permiso del servicio de cardiología del Hospital Moisès Broggi (Hospitalet de Llobregat / Sant Joan Despí).

Anexo 9.1. Tabla 1. Protocolo de intervención educativa en la IC (ESC)

Tópico	Habilidades, destrezas y comportamientos de auto-cuidado
Definición y etiología	Entender la causa de la IC y el porque de los síntomas
Síntomas y signos	Monitorizar y reconocer signos y síntomas Registro diario de peso e identificar aumento rápido del mismo Saber cuando y como contactar con el personal sanitario Usar pautas flexibles de diuréticos si aconsejable e indicado.
Tratamiento farmacológico	Conocer indicación, dosis y efectos. Reconocer efectos secundarios comunes de las medicaciones prescritas
Modificación de factores de riesgo	Insistir en importancia del cese del hábito tabáquico Monitorizar PA si HTA Mantener adecuado control glucémico en diabéticos. Evitar el exceso de peso
Recomendaciones dietéticas	Restricción de sal si está indicada Evitar el exceso de líquidos Moderar consumo de alcohol Monitorizar y prevenir malnutrición
Recomendaciones de ejercicio	Tranquilizar sobre la actividad física. Entender los beneficios del ejercicio Realizar ejercicios de forma regular
Actividad sexual	Tranquilizar sobre la actividad sexual y discutir problemas con el personal sanitario Entender problemas sexuales específicos y diferentes estrategias de abordarlos
Vacunación	Insistir en necesidad de hacerlo frente a la gripe y neumococo
Desordenes del sueño y la respiración	Importancia de dejar de fumar Evitar el exceso de peso Abstenerse de consumir alcohol. Instruir sobre tratamientos específicos en casos apropiados
Adherencia al tratamiento	Entender la importancia de seguir las recomendaciones de tratamiento y mantener la motivación para seguir el plan de tratamiento
Aspectos psicosociales	Entender que los síntomas depresivos y las alteraciones cognitivas son frecuentes en IC y la importancia del apoyo social Explicar tratamientos apropiados si están indicados.
Pronóstico	Entender la importancia de factores pronósticos y tomar decisiones realistas. Buscar apoyo psicosocial si es necesario

Los 457 pacientes con Insuficiencia cardiaca que han ingresado en el Hospital Moisès Broggi han recibido un programa de formación educativa iniciado por la Enfermera Clínica de Cardiología y continuado en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca por la Enfermera de la UIC según el protocolo establecido y recibiendo en cada sesión formativa unos contenidos específicos consensuados. Una vez finalizada la intervención educativa durante el tiempo en que el paciente acude a la Unidad de Insuficiencia cardiaca, la enfermera de la UIC se pone en contacto con la enfermera de enlace para explicar la situación clínica del paciente con el objetivo de asegurar una correcta transición entre niveles asistenciales y permitir una mejor continuidad asistencial. Posteriormente, la gestora de casos y la enfermera de atención primaria se encargarán de mantener el soporte educativo en esta nueva etapa. Los pacientes ingresados en la planta de hospitalización de cardiología que no cumplen criterios de seguimiento en la unidad de IC, la Enfermera Clínica de Cardiología inicia el programa de formación y en el momento del alta hospitalaria contacta con la enfermera gestora de casos de Atención Primaria para informar de la situación del paciente y ésta de manera coordinada con su enfermera de Atención Primaria se encarga de continuar el programa de formación (en el domicilio o en el propio Centro de Atención Primaria) según el protocolo consensuado.

A continuación, detallamos los objetivos y acciones de la intervención educativa que se lleva a cabo en cada uno de los tres niveles asistenciales (Hospitalización, Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Atención Primaria)

1. Intervención educativa durante la Hospitalización:

a) Objetivos.

- a. Inicio de proceso educativo, fundamental explicar la enfermedad, sus causas, sus síntomas y su carácter crónico
- b. Destacar la importancia del autocuidado y la adherencia al tratamiento en la evolución
- c. Recomendaciones básicas sobre hábitos de vida saludables (dieta, ejercicio, actividad sexual)

b) Acciones

- a. Entregar y explicar el tríptico con información general sobre IC, a la llegada del paciente
- b. Sesiones de grupo con presentación powerpoint centrada en los tres objetivos. Periodicidad semanal, conjuntas para pacientes ingresados en Medicina Interna y Cardiología. Participación de pacientes, cuidadores y familiares
- c. Entrega de la receta de tratamiento al alta. Irá adjunta al informe de alta y contendrá recomendaciones básicas generales sobre dieta y actividad física. Constará fecha y lugar de la próxima visita de seguimiento ambulatorio y recomendación para que se ponga en contacto con su médico y enfermera de atención primaria

2. Intervención educativa durante el seguimiento en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca tras el alta hospitalaria

a) Objetivos

- a. Reforzar aspectos trabajados en la sesión de grupo realizada durante la hospitalización
- b. Explicar tratamiento farmacológico, indicaciones, posología, efectos adversos más comunes
- c. Signos de alarma de descompensación, y vías de contacto con personal sanitario del hospital (Unidad IC) y de atención primaria.
- d. Aspectos psicosociales. Valorar necesidad de soporte psicosocial
- e. Adherencia al tratamiento
- f. Modificación de factores de riesgo
- g. Actividad sexual
- h. Vacunación
- i. Desordenes del sueño y respiración
- j. Pronóstico

b) Acciones

- a. Sesiones de grupo con presentación powerpoint centradas en los 12 tópicos de la Sociedad Europea de Cardiología recogidos en la tabla. Periodicidad mensual. Distribuir los 12 tópicos a tratar en 3 sesiones. Incidir de forma especial en algunos de ellos en cada una de las tres sesiones, pero intentando abordar el conjunto en cada sesión. Una cuarta sesión de refuerzo y evaluación de conocimientos.
- b. Refuerzos educativos básicos (adherencia al tratamiento y signos de alarma) durante las visitas en la consulta de enfermería

3. Intervención educativa durante el seguimiento en atención primaria

a) Objetivos

- a. Dar continuidad al proceso educativo iniciado en el ámbito hospitalario

b) Acciones

- a. Utilización del tríptico de información general sobre IC para reforzar el proceso educativo iniciado en el ámbito hospitalario.

- b. Refuerzos educativos básicos (adherencia al tratamiento y signos de alarma) durante las visitas en la consulta de enfermería
- c. Organización de sesiones con presentación Powerpoint dirigidas a pacientes, cuidadores y familiares, con objeto de dar continuidad y reforzar el proceso educativo. Aconsejable en centros de Salud en los que se concentre un número significativo de pacientes de estas características.

De manera complementaria al programa de formación de pacientes y familiares con insuficiencia cardiaca, se han realizado reuniones multidisciplinares entre distintos profesionales (médicos geriatras, cardiólogos y médicos internistas, enfermeras clínicas del hospital, enfermeras gestoras de casos de atención primaria, asistente social, representantes de residencias geriátricas y cuidados paliativos) con una periodicidad mensual, para comentar casos de pacientes complejos y consensuar entre todos la mejor actitud terapéutica o recursos que se deben activar para una mejor atención del paciente. En cada sesión se presentan alrededor de 15 pacientes.

El programa de formación de pacientes y familiares se han realizado mediante sesiones grupales y también en visitas específicas con enfermeras. Se han invertido alrededor de 350 horas para llevar a cabo este programa educativo. Los contenidos de las sesiones grupales se han consensuado, se ha entregado un único tríptico a todos los pacientes y se ha mostrado en cada reunión de grupo la misma presentación powerpoint. Se ha registrado una participación activa de pacientes, cuidadores y familiares en las sesiones grupales que estaban organizadas. El 85% de los pacientes ha participado en todas las sesiones grupales, alcanzando un buen nivel de conocimientos en insuficiencia cardiaca.

En las visitas específicas con enfermería se ha conseguido profundizar en la resolución de dudas, promocionar el autocuidado, reforzar los signos de alarma y dar un especial énfasis en la comprensión de los fármacos y medidas no farmacológicas recomendadas, para asegurar una mejor adherencia al tratamiento. El programa de formación educativa en insuficiencia cardiaca ha sido muy bien recibido y valorado por parte de los pacientes, cuidadores y familiares. Así mismo, el personal de enfermería ha valorado positivamente este programa, les ha empoderado para liderar el programa educativo que han consensuado con otras enfermeras de otros niveles asistenciales y ha permitido establecer una buena coordinación asistencial entre cardiología hospitalaria y atención primaria. Consideramos que la ejecución de este programa educativo de formación en IC que hemos desarrollado ha sido muy satisfactorio y beneficioso para los pacientes. Creemos que es un elemento fundamental y necesario que facilita junto a otros programas, un abordaje holístico de una enfermedad compleja como es la insuficiencia cardiaca.

Anexo 9.2. Programa estructurado de educación al paciente y cuidadores en el autocuidado de la IC. Ejemplo de díptico ⁽⁹⁾

Anexo 9.2. Figuras 1 y 2. Díptico educativo para pacientes con IC

¿QUÉ TENEMOS QUE HACER?

- ♥ **LIMITAR LOS LÍQUIDOS A 1'5 LITROS DIARIOS:**
¡Todo lo que bebemos es líquido!
¿Si tengo mucha sed?
 - ◆ Líquido frío o cubitos de hielo.
 - ◆ Reduzca las bebidas con cafeína (café, té y algunas bebidas gaseosas).
 - ◆ Reduzca el consumo de bebidas alcohólicas.
 - ◆ Masque chicle o caramelos de menta.
 - ◆ Añada zumo de limón al té o al agua mineral.
- ♥ **NO SUPERAR UNA INGESTA DIARIA DE MÁS DE 2 GRAMOS DE SODIO (SAL=1 CUCHARADITA DE CAFÉ AL DÍA)**
- ♥ **COMA UNA DIETA MEDITERRÁNEA, POCO ABUNDANTE... MÁS COMIDAS PERO MENOS CANTIDADES.**
- ♥ **CONTROLE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: OBESIDAD, HIPERTENSIÓN, DIABETES, ALCOHOL, TABACO Y OTROS TÓXICOS.**
- ♥ **AUMENTAR ½ COMPRIMIDO DE DIURÉTICO HABITUAL, SI:**
 - ◆ Celebraciones especiales: cumpleaños, navidad.
 - ◆ Catarro, infección respiratoria.
 - ◆ Aumento de edemas que no mejoran con el decúbito o síntomas de fatiga.
 - ◆ Aumento de peso de forma "rápida".



EDUCACIÓN AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA



**UNIDAD DE INSUFICIENCIA
CARDIACA DEL H. U. M. SERVET,
ZARAGOZA**







La insuficiencia cardíaca es una enfermedad que aparece cuando el corazón es incapaz de bombear la sangre suficiente para satisfacer las necesidades del organismo.


Afecta al desarrollo de las actividades de la vida diaria, y en la mayoría de los casos es un problema crónico que evoluciona a lo largo de los años.



EL REMEDIO MÁS EFICAZ
EN EL TRATAMIENTO DE
LA INSUFICIENCIA
CARDÍACA

TÚ !!!!

Para controlar esta enfermedad es
muy importante:



- ♥ QUE TOMÉ LOS MEDICAMENTOS EXACTAMENTE COMO LE DIGA EL MÉDICO/ENFERMERA ¡SE ENCUENTRA BIEN PORQUE ESTÁ SIGUIENDO EL TRATAMIENTO!!!!
- ♥ RECONOCER LOS SIGNOS DE ALARMA Y SABER CÓMO ACTUAR.
- ♥ HACER CAMBIOS EN LOS HÁBITOS DE VIDA...

¡Y MANTENERLOS!

SÍNTOMAS DE DESCOMPENSACIÓN

- ♥ Ganancia de peso rápida (más de 1 kg en un día o más de 2 Kg en una semana).
- ♥ 500gr de aumento de peso dos días consecutivos.
- ♥ Menor cantidad de orina.
- ♥ Acumulación de líquido en tobillos, pies (edemas) y abdomen.
- ♥ Aumento de falta de aire (disnea).
- ♥ Necesidad de incrementar el número de almohadas a la hora de dormir. Tos que obliga a levantar de la cama.
- ♥ Empeoramiento del cansancio y de su actividad habitual diaria.

¿QUÉ NOS DESCOMPENSA?

- ♥ BEBER MÁS LÍQUIDOS DE 1,5 LITROS.
- ♥ COMER CON DEMASIADA SAL.
- ♥ NO TOMAR LA MEDICACIÓN HABITUAL
- ♥ CATARROS, TANTO CON FIEBRE O SIN ELLA E INFECCIONES.
- ♥ CIERTOS MEDICAMENTOS, COMO: ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOIDES.
- ♥ ANEMIA.
- ♥ PALPITACIONES / ANGINA.
- ♥ CIRUGÍA.

⁽⁹⁾ Con permiso del servicio de cardiología del Hospital Miguel Servet (Zaragoza).

Anexo 10. Informe de alta preconfigurado

Anexo 10. Tabla 1. Contenidos del informe preconfigurado de alta para la IC

Contenidos	Observaciones
<p>1. Referidos a la identificación del hospital y unidad asistencial</p> <p>1.1. Nombre del establecimiento, domicilio social del mismo y teléfono.</p> <p>1.2. Identificación, en caso de estar diferenciada, de la unidad asistencia o servicio clínico que dé el alta.</p> <p>1.3. Nombre, apellidos y rúbrica del médico responsable.</p>	<p>Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221</p>
<p>2. Identificación del paciente</p> <p>2.1. Número de historia clínica del paciente y número de registro de entrada.</p> <p>2.2. Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo del paciente, diferenciando sexo masculino (m) o femenino (f).</p> <p>2.3. Domicilio postal del lugar habitual de residencia del paciente.</p>	<p>Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221</p>
<p>3. Referidos al proceso asistencial</p> <p>3.1. Día, mes y año de admisión.</p> <p>3.2. Día, mes y año de alta.</p> <p>3.3. Motivo del alta: Por curación o mejoría, alta voluntaria, fallecimiento, o traslado a otro Centro para diagnóstico y/o tratamiento.</p> <p>3.4. Motivo inmediato del ingreso.</p> <p>3.4. Resumen de la historia clínica</p> <p>3.5. Resumen de la exploración física</p>	<p>Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221</p> <p>Los informes de alta recogen la fecha de ingreso y de alta en el hospital, incluyendo los traslados entre unidades asistenciales</p> <p>- Factores de riesgo cardiovascular.</p> <p>- Comorbilidades que se consideren relevantes.</p> <p>- Clase funcional del paciente previo al ingreso (NYHA).</p> <p>- Situación basal del paciente: actividades básicas vida diaria, vive solo o acompañado</p> <p>Peso (ingreso y alta), talla, presión arterial, perímetro de cintura, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, ingurgitación yugular, auscultación cardiaca y auscultación pulmonar, abdomen (hepatomegalia), edemas, varices o signos de trombosis venosa profunda en miembros inferiores.</p>

Contenidos		Observaciones
3.6. 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"> - Analítica: hemograma, glucosa, colesterol total, HDL y LDL colesterol, triglicéridos, creatinina, iones, transaminasas, TSH, ferritina, péptidos natriuréticos. Filtrado glomerular estimado (CKD-EPI). INR en pacientes anticoagulados con antagonistas de la vitamina K, HbA1C en pacientes diabéticos. En pruebas más específicas incluir rango de normalidad entre paréntesis. - Técnicas diagnósticas: informe ECG, informe Ecocardiograma, informe Rx tórax. 	
3.7. Diagnóstico principal.	<p>Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida o con fracción de eyección preservada Clase funcional al alta (NYHA)</p>	
3.8. Otros diagnósticos, en su caso.	<p>Incluir los relevantes para el seguimiento del paciente (factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades relevantes (cardiopatía isquémica, EPOC, hipertensión arterial, insuficiencia renal), etc. Complicaciones durante el ingreso.</p>	
3.9. Procedimientos		<ul style="list-style-type: none"> ☑ Se pondrán de forma clara y sencilla, para evitar posibles errores de prescripción o de interpretación. ☑ Se pondrán todos los fármacos que tome el paciente. ☑ Si se pone el nombre comercial, sería deseable que entre paréntesis se pusiese el principio activo. ☑ 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). ☑ Se indicarán aquellos fármacos a evitar (por ejemplo, AINEs en insuficiencia cardíaca).
3.10. Recomendaciones terapéuticas	<p>En todo paciente dado de alta hospitalaria por IC se deben considerar las siguientes indicaciones terapéuticas, salvo que estén contraindicadas por cualquier otra causa (recomendable check-list):</p>	
3.10. Objetivos terapéuticos específicos	<p>Diuréticos de asa, tiazidas, betabloqueantes, IECAS/ARAI, antialdosterónicos, ivabradina, digoxina, etc. Referencia a titulación de dosis hasta dosis objetivo, ajuste de dosis según situación clínica. Referencia a cuándo realizar control analítico de función renal (creatinina, filtrado glomerular estimado, iones), control de frecuencia cardíaca (betabloqueantes, ivabradina).</p> <p>Otros tratamientos farmacológicos: antiagregantes, anticoagulantes, estatinas, antidiabéticos,</p> <p>En todo paciente dado de alta hospitalaria por IC se deben considerar los siguientes objetivos terapéuticos, salvo que estén contraindicadas por cualquier otra causa (recomendable check-list):</p>	

Contenidos	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Dieta: ingesta calórica y dieta cardiosaludable. Objetivo: índice de masa corporal (IMC) deber estar entre 20-25 kg/m². • Actividad física • Abstención absoluta del tabaco. • Evitar el alcohol • Vacunación antigripal anual (en Atención Primaria). • Vacunación antineumocócica a los mayores de 65 años o en caso de cardiopatía grave (en Atención Primaria). • Presión arterial. <140/90.Recomendaciones específicas en caso de mal control de la presión arterial (fármacos a titular/añadir). • Frecuencia cardiaca. <70 lpm, si ritmo sinusal, <80 lpm si fibrilación auricular. Indicar si el paciente tiene un objetivo diferente. • Lípidos. Valorar en función del riesgo cardiovascular del paciente. • Diabetes. Hemoglobina glicosilada (HbA1c) <7,0%. Realizar recomendaciones específicas en cuanto al tratamiento en caso necesario en función de la edad, comorbilidades, etc. 	<p>La dieta cardiosaludable, incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baja en sal. - Pobre en grasas de origen animal y carnes rojas. - Basada en verduras y legumbres, fruta, aceite de oliva, pescados. - Los lácteos deben de ser desnatados. - Abstenerse de mantequillas, margarinas, embutidos, alimentos precocinados, comidas rápidas y “snacks”. Utilizará aceite de oliva virgen extra para cocinar y condimentar. - Recomendaciones individuales según el paciente. - Si es diabético, evitará el pan, azúcar, dulces, patatas, arroz o pasta y limitar las frutas ricas en azúcares (uvas, melón, plátano). - Ejercicio físico adecuado a cada caso (paseo diario),
<p>4. Calendario de visitas</p>	<p>Indicar si el paciente va a realizar programa de rehabilitación cardiaca.</p> <p>Recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 24 horas después del alta, contacto telefónico con una enfermera (idóneamente gestora de casos). - Visita al centro de salud < 10 días. - Consulta de cardiología < 30 días.

Contenidos		Observaciones
	<p>En pacientes con IC estable, evaluación clínica cada 6 meses, incluyendo una revisión de la medicación y test de la función renal (en AP).</p> <p>En pacientes de riesgo o frágiles establecer un programa de seguimiento estructurado para la detección precoz de la descompensación y la optimización terapéutica, basado -en la medida de lo posible- en la intervención domiciliaria (gestoras de casos).</p> <p>Indicar motivos de derivación preferente o teleconsulta con cardiología</p> <p>Evitar la derivación a los servicios de urgencias en las descompensaciones.</p>	
<p>5. Apoyos de información al paciente y cuidador</p>	<p>http://www.fundaciondelcorazon.com</p> <p>http://www.mimocardio.org</p> <p>Pág. Web de la unidad de cardiología (si disponible)</p> <p>Asociaciones de autoayuda</p>	