

VÍA CLÍNICA PARA LA GESTIÓN DE CASOS DEL PACIENTE COMPLEJO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: ALTA HOSPITALARIA



ÍNDICE

1. Introducción.
2. Vía clínica para la gestión de casos del paciente complejo con Insuficiencia Cardíaca: alta hospitalaria
3. Representación gráfica de la vía clínica.
4. Índice PROFUND.
5. Escala europea de autocuidado en Insuficiencia Cardíaca.
6. Cuestionario telefónico para seguimiento desde Atención Primaria.
7. Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Cardíaca.
8. Listados de verificación.
9. Teléfonos de contacto.
10. La alimentación y nutrición en la Insuficiencia cardíaca: información para el paciente.
 - 10.1. Recomendaciones para una alimentación equilibrada.
 - 10.2. Control de líquidos.
 - 10.3. Control de la sal.
 - 10.4. Control de las grasas saturadas y del colesterol.
 - 10.5. Técnicas de preparación culinarias.
11. El tratamiento en la insuficiencia cardíaca: información para el paciente.
 - 11.1. Recomendaciones en el tratamiento de la Insuficiencia cardíaca (versión completa).
 - 11.2. Recomendaciones en el tratamiento de la Insuficiencia cardíaca (versión reducida):
12. El ejercicio físico en la insuficiencia cardíaca: información para el paciente.
13. Indicadores de evaluación.

AUTORES:

Pilar Castro López_ EGCAP_ U.G.C. Tiro de Pichón_ D.S. Málaga-Guadalhorce.
Magdalena Cuevas Fernández-Gallego_ EGCAP_ U.G.C. Teatinos/Portada Alta_ D.S. Málaga-Guadalhorce.
Concepción Cruzado Álvarez_ Subdirección de Enfermería_ H. Regional de Málaga y Virgen de la Victoria.
Ana María Fernández Vargas_ Médico de Familia_ U.G.C. Victoria_ D.S. Málaga-Guadalhorce.
María Isabel Fernández Vázquez_ EGCAP_ D.S. Málaga-Guadalhorce.
Jose Manuel García Pinilla_ Cardiólogo_ U.G.C. Cardiología_ H. Virgen de la Victoria.
Nieves Hevia Ceba_ Enfermera_ U.G.C. Cardiología_ H. Regional de Málaga.
Lourdes Padilla Romero_ EGCH_ H. Virgen de la Victoria.
Jose María Pérez Ruiz_ Cardiólogo_ U.G.C. Cardiología_ H. Regional de Málaga.
Inmaculada Vicente Peralta_ EGCH_ H. Regional de Málaga.

VÍA CLÍNICA PARA EL ALTA HOSPITALARIA DEL PACIENTE COMPLEJO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

En los últimos años se han producido avances importantes en el tratamiento de muchas enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, la insuficiencia cardiaca (IC) continúa produciendo una morbilidad importante y supone una tensión creciente para la disponibilidad de recursos de los sistemas sanitarios. Es la primera causa de hospitalización en España en personas mayores de 65 años, presentando una mortalidad anual del 50% en los estadios más avanzados y es la causa del 6% de la mortalidad total en España.

La mayor prevalencia de IC se relaciona principalmente con el envejecimiento de la población pero también contribuye a este aumento: una mayor supervivencia tras el infarto de miocardio, un tratamiento insuficiente de la hipertensión arterial y una mejora en el pronóstico de pacientes con insuficiencia cardiaca establecida.

La elaboración de programas multidisciplinarios ha revolucionado el tratamiento y la evolución clínica de los pacientes con insuficiencia cardiaca. Estos programas de manejo de la enfermedad han reducido de manera significativa las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca, mejorado la calidad de vida y el autocuidado de los pacientes y reduciendo la mortalidad.

En todos los programas el componente fundamental es la adecuada educación del paciente y sus familiares (cuidador principal), deben aprender a reconocer los síntomas y llevar a cabo medidas de autocontrol. La educación en salud debe empezar en el hospital y ser continuada y persistente si queremos mejorar su adaptación a la enfermedad, garantizar una mayor autonomía y mejorar la adhesión al tratamiento.

La planificación del alta es otro aspecto importante en el tratamiento de pacientes con IC, esta vía clínica pretende garantizar que los pacientes complejos sean dados de alta del hospital en el momento oportuno de su atención y que se produzca una adecuada comunicación y coordinación que garantice la continuidad de la atención en el entorno comunitario.

La planificación de las altas hospitalarias y del seguimiento tras la hospitalización suele ser insuficiente, lo que contribuye al inadecuado autocontrol del paciente. Un elemento importante de la planificación del alta es la efectividad de la comunicación entre el hospital y atención primaria, si bien no existen ensayos clínicos al respecto. Es necesario garantizar el acceso al personal sanitario tras el alta, los programas mediante el seguimiento telefónico estructurado han demostrado buenos resultados.

La atención domiciliaria precoz también se relaciona con un menor número de reingresos. Mediante una sencilla intervención educativa para pacientes con IC sistólica, basada en una única visita efectuada, una semana después del alta hospitalaria en el domicilio del paciente realizada por personal de enfermería, se obtuvo una significativa menor tasa de reingresos, mortalidad y coste, con una mejor calidad de vida.

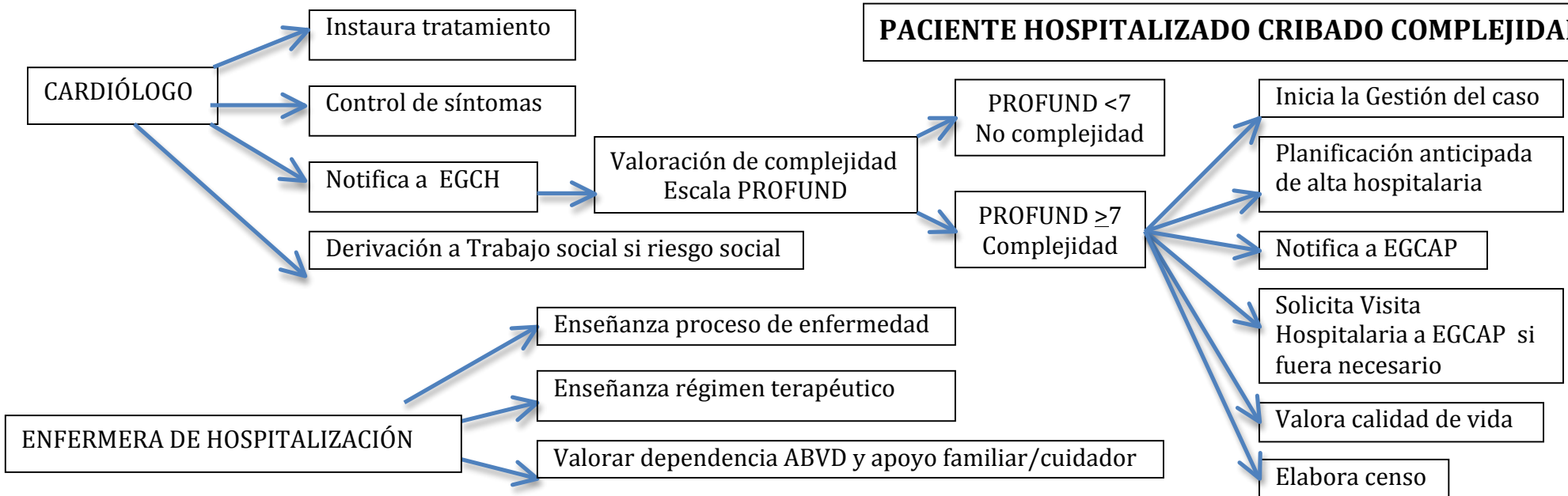
Las vías clínicas son instrumentos para planificar y coordinar la secuencia de procedimientos médicos, de enfermería y administrativos necesarios para conseguir la máxima eficiencia en el proceso asistencial. Para la elaboración de esta vía se ha reclutado un equipo multidisciplinario, que ha trabajado hasta llegar a un consenso entre la experiencia de los profesionales y la revisión de la evidencia científica. El trabajo no termina aquí, el objetivo final es la implantación de esta vía clínica, así como medir su impacto y reevaluarla periódicamente. Este instrumento supone una oportunidad de mejorar la atención al paciente complejo con IC, a partir de la estandarización de los cuidados y de establecer un clima de colaboración multidisciplinario.

IC PACIENTE HOSPITALIZADO CRIBADO COMPLEJIDAD				
NIVEL	QUIÉN	QUÉ	CÓMO	CUANDO
AH	Cardiólogo	Instaura tratamiento Control síntomas Informa EGCH Derivación a Cuidados Paliativos si procede	PAI IC, GPC y protocolos	Desde el ingreso
	Enfermera hospitalización	Enseñanza proceso enfermedad Enseñanza régimen terapéutico Valora dependencia AVD Valora apoyo familiar/cuidador		
	EGCH	Valora nivel de complejidad e inicia gestión del caso del paciente complejo Informa EGCAP Valoración y planificación anticipada del alta hospitalaria Valora calidad de vida al alta hospitalaria Elabora censo de pacientes	Escala PROFUND $\geq$ 7 (alta complejidad) Contacto telefónico EGCAP Solicita visita hospitalaria de EGCAP cuando se requiera Escala autoadministrada MLHFG	
	Cuidados Paliativos	Valoración y plan de atención inicial	Visita hospitalaria y entrevista con Cardiólogo Establecer nivel de complejidad Aplicación PAI Cuidados Paliativos	
	Cardiólogo/ Enfermera /EGCH/ Cuidados paliativos	Derivación a Trabajo social si riesgo social	Protocolos	
	Trabajador social	Valoración y plan de atención en pacientes con riesgo social		
AP	EGCAP	Notifica a Médico y Enfermera de familia el ingreso del paciente complejo Planificación anticipada del alta hospitalaria	Reunión UAF Realiza visita hospitalaria a petición de EGCH cuando se requiera	

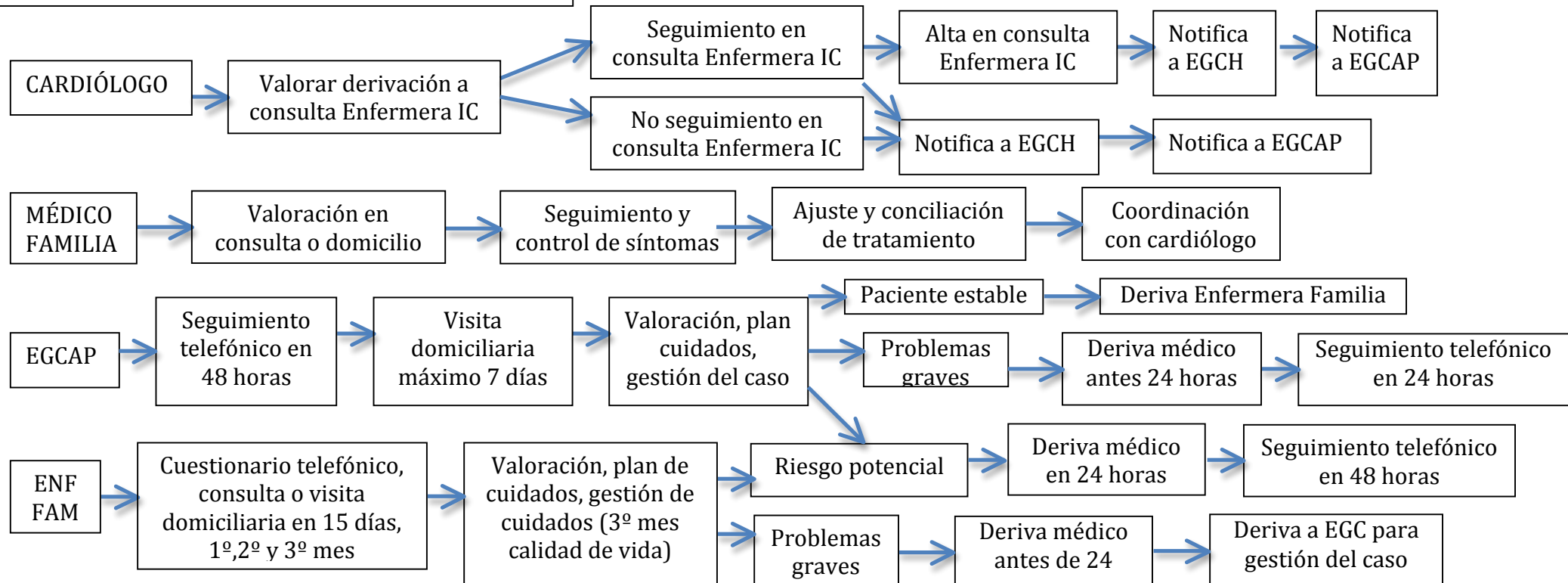
IC ALTA HOSPITALARIA PACIENTE COMPLEJO				
NIVEL	QUIÉN	QUÉ	CÓMO	CUANDO
AH	Cardiólogo	Valora derivar o no a Consulta Enfermera IC Notifica alta hospitalaria a EGCAH Informe de alta hospitalaria Planifica Revisión en C. Específica o General	PAI IC, GPC y protocolos Documentos informativos para el paciente: dieta, ejercicio y medicación. Teléfono	Al alta hospitalaria
	Enfermera consulta IC	Titulación de fármacos Evaluar integral y periódicamente las necesidades educativas del paciente y/o persona cuidadora Evaluar su nivel de autocuidado Educar integral y gradualmente Informa a EGCH del alta del paciente en esta consulta		
	EGCH	Informa a EGCAP del alta hospitalaria y del alta en consulta Enfermera IC del paciente complejo (PROFUND≥7)	Teléfono	
AP	EGCAP	Recibe el alta hospitalaria y el alta en consulta Enfermera IC del paciente complejo (PROFUND≥7)		
		Gestión del caso del paciente complejo (PROFUND≥7)	Cuestionario telefónico en 48 horas. Visita domiciliaria, valoración y plan de cuidados antes de 7 días. Documentos informativos para el paciente: dieta, ejercicio y medicación. Tras valoración domiciliaria derivación-coordinación a médico y enfermera de familia para seguimiento de aquellos pacientes estables que no acudan a consulta Enfermera de IC. Si presencia de síntomas graves de descompensación y/ o bio-medidas en rango de gravedad, valoración por el médico antes de 24	

AP			horas y continuar seguimiento en gestión de casos Si presencia de síntomas de descompensación, valoración por el médico de familia en 24 horas y continuar seguimiento en gestión de casos.
	Médico de Familia	Valoración del paciente / Seguimiento/ Control de síntomas/ Ajuste y conciliación del tratamiento.	PAI IC, GPC Y protocolos
		Coordinación con EGCAP-Enfermera de familia	Reunión UAF o telefónicamente
		Coordinación telefónica con cardiólogo	H. General: Miércoles 13-14 h H. V. Victoria: de Lunes a Jueves de 12-13 h
	Enfermera de familia	Recibe notificación e informe de valoración domiciliaria de EGCAP realizado en primera semana tras alta del paciente complejo. Continúa seguimiento del paciente complejo estable que no realice seguimiento en consulta Enfermera de IC. Deriva a EGC los pacientes con síntomas graves de descompensación o bio-medidas en rango de gravedad para gestión del caso. Valora calidad de vida al 3º mes	Cuestionario telefónico, consulta o visita domiciliaria en 15 días, 1º,2º y 3º mes. Test autoadministrado MLHFQ al 3º mes.
			Si presencia de síntomas graves de descompensación y/ o bio-medidas en rango de gravedad, valoración por el médico antes de 24 horas. Si presencia de síntomas de descompensación, valoración por el médico de familia en 24 horas y cuestionario telefónico en 48 horas.
		Continúa seguimiento del paciente complejo tras el alta en consulta de Enfermera de IC	Cuestionario telefónico y seguimiento en consulta de enfermería según necesidad.
		Coordinación con EGCAP-Médico de familia	Reunión UAF o telefónicamente
	Médico y enfermera de familia/ EGCAP	Derivación a Trabajo social si riesgo social	Protocolos
Trabajador social	Valoración y plan de atención en pacientes con riesgo social		

PACIENTE HOSPITALIZADO CRIBADO COMPLEJIDAD



ALTA HOSPITALARIA PACIENTE COMPLEJO



ÍNDICE PROFUND

Estratificación del riesgo de muerte en pacientes pluripatológicos en los siguientes 12 meses.

Clasifica al paciente en cuatro grupos:

- 0-2 puntos: 21-21,5%
- 3-6 puntos: 30,5-32%
- 7-10 puntos: 43-46%
- 11 o más puntos: 61-62%

Características	ODDS RATIO (IC 95 %)/p	Índice PROFUND
Demográficas ≥85 años	1,71 (1,15-2,5)/0,008	3
Clinicas Neoplasia activa	3,36 (1,9-5,8)/<0,0001	6
Demencia	1,89 (1,1-3,1)/0,019	3
Clase funcional III-IV de la NYHA o MRC	2,04 (1,4-2,9)/<0,0001	3
Delirio en el último ingreso hospitalario	2,1 (1,5-4,9)/0,001	3
Analíticas Hemoglobina <10 g/dl	1,8 (1,2-2,7)/0,005	3
Psicométricas-funcionales-sociofamiliares Índice de Barthel <60	2,6 (1,38-3,4)/<0,0001	4
Persona cuidadora distinta del cónyuge o sin persona cuidadora	1,51 (1,02-2,2)/0,038	2
Asistenciales ≥4 ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses	1,9 (1,07-3,29)/0,028	3
Puntuación total		0-30 puntos

ESCALA EUROPEA DE AUTOCUIDADO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA
(European Heart Failure Self-care Behaviour scale) by Jaarsma, Stromberg, Martenson & Dracup

Nombre del paciente:

Fecha:

Responda con sinceridad a las siguientes afirmaciones. Haga un círculo en el número 1 si está completamente de acuerdo con la afirmación (es decir si hace siempre lo que se comenta). Haga un círculo en el 5 si está completamente en desacuerdo con la afirmación (es decir si no hace nunca lo que se comenta). Haga un círculo en los números del 2 al 4 para respuestas intermedias. Aunque no esté seguro por completo en alguna cuestión marque la respuesta que crea más ajustada a su situación:

		Completamente de acuerdo/ Siempre				Completamente en desacuerdo/ Nunca
		1	2	3	4	5
1	Me peso cada día					
2	Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso					
3	Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi doctor o enfermera					
4	Si aumento 2 Kg. en una semana, contacto con mi doctor o enfermera					
5	Limito la cantidad de líquidos que bebo (no más de 1½-2 litros)					
6	Si experimento aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi doctor o enfermera					
7	Realizo una dieta baja en sal					
8	Tomo toda la medicación como me han indicado					
9	Hago ejercicio regularmente					

TOTAL

CUESTIONARIO TELEFÓNICO PARA EL SEGUIMIENTO DESDE AP

El primer paso para llevar a cabo la entrevista telefónica, es una presentación formal del entrevistador y una explicación breve del por qué y para qué es la entrevista, así como una reseña sencilla del contenido de la misma.

Las primeras preguntas deberían recoger y confirmar la información sobre su ingreso hospitalario y a continuación preguntar sobre su estado de salud actual. En estos pacientes es fundamental disponer antes de hacer la entrevista del informe de alta tanto médico como de enfermería. Este aspecto de la comunicación entre Atención Primaria y el hospital mejorará en tanto avance la implementación de Diraya como historia única digital.

Una de las limitaciones de la entrevista telefónica es la falta de contacto físico con el paciente, mientras se pregunta no hay posibilidad de observar los gestos, ni el lenguaje corporal que emite el informante.

Es importante aprender a cortar el diálogo con mucha discreción y respeto a fin de que no se convirtiera en una charla larga e improductiva, sino que nos permita conocer con mayor cercanía las percepciones y vivencias del paciente.

Otra limitación de la entrevista telefónica se refiere a la disponibilidad de los entrevistados a brindar datos respecto a su salud, considerando que no todas las personas se sienten en “confianza” para hablar a través de un teléfono acerca de sus padecimientos. Para mejorar este aspecto es importante que durante su ingreso hospitalario la Enfermera Gestora de Casos/enfermera referente, informe al paciente de la entrevista.

INDICACIONES GENERALES PARA LA ENTREVISTA

Se sugiere básicamente seguir las siguientes indicaciones:

- Redactar preguntas sencillas y cortas.
- Procurar que la conversación telefónica dure, como promedio, diez minutos.
- Utilizar un lenguaje sencillo, claro y cordial, así como mantener una actitud amena. Aún cuando el informante no pueda observar nuestro lenguaje corporal, podrá percibir a través de la voz de quien lo entrevista, una actitud honesta y de apertura al diálogo.
- Leer previamente el informe de alta del último ingreso hospitalario, para obtener datos básicos como: edad, síntomas de descompensación, nivel de dependencia...a fin de que puedan adaptarse las preguntas.

En ese sentido es importante destacar que “a entrevistar se aprende entrevistando”, según Quinto, en la práctica el entrevistador va adquiriendo y desarrollando los mecanismos que facilitan el acercamiento con el informante.

Aspecto a valorar	Pregunta
1. Confirmar datos del paciente	¿Es usted... ¿Ha estado ingresado en el hospital...días, por...
2. Confirmar Gestión de la propia salud	¿Cómo se encuentra? ¿Recuerda las instrucciones recibidas en el hospital cuando le dieron el alta? ¿Le han puesto medicación nueva? ¿la tiene ya en casa? ¿Sabe cómo tiene que tomarla? - Recuerde que debe hacer llegar a su Centro de Salud el informe de alta que le han dado en el hospital. - Traiga todas las cajas de pastillas que esté tomando
3. Valoración funcional	¿Tiene problemas para desplazarse? ¿Barthel? ¿Lawton and brody? ¿Dispone de teleasistencia?
4. Valorar presencia del cuidador y capacidad para hacer frente a su rol	¿Tiene algún familiar que le ayude estos días? Al cuidador: ¿Sabe qué tiene que hacer para cuidar a su familiar (medicación, bañarlo, dieta...)? ¿Confía en que puede controlar la situación derivada de cuidar a su familiar? ¿Recibe algún tipo de ayuda para cuidarlo?
3. Descartar síntomas graves de descompensación - Dolor torácico - Disnea de reposo - Síncope o presíncope - Palpitaciones	¿Nota cuando va al baño que tiene un dolorcillo en el pecho? ¿Nota que cuando va al baño, necesita sentarse un rato porque se fatiga? ¿Nota que no puede dormir en la cama en la noche porque se ahoga? ¿Nota en ocasiones que el corazón le da un vuelco?
4. Biomedidas en rango de gravedad (si el paciente dispone de tensiómetro en su domicilio) - FC>120x' ó FC<40x' - TAS>200mmHg ó TAS<80mmHG	Comprobar que ha realizado varias medidas y que conoce el funcionamiento del dispositivo
5. Descartar síntomas de descompensación: - Aumento de peso (2-3 kilos) - Aumento de peso más disnea - Disnea paroxística nocturna - Edemas - Ortopnea	¿Nota si le aprieta más el cinturón o la falda? ¿Nota si tiene los pies un poco más hinchados? ¿Ha tenido que dormir con más almohadas de lo habitual? ¿Nota que no puede dormir, se levanta a media noche y necesita sentarse en la cama?

Nivel de riesgo tras la entrevista telefónica	
Presencia de problemas graves	Si presencia de síntomas graves de descompensación y/ o biomedidas en rango de gravedad; valoración por el médico antes de 24 horas.
Riesgo potencial	Si presencia de síntomas de descompensación, valoración por el médico de familia en 24 horas.

Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)
Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Cardíaca

Las siguientes preguntas se refieren a cómo su problema cardíaco (insuficiencia cardíaca) le impidió vivir como hubiese querido durante el último mes. La lista de preguntas que usted va a leer más abajo, describe diferentes formas en que algunas personas se ven afectadas. Si usted está seguro de que alguna de las preguntas no se aplica a su caso o no está relacionada con su problema cardíaco, marque el cero (0) que quiere decir NO y luego pase a la siguiente. Si alguna de las preguntas sí se aplica a su caso, entonces marque un número del 1 al 5 de acuerdo a cuánto cree usted que la misma le impidió vivir como hubiese querido. Recuerde que debe pensar SOLAMENTE EN EL ÚLTIMO MES.

	¿Su insuficiencia cardíaca le impidió vivir como hubiese querido durante el último mes por:	NO APLICA	MUY POCO				MUCHO
DF	1. Causarle hinchazón en los tobillos o piernas?	0	1	2	3	4	5
DF	2. Hacer que tenga que sentarse o recostarse para descansar durante el día?	0	1	2	3	4	5
DF	3. Causarle dificultad para caminar o subir escaleras?	0	1	2	3	4	5
DF	4. Causarle dificultad para realizar trabajos en la casa o el jardín)	0	1	2	3	4	5
DF	5. Causarle dificultad para ir a lugares alejados de su casa?	0	1	2	3	4	5
DF	6. Causarle dificultad para dormir bien de noche?	0	1	2	3	4	5
	7. Causarle dificultad para relacionarse o hacer cosas con sus amigos o familiares?	0	1	2	3	4	5
	8. Causarle dificultad para trabajar y ganar un sueldo?	0	1	2	3	4	5
	9. Causarle dificultad con sus pasatiempos, deportes o hobbies?	0	1	2	3	4	5
	10. Causarle dificultad en las relaciones sexuales?	0	1	2	3	4	5
	11. Hacer que tenga que comer menos de las comidas que a Ud. Le gustan?	0	1	2	3	4	5
DF	12. Causarle falta de aire?	0	1	2	3	4	5
DF	13. Hacer que se sienta cansado, fatigado o con poca energía?	0	1	2	3	4	5
	14. Hacer que tenga que estar internado en un hospital o sanatorio?	0	1	2	3	4	5
	15. Producirle gastos en salud?	0	1	2	3	4	5
	16. Causarle efectos colaterales / indeseables a causa de la medicación?	0	1	2	3	4	5
DE	17. Hacer que se sienta una carga para su familia o amigos?	0	1	2	3	4	5
DE	18. Hacerle sentir que tiene un menor control sobre su vida?	0	1	2	3	4	5
DE	19. Causarle preocupación?	0	1	2	3	4	5
DE	20. Causarle dificultad para concentrarse o recordar cosas?	0	1	2	3	4	5
DE	21. Hacer que se sienta deprimido?	0	1	2	3	4	5

Dimensión física (sumatorio items 1-2-3-4-5-6-12-13):	
Dimensión emocional (sumatorio items 17-18-19-20-21):	
Dimensión total (sumatorio total):	

LISTADO DE VERIFICACIÓN VÍA CLÍNICA ALTA HOSPITALARIA PACIENTE COMPLEJO CON INSUFICIENCIA CARDIACA

CARDIÓLOGO CONSULTA

EXPLORACIONES ANALÍTICAS	SI	NO	RAZÓN PARA NO
NT PRO BNP			
HEMOGRAMA/COAGULACIÓN			
FUNCIÓN RENAL /TFG			
IONES (NA/K)			
PERFIL LIPÍDICO			
PERFIL HEPÁTICO			
PROTEÍNAS TOTALES			
ALBÚMINA			
PREALBÚMINA			
HIERRO			
FERRITINA			
SATURACIÓN TRF			
TSH			

EXPLORACIÓN FÍSICA	SI	NO	RAZÓN PARA NO
PESO			
TALLA			
FRECUENCIA CARDIACA			
TENSIÓN ARTERIAL			

EXPLOR. COMPLEMENTARIAS	SI	NO	RAZÓN PARA NO
ECG			
ECOCARDIOGRAFÍA			
HOLTER			
CATETERISMO CARDIACO			
TAC CORONARIO			
RMN CARDIACA			
ERGOESPIROMETRÍA			
ESTUDIO GENÉTICO			

IMPLANTE DISPOSITIVOS	SI	NO	RAZÓN PARA NO
DAI			
TRC			
DAI-TRC			

MEDICACIÓN	SI	NO	RAZÓN PARA NO
BETABLOQUEANTES			
DOSIS MÁXIMA TITULADA			
IECA			
DOSIS MÁXIMA TITULADA			
ARA II (INTOL. IECA)			
DOSIS MÁXIMA TITULADA			
ARM			
DOSIS MÁXIMA TITULADA			
DIURÉTICO			
TIAZIDAS			
IVABRADINA			
DIGOXINA			
NITRATOS			
ANTICOAGULANTES			
ANTIAGREGANTES			
HIPOLIPEMIANTES			

ENTREGA GUÍA RECOMENDACIONES	SI	NO	RAZÓN PARA NO
DIETA SIN SAL			
EJERCICIO FÍSICO			
CONTROL DE TA/PESO Y FC			
EVITAR AINES/EFERVESCENTES			
VACUNACIÓN GRIPE Y NEUMOCOCO			
PROFILAXIS ANTIENDOCARDITIS SI INDICADA			
INFORMACIÓN VVA			

DERIVACIONES	SI	NO	RAZÓN PARA NO
CONSULTA ENFERMERÍA DE IC			
CONSULTA ENFERMERÍA C. SALUD			
ATENCIÓN PRIMARIA			
SEGUIMIENTO EN CIC			
REHABILITACIÓN CARDIACA			
NUTRICIÓN			
CUIDADOS PALIATIVOS			
GERIATRÍA			
FERROTERAPIA IV			

Observaciones:

LISTADO DE VERIFICACIÓN VÍA CLÍNICA ALTA HOSPITALARIA PACIENTE COMPLEJO CON INSUFICIENCIA CARDIACA

CARDIÓLOGO PREALTA

INSUFICIENCIA CARDIACA SISTÓLICA			
SI		NO (FEVI N)	
EXPLORACIÓN AL ALTA	SI	NO	RAZÓN PARA NO
FRECUENCIA CARDIACA			
PESO			
TALLA			
TENSIÓN ARTERIAL			

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS			
ANALÍTICA COMPLETA	SI	NO	RAZÓN PARA NO
NT PRO BNP INGRESO			
NT PRO BNP ALTA			
ECG			
RX TORAX			
ECOCARDIOGRAFÍA			
CATETERISMO CARDIACO			
RESONANCIA CARDIACA			
TAC CORONARIO			

MEDICACIÓN	SI	NO	RAZÓN PARA NO
BETABLOQUEANTES			
IECA			
ARA II (INTOL. IECA)			
ARM			
DIURÉTICO			
IVABRADINA			
DIGOXINA			
NITRATOS			
ANTICOAGULANTES			
ANTIAGREGANTES			
HIPOLIPEMIANTES			

REMISIÓN AL ALTA	SI	NO	RAZÓN PARA NO
GUÍA DE RECOMENDACIONES			
CONSULTA ENFERMERÍA			
CONSULTA IC			
ATENCIÓN PRIMARIA			
CUIDADOS PALIATIVOS			

Observaciones:

LISTADO DE VERIFICACIÓN VÍA CLÍNICA ALTA HOSPITALARIA PACIENTE COMPLEJO CON INSUFICIENCIA CARDIACA

EGC HOSPITALARIA

NOMBRE PACIENTE	
Nº HISTORIA	
NUHSA	
NOMBRE CUIDADORA	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
EGCAP REFERENTE	

PROBLEMAS

Nivel de funcionalidad/Grado Disnea	
Capacidad autocuidados	
Conocimiento Régimen Terapéutico	
Adherencia a régimen terapéutico	
Valoración de Recursos	
Detección de Riesgos	
Valoración derivación UCP	
Valoración fecha probable Alta	

Observaciones:

VALORACIÓN	
Índice Profund	
Otros Criterios de Inclusión	
Existencia de Persona referente en cuidados	
Grado de Capacidad de la persona referente en Cuidados	
Tarjeta +Cuidado/ Protocolo Persona Cuidadora	
Valoración apoyo social	
Cuestionario MLHFQ (calidad de vida)	
Derivación Trabajo Social	

DERIVACIÓN EGCAP

Fecha de contacto/Derivación		
Fecha Derivación Alta		
Informe de Alta		
Capacidad Funcional/Grado Disnea		
Capacidad de autocuidados		
Nivel de conocimiento Régimen terapéutico		
Nivel de Adherencia		
Prevención de Riesgos detectados		
Recursos prescritos	Material de ayuda marcha	
	Petición cama articulada...	
	Oxigenoterapia/Aerosolterapia	
Conciliación Medicación		
Visados	Medicación	
	Nutrición	
	Espesante	
Gestión de citas		
Inclusión en Programa Consulta Enfermería IC		
Gestión de ambulancias traslados		
Rehabilitación		
Derivación Unidad Cuidados Paliativos		

LISTADO DE VERIFICACIÓN VÍA CLÍNICA ALTA HOSPITALARIA PACIENTE COMPLEJO CON INSUFICIENCIA CARDIACA

ENFERMERA HOSPITALARIA

NOMBRE PACIENTE			
Nº HISTORIA		EDAD	
CENTRO SALUD			

BREVE RESUMEN DE HISTORIA	
Etiología	
Años de evolución	
Clase funcional NYHA	
FRV (DM, HTA...)	
Nivel de dependencia AVD	
Datos Cuidador	

VALORACIÓN CLÍNICA			
FC		TA	
Aumento de peso			
Dolor torácico			
Síncope			
Palpitaciones			
Disnea de reposo			
Disnea paroxística nocturna			
Ortopnea			
Barthel		Pfeiffer	
MNA			
Profund (1ª visita y al alta)			
MLHFQ (1ª visita y al alta)			

Medicación	Sí	No	Fecha Inicio	Dosis modificada	Motivo: suspensión ttº, titulación fármacos...
B-bloqueantes					
IECA					
ARA II					
Diuréticos					
Aldosterona					
Nitratos					
Aspirina					
Sintrom					
Aspirina					
Hipolipemiantes					
Ivabradina					

Intervenciones y consejos: medidas abordadas	Sí	No	Comentarios	Fecha
Escala Europea de Autocuidado (cada visita)				
Intervención educativa: dieta				
Intervención educativa: fármacos				
Intervención educativa: ejercicio				
Pauta flexible de diuréticos				
Autocontrol de la TA				
Consejo para dejar de fumar				
Control de la diabetes				
Asiste a la Escuela de pacientes (al menos 1 vez)				
Contacto EGC				
Contacto con Trabajo Social				
Información sobre voluntades anticipadas				

AL ALTA				
Seguimiento programado por:	Sí	No	Comentarios	Fecha de inicio
Cardiólogo				
Atención Primaria				
Consulta Anticoagulantes				
Nutrición				
Paliativos				

LISTADO DE VERIFICACIÓN VÍA CLÍNICA ALTA HOSPITALARIA PACIENTE COMPLEJO CON INSUFICIENCIA CARDIACA

MÉDICO DE FAMILIA

NOMBRE			
NUHSA		EDAD	
TELÉFONO			
CUIDADOR PRINCIPAL			

HISTORIA			
Etiología		EKG	
Años de evolución		RX Tórax	
FRV		Analítica: Hb, TSH, Cret, urea,K,Na	
Comorbilidad		Barthel	
Clase funcional NYHA			
Fracción eyección ventricular			

VALORACIÓN CLÍNICA	SI	NO		SI	NO
Frecuencia cardíaca			Disnea paroxística nocturna		
Tensión arterial			Aumento de disnea/ disnea de reposo		
Aumento de peso			Dolor torácico		
Edemas			Sincope		
Crepitantes			Palpitaciones		
Soplos/arritmia			Tos persistente		
Ortopnea					

MEDICACIÓN	SI	NO	DOSIS	Efectos secundarios	Adherencia	Conciliación
B-bloqueantes						
IECA						
Antagonistas del calcio						
ARA II						
Diuréticos de asa						
Tiazidas						
Aldosterona						
Digital						
Nitratos						
Sintrom						
Aspirina						
Heparina						
Hipolipemiantes						
Amiodarona						
Ivabradina						

Intervenciones y consejos: medidas abordadas	SI	NO	Comentarios
Intervención educativa: dieta			
Intervención educativa: fármacos			
Intervención educativa: ejercicio			
Pauta flexible de diuréticos			
Autocontrol de la TA			
Consejo para dejar de fumar			
Control de la diabetes			
Información sobre voluntades anticipadas			

Seguimiento programado por:	SI	No	Comentarios	Fecha de inicio
Cardiólogo				
Atención Primaria			MF-EF-EGC-TS	
Consulta Anticoagulantes				
Nutrición				
Paliativos				

Observaciones:

LISTADO DE VERIFICACIÓN VÍA CLÍNICA ALTA HOSPITALARIA PACIENTE COMPLEJO CON INSUFICIENCIA CARDIACA

EGC ATENCIÓN PRIMARIA

NOMBRE PACIENTE	
NUHSA	
TELÉFONO	
NOMBRE CUIDADORA	
MÉDICO DE FAMILIA	
ENFERMERA DE FAMILIA	

DERIVACIÓN EGCH	
Fecha derivación	
Profesional que deriva	
Índice Profund	
Fecha alta hospitalaria	
Comunicación y coordinación con médico de familia	
Comunicación y coordinación con enfermera de familia	

CONTACTO TELEFÓNICO		
Fecha realización		
Gestión eficaz de su propia salud		
Valoración funcional		
Existencia de cuidador capacitado		
Síntomas de descompensación		
Síntomas graves de descompensación		
Biomedidas en rango de gravedad		
Situación del paciente	Estable	
	Riesgo potencial	
	Problemas graves	
Derivación a médico en 24 horas por riesgo potencial		
Derivación a médico antes de 24 horas por problemas graves		
Comunicación y coordinación con Médico de familia		
Comunicación y coordinación con Enfermera de familia		

Observaciones:

VISITA DOMICILIARIA PROGRAMADA		
Fecha realización		
Revisión informe de alta hospitalaria		
Cuestionario de autocuidado		
Valoración integral		
Gestión eficaz de su propia salud		
Control y adherencia al tratamiento		
Educación sanitaria		
Existencia de cuidador capacitado		
Síntomas graves de descompensación		
Síntomas de descompensación		
Biomedidas en rango de gravedad		
Situación del paciente	Estable	
	Riesgo potencial	
	Problemas graves	
Derivación y valoración por médico en 24 horas		
Derivación y valoración por médico antes de 24 horas		
Comunicación y coordinación con médico de familia		
Comunicación, coordinación y derivación a enfermera de familia para seguimiento		
Gestión del caso resuelta		

LISTADO DE VERIFICACIÓN VÍA CLÍNICA ALTA HOSPITALARIA PACIENTE COMPLEJO CON INSUFICIENCIA CARDIACA

ENFERMERA DE FAMILIA

NOMBRE PACIENTE	
NUHSA	
TELÉFONO	
NOMBRE CUIDADORA	
MÉDICO DE FAMILIA	

Observaciones:

Fecha alta hospitalaria	
Fecha derivación	
Índice Profund	
Fecha realización visita domiciliaria EGC	
Situación del paciente	Estable
Comunicación y coordinación con médico de familia	
Comunicación y coordinación con EGCAP	

SEGUIMIENTO TRAS 15 DÍAS DEL ALTA			SEGUIMIENTO TRAS 1º MES DEL ALTA	SEGUIMIENTO TRAS 2º MES DEL ALTA	SEGUIMIENTO TRAS 3º MES DEL ALTA
Fecha de seguimiento					
Modalidad de seguimiento	Telefónico				
	Consulta				
	Visita domiciliaria				
Cuestionario de autocuidado					
Cuestionario MLHFQ (calidad de vida)		NO	NO	ENTREGAR	RECOGER
Gestión eficaz de su propia salud					
Control y adherencia al tratamiento					
Educación sanitaria					
Vacunación anual					
Existencia de cuidador capacitado					
Síntomas de descompensación					
Síntomas graves de descompensación					
Biomedidas en rango de gravedad					
Situación del paciente	Estable				
	Riesgo potencial				
	Problemas graves				
Derivación a médico en 24 horas por riesgo potencial					
Derivación a médico antes de 24 horas por problemas graves					
Derivación a EGC por problemas graves para gestión del caso					
Comunicación y coordinación con médico de familia					
Comunicación y coordinación con EGCAP					

DISTRITO MÁLAGA-GUADALHORCE			
UGC	EGCAP	Teléfono	Tlf corto
Alameda	ROJANO PEREZ, REMEDIOS	670 949867	749867
Alhaurín de la Torre	IZQUIERDO LUZÓN PILAR	697 954401	754401
Alhaurín el grande	IZQUIERDO CARRASCO, JUAN MIGUEL	677 906227	736227
Álora	RUBIO RUBIO, FRANCISCA	677 903831	733831
Alozaina	RUIZ CASTILLO, MARIA TERESA	670 942989	742989
Campanillas		677 905894	735894
Capuchinos	VALVERDE RODRIGUEZ, LIBRADO	670 949861	749861
Carlinda	SANCHEZ ZAYAS, CAROLINA	670 949871	749871
Carranque	SANCHEZ ZAYAS, CAROLINA	670 949871	749871
Cártama		677 903832	733832
Churriana	LORENCI ABAJO, ISABEL	677 905894	735894
Ciudad Jardín	BERROBIANCO COBOS, ENRIQUE	670 949865	749865
Coín	BOATELLA CUMPIAN, LUIS	677 903767	733767
Colonia-Teatinos	CUEVAS FDEZ.-GALLEGO, MAGDAL.	670 949868	749868
Cruz Hum.	SANCHEZ DEL CAMPO, JOSE LUIS	670 949869	749869
Delicias	MORALES INFANTE, LUCINDA	670 949864	749864
El Consul	CRUZ GIRALDEZ, JOSE MARIA	677 903823	733823
El Palo	GONZÁLEZ HERRERA, ELVIRA	671 598167	698167
Huelin	REINA CAMPOS, REMEDIOS	670 949866	749866
La Luz	CARRIÓN VELASCO, YOLANDA	670 949872	749872
La Roca	BENITEZ SEGOVIA, ANA CARLOTA	670 949870	749870
Limonar	ROJANO PEREZ, REMEDIOS	670 949867	749867
Miraflores	VAZQUEZ CERDEIROS, MARIA ROSA	670 948681	748681
Nueva Málaga	REYES SANCHEZ, MILAGROS	677 905892	735892
Palma-Palmilla	BENITEZ SEGOVIA, ANA CARLOTA	670 949870	749870
Portada Alta	CUEVAS FDEZ.-GALLEGO, MAGDAL.	670 949868	749868
Puerta Blanca	VALERO CANTERO, INMACULADA	670 949863	749863
Puerto de la Torre	CRUZ GIRALDEZ, JOSE MARIA	677 903823	733823
Rincón de la Victoria	CORRALES VALLEJO, FLORENTINA	677 903824	733824
San Andrés-Torcal	MORALES INFANTE, LUCINDA	670 949864	749864
Tiro Pichón	CASTRO LOPEZ, PILAR	670 949862	749862
Trinidad	GÓMEZ NARVAEZ, YOLANDA	670 949873	749873
Victoria	FERNANDEZ VAZQUEZ, ISABEL	677 905893	735893
Unidad de Residencias	MORILLA HERRERA, JUAN CARLOS	670946497	746397
Unidad de Residencias	IGLESIAS REGIDOR, JULIA	670946496	746396
Unidad de Residencias	DIEZ DE LOS RÍOS CARRASCO, ANTONIO	670945224	745224
Unidad de Residencias	SANCHEZ GARCIA, TERESA	670943390	743390
Unidad de Residencias	Unidad	951308383	970383

HOSPITAL GENERAL-VIRGEN DE LA VICTORIA			
HOSPITAL	REFERENTES	Teléfono	Tlf corto
VIRGEN DE LA VICTORIA	PADILLA ROMERO, LOURDES	677904179	734179
UGC CARDIOLOGÍA	CONSULTA DE CARDIOLOGÍA	951032562	932562

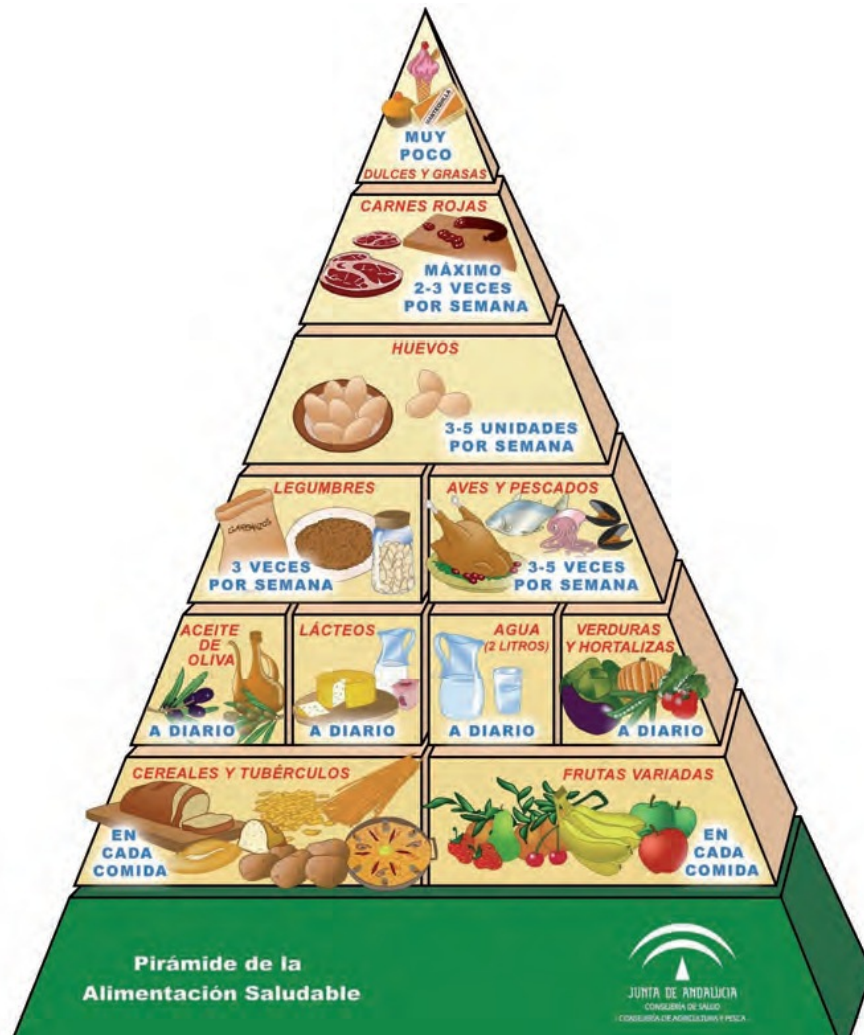
HOSPITAL	EGCAH	Teléfono	Tlf corto
GENERAL DE MÁLAGA	VICENTE PERALTA INMACULADA	670942521	742501
UGC CARDIOLOGÍA	CONSULTA DE CARDIOLOGÍA	951291912	901912

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

RECOMENDACIONES PARA UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA

Existe una clara relación entre alimentación y enfermedad cardiovascular.

Es por ello que le aconsejamos lea este documento, que le puede servir de asesoramiento y ayuda.



Hospital Regional de Málaga-Hospital Virgen de la Victoria

Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce

Mantenga su peso ideal:

Procure pesarse a diario: en el mismo peso, a la misma hora, preferentemente por la mañana, antes de comer o beber, con la misma ropa.

Anote en un registro diariamente su peso. Informe a los profesionales sanitarios cualquier cambio importante llamativo en su peso: aumento de 1 kilo por día o 3 kilos por semana.

No consuma alimentos ricos en grasa saturadas:

Leche entera y derivados de ésta, yema de huevo, carnes rojas grasas, fritos y embutidos.

Elevan la cantidad de colesterol en sangre y favorecen la aparición de enfermedades como el infarto de miocardio o la Insuficiencia Cardíaca, estos alimentos ricos en grasas, contienen muchas calorías y contribuyen al aumento de peso.

La dieta mediterránea, contribuye a conseguir una alimentación equilibrada, siga estas recomendaciones:

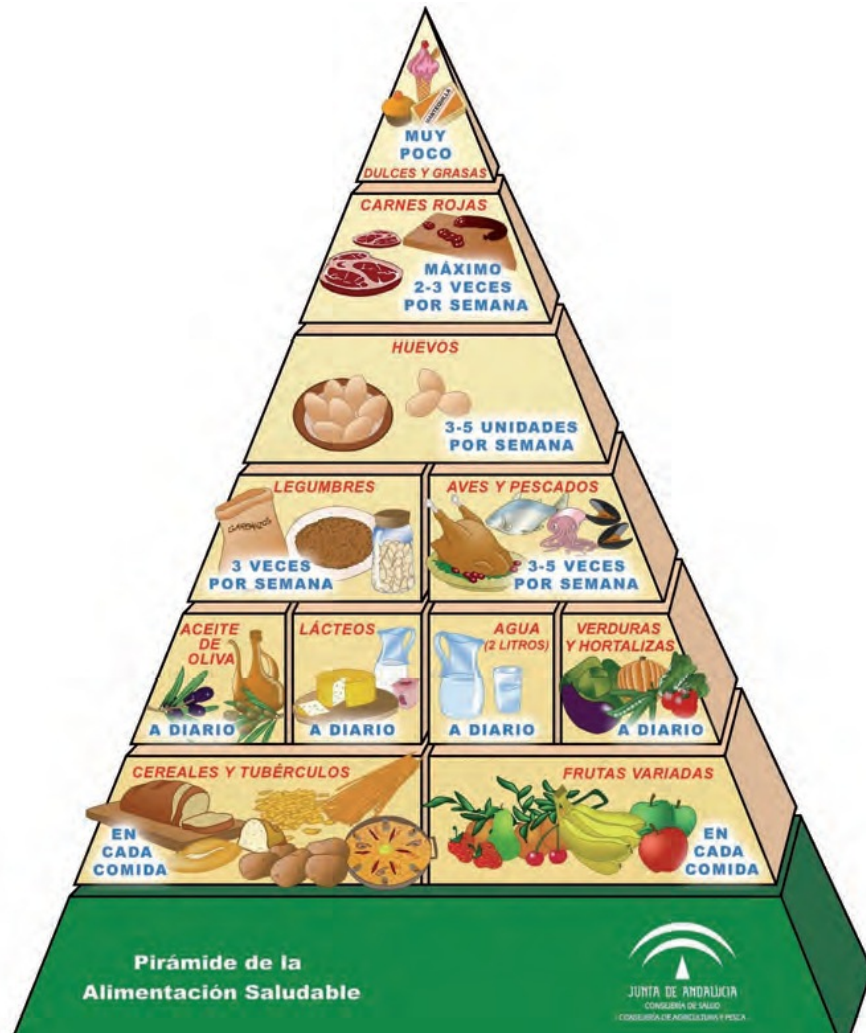
- Consuma una gran variabilidad de alimentos: cuanto más variada sea la alimentación menor será la posibilidad de que se tomen cantidades perjudiciales.
- Utilice productos vegetales: frutas, verduras, cereales, féculas y legumbres.
- Consuma aceite de oliva cuando cocine, evite otro tipo de grasa. No lo utilice en exceso.
- Todos los productos lácteos deben de ser desnatados.
- Consuma de forma habitual pescado.
- Consuma preferentemente carne de ave sin piel frente a otro tipo de carnes.
- Es muy importante evitar tomar sal.
- Utilice limón, hierbas aromáticas, ajo, cebolla para conseguir saborizar las comidas.
- Controle la cantidad de líquido que tome y evite las bebidas carbonadas.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

CONTROL DE LÍQUIDOS

Existe una clara relación entre alimentación y enfermedad cardiovascular.

En la insuficiencia cardiaca el papel de la alimentación es determinante para mejorar la sintomatología y el estado de salud mediante el control de: los líquidos, la sal, las grasas saturadas y el colesterol.



Hospital Regional de Málaga-Hospital Virgen de la Victoria

Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce

Es importante controlar la cantidad de líquidos que toma, un aumento en la cantidad de líquido circulante puede aumentar su sensación de ahogo. Para ello:

- Tome un litro y medio a dos litros al día como máximo: (zumos, infusiones, sopas, leche, agua que toma con medicación...).
- Distribuya la cantidad de líquido a lo largo de todo el día, utilice envases pequeños para beber.
- Beba lentamente, ayúdese de bebidas muy calientes o muy frías que espacien la ingesta.
- No intente reponer bebiendo los líquidos que pierde con los diuréticos.

Estas medidas pueden servirle de referencia para el control de líquidos:

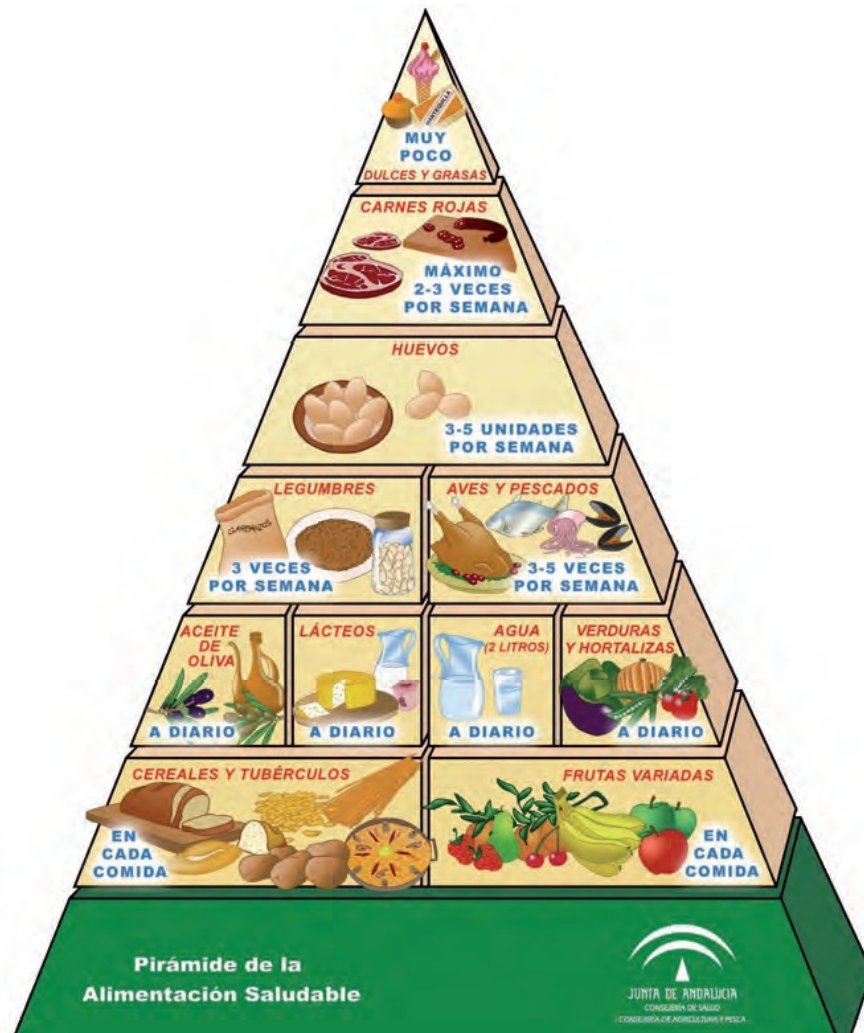
- Un vaso de agua equivale a 250 ml
- Una copa de vino equivale a 100 ml
- Un bol o plato equivale a 300 ml
- Una taza de café equivale a 50 ml
- Una taza de café con leche equivale a 250 ml
- Una taza de cortado equivale a 100 ml.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

CONTROL DE LA SAL

Existe una clara relación entre alimentación y enfermedad cardiovascular.

En la insuficiencia cardiaca el papel de la alimentación es determinante para mejorar la sintomatología y el estado de salud mediante el control de: los líquidos, la sal, las grasas saturadas y el colesterol.



Hospital Regional de Málaga-Hospital Virgen de la Victoria

Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce

En la Insuficiencia Cardíaca el organismo retiene sal y agua (que provoca acumulación de líquidos) y el corazón tiene que trabajar más (bombeando). La sal hace que el cuerpo retenga agua y acumule líquidos.

Nuestro organismo necesita pequeñas cantidades de sal y la mayoría de los alimentos la contienen, así que no es necesario tomar un aporte extra.

- No añada sal al cocinar, ni ponga el salero en la mesa.
- Evite los alimentos con alto contenido en sal o con sal escondida como son:
 - Sal de hierbas, de ajo etc..
- Quesos, embutidos
- Refrescos y Aguas con gas
- Pastillas de caldo
- Comidas precocinadas
- Bollería Industrial
- Aceitunas y encurtidos
- Salsas Industriales
- Salazones (anchoas, bacalao)
- Conservas y enlatados
- Pan (tomar pan sin sal)
- Aperitivos salados (patas chips, fritas, frutos secos...)

LOS CONDIMENTOS

Puede utilizar condimentos en sustitución de la sal:

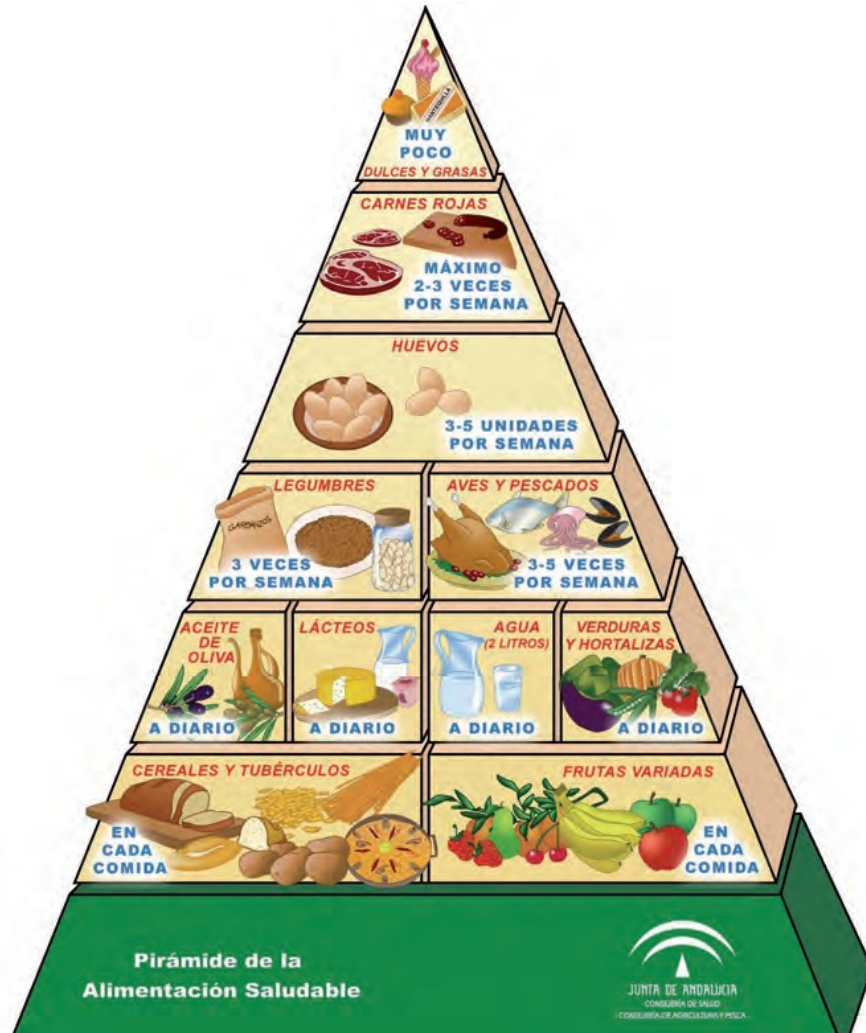
- Aceite con sabores: Ajos, pimienta, guindilla
- Ajos y puerros, en salsas, guisos
- Albahaca en salsa de tomate y pastas
- Azafrán en paellas, sopa de pescado, patatas y arroces
- Canela en verduras, carnes y salsas
- Cebolla y cebolletas en casi todos los platos
- Cebollino en ensaladas, salsas y pescado
- Clavo, pimienta, en caldos, salsas, adobos y escabeches
- Comino en adobos, aliños y gazpachos
- Hierbabuena en ensaladas, postres e infusiones.
- Laurel en legumbres, caldos, adobos, y escabeches
- Limón, vinagre en pescados, escabeches, y marinados
- Mostaza en Grano o Dijon en Carnes, patatas, vinagretas
- Nuez Moscada en bechamel
- Pimentón en patatas, verduras, pescados y carnes
- Romero, tomillo, perejil en salsas, carnes y arroces

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

CONTROL DE LAS GRASAS SATURADAS Y EL COLESTEROL

Existe una clara relación entre alimentación y enfermedad cardiovascular.

En la insuficiencia cardiaca el papel de la alimentación es determinante para mejorar la sintomatología y el estado de salud mediante el control de: los líquidos, la sal, las grasas saturadas y el colesterol.



Hospital Regional de Málaga-Hospital Virgen de la Victoria

Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce

Las grasas son necesarias para el funcionamiento de nuestro organismo, las encontramos en la mayoría de los alimentos en diferente proporción y con diferente presentación. Distinguimos tres tipos de grasas:

-Grasas monoinsaturadas como el aceite de oliva.

-Grasas poliinsaturadas como la del pescado azul o los frutos secos.

-Grasas saturadas como la de origen animal, leche, huevos, carnes.

El colesterol es un tipo de grasa que tenemos en la sangre. Se fabrica a partir de las grasas que consumimos y en nuestro cuerpo participa en la formación de células y tejidos. Si comemos gran cantidad de grasas saturadas, aumenta su nivel en sangre depositándose en el interior de las arterias, bloqueando con el tiempo el flujo de la sangre, pudiendo ocasionar graves problemas con ello.

Consume alimentos que le ayuden a controlar las grasas saturadas y el colesterol como son:

- Los pescados, preferentemente consúmalos cuatro veces o más a la semana, de ellas si puedes dos veces pescado azul, frente a la ingesta de carne.

- Come carne blanca: pollo, pavo, conejo o lomo de cerdo.

- Tome alimentos ricos en fibra: frutas, verduras, legumbres, pan integral... ayudan a bajar el colesterol.

- Solo de forma puntual, en poca cantidad consume embutidos y vísceras. El jamón y el lomo embuchado son los que contienen niveles menores de grasa.

- En la yema de huevo está la grasa y el colesterol, limite su uso a dos semanales.

- Tome los productos lácteos desnatados: leche, quesos frescos, yogures. Si cocina flanes, bechamel, utilice lácteos desnatados.

- Las margarinas que consume no deben de tener grasas hidrolizadas.

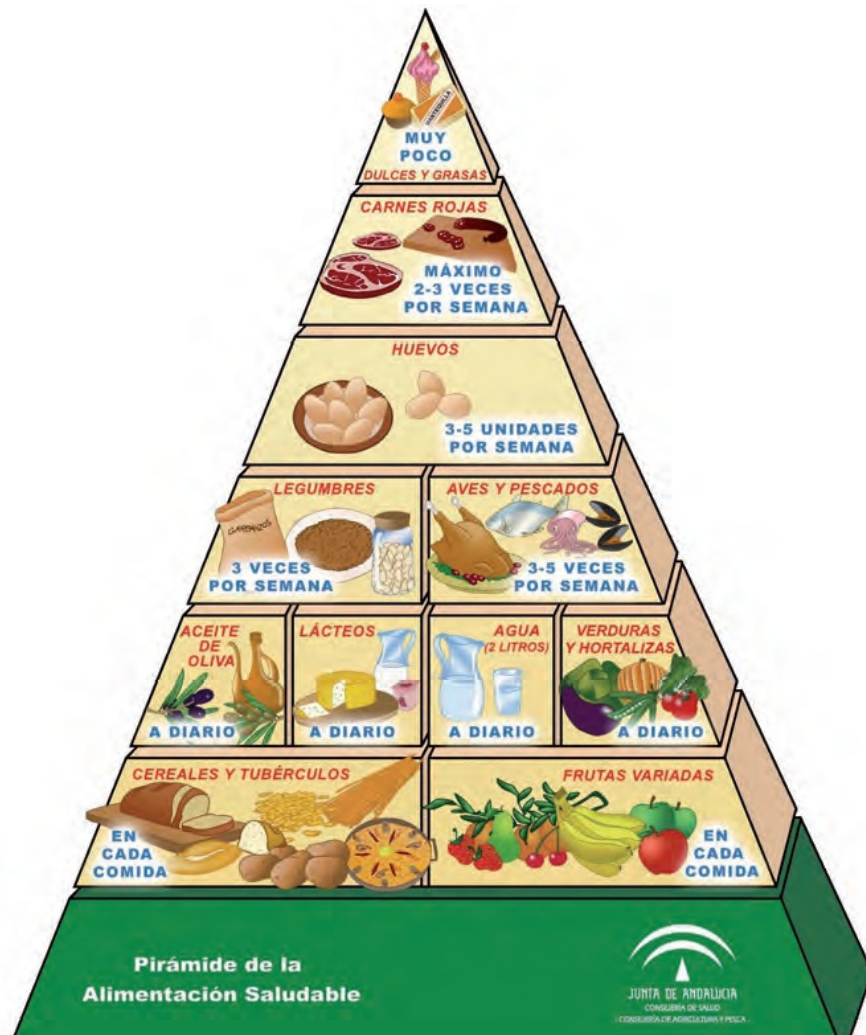
- Limite el uso de bollería, pastelería y productos industriales ya que son ricos en grasas saturadas.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

TÉCNICAS DE PREPARACIÓN CULINARIAS

Existe una clara relación entre alimentación y enfermedad cardiovascular.

En la insuficiencia cardiaca el papel de la alimentación es determinante para mejorar la sintomatología y el estado de salud mediante el control de: los líquidos, la sal, las grasas saturadas y el colesterol.



Hospital Regional de Málaga-Hospital Virgen de la Victoria

Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce

Algunas técnicas culinarias permiten mantener el sabor de los alimentos sin necesidad de agregar sal.

Cocinar al vapor: Mantiene el sabor de verduras y pescados.

Papillote: los alimentos se cocinan “envueltos” en papel o recipientes de silicona, en el horno o Microondas. Se puede cocinar fácilmente pescado, pollo, patatas y verduras.

Horno: adecuado para piezas grandes enteras, hortalizas y patatas. Se necesita ir remojando el alimento para que no se quede reseco.

Microondas: para el uso de piezas pequeñas y troceadas, es rápido y similar al vapor.

Hervido: introducir los alimentos en líquido y llevarlos a ebullición.

A la Plancha: utilice sartén antiadherente bien caliente, cocine sin grasa y añada un pequeño chorrito de aceite de oliva en el plato, no pinche la pieza ya que perdería su jugo.

En cazuela: utilice poca grasa, en cocciones largas la concentración de líquido potencia el sabor.

En Crudo: ensaladas, gazpachos, carpaccios son opciones excelentes controlando los aliños y la cantidad de aceite.

Los alimentos frescos congelados no contienen generalmente sal añadida.

Pueden fabricar pastillas de caldo, a partir de la elaboración propia de un caldo casero hecho sin sal ni huesos salados, retirando la grasa de la superficie una vez enfriado y congelando una bolsa de cubitos desechable, utilizándolos para enriquecer o saborizar cualquier plato.

RECOMENDACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

El tratamiento de la insuficiencia cardiaca consta de dos aspectos inseparables para llegar a mejorar su calidad de vida:

El conocimiento y manejo de su tratamiento farmacológico

La adaptación-cambio de su estilo de vida: Alimentación, hábito, ejercicio, ocio.

Entre los beneficios de seguir adecuadamente su tratamiento se encuentran:

- Disminuir los síntomas de la Insuficiencia Cardiaca: Asfixia Fatiga y cansancio; Hinchazón de Piernas, tobillos, manos...;
- Mejora la capacidad de respirar.
- Mejora la capacidad de energía, moverse y hacer ejercicio.
- Mejora descanso nocturno.
- Aumentará su calidad de vida
- Disminuirá nuevos episodios de visitas a urgencias y reingresos.



Tratamiento Farmacológico en la Insuficiencia Cardiaca:

-Probablemente necesitara utilizar más de un fármaco desde ahora en adelante, esto va a depender de sus síntomas y de la evolución de la enfermedad. Es imprescindible que no deje de usarlos aunque se encuentre bien, porque su efecto es el que le hace estar mejor.

- Estos fármacos tienen ventajas e inconvenientes, algunos tienen efectos secundarios, por lo que es importante que los conozca.

-Si nota efectos secundarios debe de contactar con el personal sanitario de referencia en su proceso de Insuficiencia Cardiaca: Medico, Enfermera de Atención Primaria, Consulta de Insuficiencia Cardiaca, Medico, Enfermera de Atención Hospitalaria.



MEDICAMENTOS QUE SE USAN EN LA INSUFICIENCIA CARDICA

- 1.-IECA o vasodilatadores
- 2.- ARA /antagonistas del receptor de la angiotensina
- 3.- Betabloqueantes
- 4.- Diuréticos
- 5.- Digital
- 6.- Nitratos
- 7.- Anticoagulantes o antitrombóticos
- 8.- Antiagregantes plaquetarios
- 9.- Estatinas

1.-IECA o vasodilatadores

Como Actúan

Intervienen impidiendo la creación de angiotensina, sustancia que estrecha los vasos sanguíneos, por lo que al tomarla se relajan los vasos sanguíneos disminuyendo la presión arterial y el trabajo del corazón en el transporte de la sangre en el organismo. Mejoran el tiempo de vida y el pronóstico de la enfermedad.



Efectos Secundarios

Cansancio, Debilidad y/ o Mareo (Bajada de la Tensión Arterial) y con menor frecuencia, erupciones cutáneas (sarpullido en la piel) y rara vez hinchazón de labios o garganta.

Los IECA también modifican ligeramente la función del riñón, con aumento de las concentraciones de potasio, por lo que periódicamente se le controlará mediante analítica sanguínea.

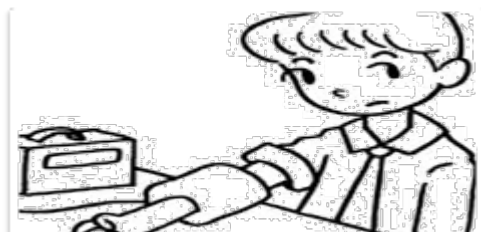
Recomendaciones

Vigile frecuentemente la presión arterial. Tome la primera dosis siempre que pueda, antes de acostarse, para evitar el mareo.

Al incorporarse no lo haga rápidamente, de sentado o agachado, hágalo lentamente, para que su cuerpo se acomode.

Haga movimientos con los pies, hacia adelante y atrás antes de levantarse permaneciendo sentado con las piernas fuera de la cama durante un minuto antes de levantarse, sobre todo si nota mareos.

Si tiene tos seca debe de consultar a su médico/ enfermera para valorar si es necesario cambiar dosis o medicación.



2.- ARA /antagonistas del receptor de la angiotensina.

Como Actúan

Intervienen bloqueando la angiotensina y relajando los vasos sanguíneos lo que disminuye la presión arterial, disminuyendo el esfuerzo del corazón para bombear la sangre, al igual que los IECAs, con diferente mecanismo de acción. Se recetan a personas que no toleran los IECAs.

Efectos Secundarios

Los efectos secundarios son similares a los de IECAs, Mareos y Tensión Arterial baja, a excepción de la tos.

Recomendaciones

Vigile frecuentemente la presión arterial. Tome la primera dosis siempre que pueda, antes de acostarse para evitar el mareo.

Al incorporarse no lo haga rápidamente, de sentado o agachado, hágalo lentamente, para que su cuerpo



3.- Betabloqueantes

Como Actúan

Reducen el esfuerzo del corazón, bombeando más lento, disminuyendo la frecuencia cardiaca y la presión arterial. Pueden a largo plazo reparar el daño del corazón, mejorando la supervivencia y el pronóstico de la enfermedad.

Efectos Secundarios

Al reducir la frecuencia cardiaca y la tolerancia al esfuerzo, es posible que aparezca fatiga al realizar actividad física intensa. Puede que durante unas semanas se note más cansado, pero por lo general, este efecto pasara y notara los beneficios. En otras ocasiones puede aparecer frialdad en manos y pies. Aumento de peso. A veces causa depresión

Recomendaciones

Si tras unas semanas después de comenzar el tratamiento comienza o continua con cansancio, fatiga, mareo notifíquelo a su médico o enfermera para valorar la dosis correcta.

Si nota dificultad para respirar, o que se acentúan los síntomas del asma si lo padece, informe a su médico.

Es importante que no deje de tomar bruscamente los betabloqueantes, comente a su médico/ enfermera adecuación de la dosis.



4.- Diuréticos

Como Actúan

Ayudan al organismo a eliminar el exceso de líquido (agua y sal). Hacen que orine más, al hacer que los riñones produzcan más orina; como consecuencia el corazón tiene que bombear menos líquido, lo que mejora la congestión pulmonar, pudiendo respirar mejor; También disminuye la hinchazón de pies y manos, lo que le hará perder peso y aumentar su movilidad. Mejoran los síntomas de la IC, aunque no el pronóstico.

Efectos Secundarios

Puede notar mareos, debilidad y calambres en las piernas, así como pérdida de peso rápida y deshidratación.

Recomendaciones

Puede que necesite ir al baño aproximadamente una hora después de tomar el diurético. Recuerde adecuar la hora de tomar el diurético a las actividades externas diarias que tenga que realizar. Tome el diurético por la mañana o al mediodía siempre que pueda.

No deje de tomarlo por salir o tener un evento.

Vigile el aumento o pérdida de peso excesivo o muy rápido



5.- Digital

Como Actúan

Ayudan a aumentar la fuerza de contracción del corazón por lo que puede bombear más fuerte y reducir la frecuencia cardíaca.

Se emplea para controlar la frecuencia cardíaca en caso de fibrilación auricular.

Efectos Secundarios

Puede aparecer disminución del apetito, mal sabor en la boca, náuseas, vómitos, visión borrosa, cambio visual de colores (las cosas aparecen azules o amarillas), agitación, confusión, dolor de cabeza, debilidad, cansancio, diarrea, ritmo cardíaco anormal y mareos excesivos, por no ser adecuada la concentración de medicación en el organismo.

Recomendaciones

Tomar dosis correcta.

El aumento de concentración produce efectos secundarios antes descritos, que deben de ser consultado a su médico/enfermera.

Aprenda a distinguir los signos de exceso de Digoxina.

Consulte a su médico antes de una intervención quirúrgica

6.- Nitratos

Como Actúan

Tienen como efecto dilatar los vasos sanguíneos, fundamentalmente, las venas, para disminuir el retorno de sangre al corazón. El efecto es que facilitan el flujo de sangre en el organismo y reducen la presión arterial.

Se administran como comprimidos y en forma de parches aplicados en la piel.

Si se utilizan como parches deben de quitarse en la noche, de lo contrario pierden su eficacia.

Otros de acción corta (nitroglicerina) se pueden usar en comprimidos o en spray. En ambos casos, se aplican debajo de la lengua. Estos últimos de acción corta y rápida, se utilizan solamente para alivio del dolor torácico.

Efectos Secundarios

Al disminuir la Presión Arterial pueden ocasionar mareos, palpitaciones, sofocos y cefaleas.

Recomendaciones

Si aparecen y persisten los síntomas descritos consultar con Médico/enfermera.

7.- Anticoagulantes o antitrombóticos

Como Actúan

Evitan la formación de coágulos sanguíneos en el corazón o en los vasos sanguíneos, impidiendo que la sangre se detenga y ocasionen embolias. Previenen el infarto, especialmente en pacientes con ciertas arritmias.

El que se utiliza con más frecuencia es el acenocumarol en comprimidos, a veces se administra en forma de inyección (un tipo de heparina subcutánea).

Efectos Secundarios

Acrecientan la tendencia al sangrado, por lo que pueden aparecer moratones, sangrado o sangrado intenso (hemorragia).

Recomendaciones

Tomar dosis correcta, ni de más ni de menos; Control exhaustivo analítico de la dosis que debe de tomar.

Adecuar la dieta para que no interfiera los alimentos con la medicación.

Informar antes de cualquier intervención quirúrgica o visita al dentista.

Comunicar incidencias de sangrado, aumento de moratones o error en la administración de la medicación con Médico/ enfermera.



8.- Antiagregantes plaquetarios

Como Actúan

En dosis bajas impiden la formación de coágulos dentro de los vasos y cavidades cardiacas.

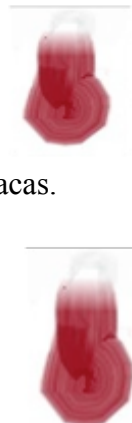
El más conocido y habitual es la Aspirina (ácido acetilsalicílico).

Efectos Secundarios

En algunos casos irritación y hemorragia gástrica. Raramente alergia.

Recomendaciones

Tomar acompañado de alimento en las comidas para disminuir riesgo gástrico.



9.- Estatinas

Como Actúan

Disminuyen la cantidad de colesterol en sangre y previenen que se formen placas (acúmulo de colesterol, compuestos grasos y sustancias de la coagulación en la pared de una arteria) en las arterias coronarias, la causa más frecuente de la IC.

Efectos Secundarios

Dolores Musculares.

Recomendaciones

Se debe efectuar su toma en la noche. La corta vida de la estatinas (6-8 horas) junto a la máxima síntesis de colesterol, que realiza el hígado en la noche hace que esta administración tenga efectos con mejores resultados.

RECOMENDACIONES EN SU TRATAMIENTO

SIGNOS DE ALARMA

Solicite ayuda inmediata si siente: -Dolor torácico que no cede con reposo y nitroglicerina de más de 15min. El dolor también puede localizarse en el abdomen, garganta, brazos, hombros o espalda.

-Disnea intensa y persistente (dificultad respiratoria). -Desvanecimiento.

Informe a su médico o enfermera lo antes posible si: -Aumenta la disnea (dificultad respiratoria).

-Se despierta frecuentemente por disnea o aumenta la tos.

-Necesita más almohadas para dormir. Disnea en reposo o cuando está tumbado.

-Aumenta la frecuencia cardíaca (pulso) o tiene más palpitaciones o provocan mareos.



OBSERVACIONES IMPORTANTES

-No deje de tomar la medicación aunque se encuentre mejor o bien.

-No olvide tomar dosis, ni doblar la dosis si ha ocurrido un olvido.

-No deje de tomar la medicación si aparecen efectos secundarios, consulte con médico o enfermera.

-No tome otra medicación por cuenta propia o productos de herboristerías o dietéticos, pueden interferir en su tratamiento: Ejemplo Efedra, hierbas chinas, espinos blanco, extractos de ajo, ginseng, ginkgo biloba, coenzima Q10 .

-No se administre, ante episodio de dolor, medicación analgésica por cuenta propia ya que muchos de los analgésicos pueden ser perjudiciales. Consúltelo.

-Evite tomar Fármacos efervescentes.

-Tome la medicación como se le ha indicado.

-Tome la medicación con el mismo horario todos los días.

-Elabore un listado o registro de sus medicamentos donde se recoja:

-Los nombres, la dosis, la hora a las que tiene que tomarlos.

-Desde cuando los toma y recuerde cuándo debe reponerlos .

-Mantenga esta información donde sea fácil verla: Nevera, Corcho, o Pizarra.

-En caso de dificultad para manejar la medicación utilice un pastillero.



RECOMENDACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

El tratamiento de la insuficiencia cardiaca consta de dos aspectos inseparables para llegar a mejorar su calidad de vida:

El conocimiento y manejo de su tratamiento farmacológico

La adaptación-cambio de su estilo de vida: Alimentación, habito, ejercicio, ocio.

Entre los beneficios de seguir adecuadamente su tratamiento se encuentran:

- Disminuir los síntomas de la Insuficiencia Cardiaca: Asfixia Fatiga y cansancio; Hinchazón de Piernas, tobillos, manos...;
- Mejora la capacidad de respirar.
- Mejora la capacidad de energía, moverse y hacer ejercicio.
- Mejora descanso nocturno.
- Aumentara su calidad de vida.
- Disminuirá nuevos episodios de visitas a urgencias y reingresos.



Tratamiento Farmacológico en la Insuficiencia Cardiaca:

- Probablemente necesitara utilizar más de un fármaco desde ahora en adelante, esto va a depender de sus síntomas y de la evolución de la enfermedad. Es imprescindible que no deje de usarlos aunque se encuentre bien, porque su efecto es el que le hace estar mejor.
- Estos fármacos tiene ventajas e inconvenientes, algunos tienen efectos secundarios, por lo que es importante que los conozca.
- Si nota efectos secundarios debe de contactar con el personal sanitario de referencia en su proceso de Insuficiencia Cardiaca: Médico, Enfermera de Atención Primaria, Consulta de Insuficiencia Cardiaca, Médico, Enfermera de Atención Hospitalaria.

MEDICAMENTOS QUE SE USAN EN LA INSUFICIENCIA CARDICA

- 1.- IECA o vasodilatadores
- 2.- Betabloqueantes
- 3.- Diuréticos
- 4.- Nitratos
- 5.- Antiagregantes plaquetarios
- 6.- Estatinas



1.-IECA o vasodilatadores

Como Actúan

Intervienen impidiendo la creación de angiotensina, sustancia que estrecha los vasos sanguíneos, por lo que al tomarla se relajan los vasos sanguíneos disminuyendo la presión arterial y el trabajo del corazón en el transporte de la sangre en el organismo. Mejoran el tiempo de vida y el pronóstico de la enfermedad.

Efectos Secundarios

Cansancio, Debilidad y/ o Mareo (Bajada de la Tensión Arterial) y con menor frecuencia, erupciones cutáneas (sarpullido en la piel) y rara vez hinchazón de labios o garganta. Los IECA también modifican ligeramente la función del riñón, con aumento de las concentraciones de potasio, por lo que periódicamente se le controlara mediante analítica sanguínea.

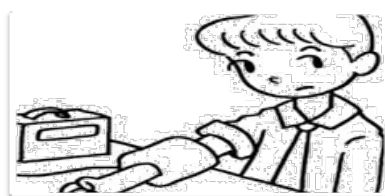
Recomendaciones

Vigile frecuentemente la presión arterial. Tome la primera dosis siempre que pueda, antes de acostarse para evitar el mareo.

Al incorporarse no lo haga rápidamente, de sentado o agachado, hágalo lentamente, para que su cuerpo se acomode.

Haga movimientos con los pies, hacia adelante y atrás antes de levantarse permaneciendo sentado con las piernas fuera de la cama durante un minuto antes de levantarse, sobre todo si nota mareos.

Si tiene tos seca debe de consultar a su médico/ enfermera para valorar si es necesario cambiar dosis o medicación.



2.- Betabloqueantes

Como Actúan

Reducen el esfuerzo del corazón, bombeando más lento, disminuyendo la frecuencia cardiaca y la presión arterial. Pueden a largo plazo reparar el daño del corazón, mejorando la supervivencia y el pronóstico de la enfermedad.

Efectos Secundarios

Al reducir la frecuencia cardiaca y la tolerancia al esfuerzo, es posible que aparezca fatiga al realizar actividad física intensa. Puede que durante unas semanas se note más cansado, pero por lo general, este efecto pasara y notara los beneficios. En otras ocasiones puede aparecer frialdad en manos y pies. Aumento de peso. A veces causa depresión.

Recomendaciones

Si tras unas semanas después de comenzar el tratamiento comienza o continua con cansancio, fatiga, mareo notifiquelo a su médico o enfermera para valorar la dosis correcta.

Si nota dificultad para respirar, o que se acentúan los síntomas del asma si lo padece, informe a su médico.

Es importante que no deje de tomar bruscamente los betabloqueantes, comente a su médico/ enfermera adecuación de la dosis.



3.- Diuréticos

Como Actúan

Ayudan al organismo a eliminar el exceso de líquido (agua y sal). Hacen que orine más, al hacer que los riñones produzcan más orina; como consecuencia el corazón tiene que bombear menos líquido, lo que mejora la congestión pulmonar, pudiendo respirar mejor;

También disminuye la hinchazón de pies y manos, lo que le hará perder peso y aumentar su movilidad.

Mejoran los síntomas de la IC, aunque no el pronóstico

Efectos Secundarios

Puede notar mareos, debilidad y calambres en las piernas, así como pérdida de peso rápida y deshidratación.

Recomendaciones

Puede que necesite ir al baño aproximadamente una hora después de tomar el diurético.

Recuerde adecuar la hora de tomar el diurético a las actividades externas diarias que tenga que realizar. Tome el diurético por la mañana o al mediodía siempre que pueda.

No deje de tomarlo por salir o tener un evento.

Vigile el aumento o pérdida de peso excesiva o muy rápida.



4.- Nitratos

Como Actúan

Tienen como efecto dilatar los vasos sanguíneos, fundamentalmente, las venas, para disminuir el retorno de sangre al corazón. Así facilitan el flujo de sangre en el organismo y reducen la presión arterial.

Se administran como comprimidos y en forma de parches aplicados en la piel.

Si se utilizan como parches deben quitarse en la noche, de lo contrario pierden su eficacia.

Otros de acción corta (nitroglicerina) se pueden usar en comprimidos o en spray. En ambos casos, se aplican debajo de la lengua. Estos últimos de acción corta y rápida, se utilizan solamente para alivio del dolor torácico.

Efectos Secundarios

Al disminuir la Presión Arterial pueden ocasionar mareos, palpitaciones, sofocos y cefaleas.

Recomendaciones

Si aparecen y persisten los síntomas descritos consultar con Médico/enfermera.

5.- Antiagregantes plaquetarios

Como Actúan

En dosis bajas impiden la formación de coágulos dentro de los vasos y cavidades cardiacas.

El más conocido y habitual es la Aspirina (ácido acetilsalicílico).

Efectos Secundarios

En algunos casos irritación y hemorragia gástrica. Raramente alergia.

Recomendaciones

Tomar acompañado de alimento en las comidas para disminuir riesgo gástrico.



6.- Estatinas

Como Actúan

Disminuyen la cantidad de colesterol en sangre y previenen que se formen placas (acumulo de colesterol, compuestos grasos y sustancias de la coagulación en la pared de una arteria) en las arterias coronarias, la causa más frecuente de la IC.

Efectos Secundarios

Dolores Musculares.

Recomendaciones

Se debe efectuar su toma en la noche. La corta vida de la estatinas (6-8 horas) junto a la máxima síntesis de colesterol, que realiza el hígado en la noche, hace que esta administración tenga efectos con mejores resultados.

RECOMENDACIONES EN SU TRATAMIENTO

SIGNOS DE ALARMA

Solicite ayuda inmediata si siente:

- **Dolor torácico que no cede con reposo y nitroglicerina de más de 15min.**

El dolor también puede localizarse en el abdomen, garganta, brazos, hombros o espalda.

- **Disnea intensa y persistente (dificultad respiratoria).**

- **Desvanecimiento.**

Informe a su médico o enfermera lo antes posible si:

- **Aumenta la disnea** (dificultad respiratoria).
- **Se despierta frecuentemente por disnea o aumenta la tos.**
- **Necesita más almohadas para dormir.** _Disnea_en_reposo_o_cuando_está_tumbado.
- **Aumenta la frecuencia cardíaca (pulso) o tiene más palpitaciones** o provocan mareos.

OBSERVACIONES IMPORTANTES

- **No deje de tomar la medicación aunque se encuentre mejor o bien.**
- **No olvide tomar su dosis, nunca doble la dosis si ha ocurrido un olvido.**
- **No deje de tomar la medicación si aparecen efectos secundarios, consulte con medico o enfermera.**
- **No tome otra medicación por cuenta propia o productos de herboristerías o dietéticos, pueden interferir en su tratamiento: Ejemplo Efedra, hierbas chinas, espino blanco, extractos de ajo, ginseng, ginkgo biloba, coenzima Q10 .**
- **No se administre, ante episodio de dolor, medicación analgésica por cuenta propia ya que muchos de los analgésicos pueden ser perjudiciales. Consúltelo.**
- **Evite tomar Fármacos efervescentes.**
- **Tome la Medicación como se le ha indicado.**
- **Tome la medicación con el mismo horario todos los días.**
- **Elabore un listado o registro de sus medicamentos donde se recoja:**
 - Los nombres, la dosis, la hora a las que tiene que tomarlos.
 - Desde cuando los toma y cuando debe reponerlo.
- **Mantenga esta información donde sea fácil verla: nevera, corcho, pizarra.**
- **Si tiene problemas en el manejo de su medicación, utilice un pastillero.**



EL EJERCICIO FÍSICO EN LAS PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Las personas que sufren Insuficiencia Cardíaca pueden mejorar su calidad de vida y aumentar su bienestar cuando se mantienen activas y realizan sus actividades habituales. En general, se desaconseja el reposo absoluto o el abandono de toda actividad física (salvo casos especiales) y está comprobado que el ejercicio físico contribuye a mejorar los síntomas y a aumentar la autoestima.

El ejercicio debe estar ajustado a las necesidades de cada persona y asesorado por personal especializado. Es recomendable comenzar con:

- Caminar por terreno llano. Al principio, se puede empezar con 5-10 min, dos veces al día, para ir aumentando progresivamente hasta conseguir 30-40 min. de 5 a 7 veces por semana.
- Nadar en agua templada (para evitar los cambios bruscos de temperatura) unos 15 min. al día.
- Pasear en bicicleta en terreno llano (o bicicleta estática) 15 o 20 min. al día, con una resistencia baja e ir aumentando gradualmente según la tolerancia.

Durante la actividad, la persona debe ser capaz de hablar; si no fuera así, es probable que el ejercicio esté resultando excesivo.

El ejercicio se debe realizar a la misma hora cada día, con ropa cómoda y holgada y con el calzado adecuado (plano, fuerte y resistente para evitar lesiones mecánicas).

Se deben tomar líquidos o agua antes y después del ejercicio.

Es aconsejable llevar un diario del ejercicio que se realiza y consultar con el médico o la enfermera si ocurriera alguna incidencia o disminuyera el nivel de energía.

PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA EN LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO

- No hacer ejercicio si no se siente bien o si hace mucho calor, frío o humedad.
- Evitar los ejercicios que provoquen dolor, fatiga o mareo.
- No hacer ejercicio en ayunas o justo después de comer. Mejor dejar pasar dos horas desde la última comida.

- Evitar actividades que requieran mantener la respiración o coger pesos importantes, así como los deportes de competición o contacto físico.
- Descansar siempre que aparezca dificultad para respirar, cansancio, sudoración, mareos , nauseas o molestias en el pecho. Consultar con el médico o la enfermera si éstos no cedieran con el reposo. Es mejor parar, descansar y avanzar poco a poco...se gana en capacidad de esfuerzo.

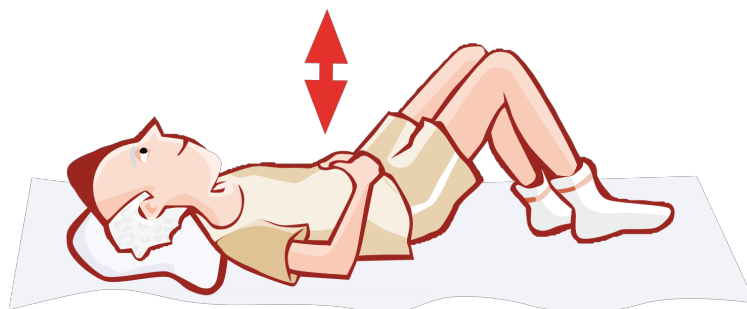
CONSEJOS PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEL DÍA A DÍA

- ✚ Descansar varias veces al día sin esperar a estar cansado.
- ✚ Alternar periodos de descanso con otras tareas.
- ✚ No apresurarse al realizar las tareas (ya que la prisa aumenta la fatiga y el malestar) y evitar las tareas que le supongan un gran esfuerzo.
- ✚ Es mejor realizar movimientos lentos y suaves pero continuados.
- ✚ Para mover un objeto grande o pesado, es mejor tirar de él que empujarlo.
- ✚ Procurar mantener una postura cómoda y correcta.
- ✚ Colocar los objetos de más uso o más pesados a nivel de la cintura. Al realizar una actividad de pie, procurar que los objetos queden a nivel de la cintura, ni muy altos ni muy bajos.
- ✚ Planificar y programar con tiempo las actividades, adaptándolas a los horarios y circunstancias en la que la persona se encuentre mejor.
- ✚ Si se tienen escaleras en casa, intentar organizarse para ahorrar subidas y bajadas innecesarias.
- ✚ Estar atento a los signos que manda el organismo, sobre todo si realiza una actividad intensa.

TABLA DE EJERCICIOS RECOMENDADOS

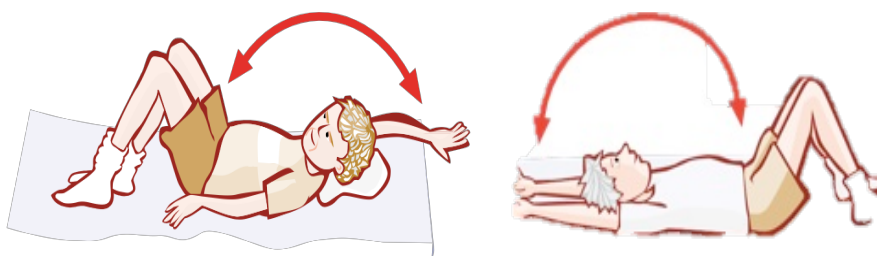
1

Tumbado, coger aire por la nariz hinchando el vientre y soplar por la boca deshinchando el vientre 20 veces



2

Tumbado, con las rodillas flexionadas, levantar primero un brazo y después el otro (repetir 10 veces). A continuación levantar los dos brazos a la vez, tanto por encima como por los lados (repetir otras 10 veces)



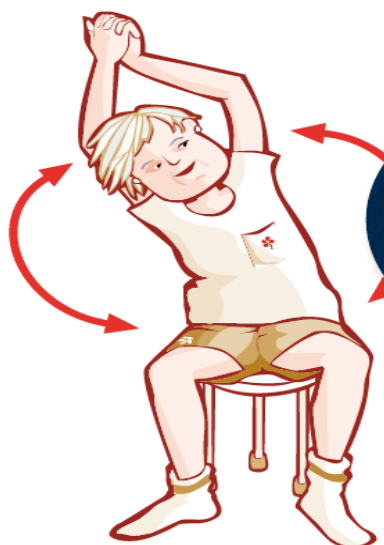
3

Sentado, elevar hombros a la vez (repetir 10 veces) y luego girar la cabeza despacio hacia la derecha e izquierda (repetir 10 veces)



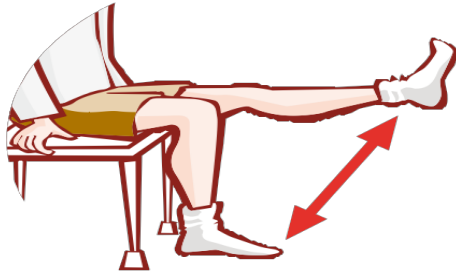
4

Sentado, levantar los dos brazos con las manos cogidas (repetir 10 veces). Después, inclinar el tronco hacia un lado y hacia el otro (repetir 10 veces)



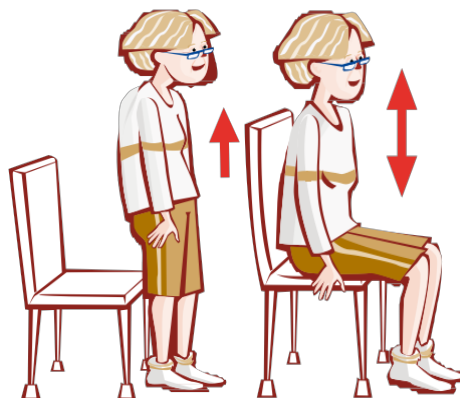
5

Sentado en una silla, estirar una rodilla y mantener elevada unos segundos. Luego, repetir con la otra pierna (repetir 10 veces con cada rodilla)



6

Levantarse y sentarse en una silla durante un minuto. Descansar 2 minutos (repetir 3 veces)



7

Tumbado, separar cada pierna hacia los lados dejando flexionada la otra (repetir 10 veces con cada pierna).



8

Tumbado, con las piernas flexionadas, llevar rodillas alternas al pecho (repetir 10 veces con cada pierna)



Texto e imágenes extraídos de la Guía de Ejercicios del Programa ITERA y de la Guía Informativa para pacientes de Insuficiencia Cardíaca de la Escuela de Pacientes.

INDICADORES

PROCESO

Instrucciones al alta

Porcentaje de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca que reciben el alta hospitalaria, con instrucciones escritas o material educativo dado al paciente o al cuidador frente a los siguientes aspectos:

- actividad física
- dieta
- medicación
- próximos seguimientos

Numerador: n° de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca que reciben instrucciones o material educativo al alta hospitalaria en los 4 dominios.

Denominador: n° de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca que reciben el alta hospitalaria.

Fuente: listados de altas hospitalarias, censo de pacientes incluidos en esta vía clínica e ICC/ informe médico al alta.

Metodología de evaluación: se realizará auditoría de ICC/ informe médico al alta de los pacientes incluidos en la vía clínica y se contrastará con los listados de alta hospitalaria que se envían a AP.

Límite inferior/límite superior: 80/90

Continuidad de cuidados al alta

Porcentaje de comunicación de alta hospitalaria del paciente complejo con Insuficiencia Cardíaca en las primeras 24 horas a su referente en Atención Primaria.

Numerador: n° de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca que reciben alta hospitalaria, comunicados a Atención Primaria en la primeras 24 horas.

Denominador: n° de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca que reciben el alta hospitalaria.

Fuente: listados de altas hospitalarias y censo de pacientes incluidos en esta vía clínica.

Metodología de evaluación: se contrastará los listados de alta hospitalaria que se envían a AP, con los censos elaborados por las EGC de pacientes complejos que reciben el alta y que por tanto están incluidos en esta vía clínica.

Límite inferior/límite superior: 90/95

Continuidad de cuidados al alta

Porcentaje de contacto en 48 horas tras alta hospitalaria.

Numerador: n° de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca, comunicados en las primeras 24 horas, que reciben contacto telefónico en la 48 horas tras el alta hospitalaria.

Denominador: n° de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca que reciben el alta hospitalaria.

Fuente: listados de altas hospitalarias, censo de pacientes incluidos en esta vía clínica e historia de salud.

Metodología de evaluación: se realizará auditoría de historia de salud de los pacientes incluidos en la vía clínica y se contrastará con los listados de alta hospitalaria que se envían a AP.

Límite inferior/límite superior: 90/95

Descompensación: identificación en Atención Primaria

Capacidad de identificación por los profesionales de AP de descompensación en el paciente complejo con Insuficiencia Cardíaca.

Numerador: nº de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca con identificación de descompensación realizada en Atención Primaria durante los tres meses tras el alta hospitalaria.

Denominador: nº de reingresos de pacientes incluidos en esta vía clínica con diagnóstico principal Insuficiencia Cardíaca durante los tres meses tras el alta hospitalaria.

Fuente: listado de ingresos con diagnóstico, censo de pacientes incluidos en esta vía clínica e historias de salud.

Metodología de evaluación: se realizará auditoría de historias y se contrastará el registro en la historia de presencia de descompensación con el listado de ingresos hospitalarios con diagnóstico principal Insuficiencia Cardíaca.

Límite inferior/límite superior: 50/70

Prescripción de Betabloqueantes

Porcentaje de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca con prescripción de betabloqueantes.

Numerador: nº de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca con prescripción de betabloqueantes incluidos en esta vía clínica.

Denominador: nº de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca sin contraindicación expresa de betabloqueantes incluidos en esta vía clínica.

Fuente: historia clínica, hoja de problemas, hoja de contraindicaciones, hoja de medicación y censo de pacientes incluidos en esta vía clínica.

Metodología de evaluación: se realizará auditoría de historias y se contrastará el registro en la historia de la prescripción de betabloqueantes con el censo de pacientes incluidos en esta vía clínica.

Límite inferior/límite superior: 95/100

Prescripción de IECA o ARA

Porcentaje de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca con prescripción de IECA o ARA.

Numerador: nº de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca con prescripción de IECA o ARA incluidos en esta vía clínica.

Denominador: nº de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca sin contraindicación expresa de IECA o ARA incluidos en esta vía clínica.

Fuente: historia clínica, hoja de problemas, hoja de contraindicaciones, hoja de medicación y censo de pacientes incluidos en esta vía clínica.

Metodología de evaluación: se realizará auditoría de historias y se contrastará el registro en la historia de la prescripción de IECA o ARA con el censo de pacientes incluidos en esta vía clínica.

Límite inferior/límite superior: 95/100

Prescripción de anticoagulación oral en pacientes con fibrilación auricular.

Porcentaje de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca y fibrilación auricular, con prescripción de anticoagulación oral.

Numerador: nº de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca y fibrilación auricular, con prescripción de anticoagulación oral incluidos en esta vía clínica.

Denominador: nº de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca y fibrilación auricular sin contraindicación expresa de anticoagulación oral, incluidos en esta vía clínica.

Fuente: historia clínica, hoja de problemas, hoja de contraindicaciones, hoja de medicación y censo de pacientes incluidos en esta vía clínica.

Metodología de evaluación: se realizará auditoría de historias y se contrastará el registro en la historia de la presencia de fibrilación auricular y la prescripción de anticoagulación oral con el censo de pacientes incluidos en esta vía clínica.

Límite inferior/límite superior: 95/100

RESULTADO

Control de FC.

Porcentaje de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca y con FC<70x al mes y a los 3 meses del alta.

Numerador: nº de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca incluidos en esta vía clínica con FC<70x al mes y a los 3 meses tras el alta hospitalaria.

Denominador: nº de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca incluidos en esta vía clínica.

Fuente: historia clínica, hoja de constantes y censo de pacientes incluidos en esta vía clínica.

Metodología de evaluación: se realizará auditoría de historias y se contrastará el registro de FC con el censo de pacientes incluidos en esta vía clínica.

Límite inferior/superior: 70-80

Re-ingresos hospitalarios: mantener o mejorar la tendencia anual.

Porcentaje de re-ingresos hospitalarios tras hospitalización en pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca con diagnóstico principal: Insuficiencia Cardíaca en los 30 días tras el alta hospitalaria.

Numerador: nº de re-ingresos hospitalarios tras hospitalización de paciente complejos con Insuficiencia Cardíaca con diagnóstico principal: Insuficiencia Cardíaca, incluidos en esta vía clínica durante los 30 días tras el alta hospitalaria.

Denominador: nº de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca que reciben el alta hospitalaria y son incluidos en esta vía clínica.

Fuente: CMBD, censo de pacientes incluidos en esta vía clínica.

Metodología de evaluación: se contrastará los datos del CMBD, con los censos elaborados por las EGC de pacientes complejos incluidos en esta vía clínica. Los resultados se compararán con los obtenidos en el mismo grupo de pacientes en la anualidad anterior. Se realizará un análisis de casos que generan la desviación, estudiando en profundidad los factores (sociales y/o sanitarios) que expliquen la desviación.

Límite inferior/límite superior: mantener o mejorar la tendencia de la anualidad anterior.

Calidad de vida relacionada con la salud

Mejorar los resultados del test MLHFQ de calidad de vida en pacientes con Insuficiencia cardíaca a los tres meses de la inclusión en la vía clínica.

Cálculo del indicador: diferencia de medias del test MLHFQ al alta hospitalaria y a los tres meses tras el alta hospitalaria.

Fuente: historia de salud, censo de pacientes incluidos en esta vía clínica.

Metodología de evaluación: se realizará auditoría de historias de salud y se contrastará el valor del test MLHFQ al alta hospitalaria con el valor obtenido al tercer mes tras el alta hospitalaria.

Límite inferior/límite superior: Disminuir 5%/10%

Descompensación: resolución en Atención Primaria

Capacidad de resolución de descompensación por los profesionales de AP del paciente complejo con Insuficiencia Cardíaca.

Numerador: nº de pacientes complejos con Insuficiencia Cardíaca con resolución de descompensación realizada en Atención Primaria durante los tres meses tras el alta hospitalaria.

Denominador: nº de pacientes con descompensación incluidos en esta vía clínica durante los tres meses tras el alta hospitalaria.

Fuente: censo de pacientes incluidos en esta vía clínica e historias de salud.

Metodología de evaluación: se realizará auditoría de historias y se contrastará el registro en la historia de presencia de descompensación resuelta.

Límite inferior/límite superior: 10/20