

# Reunión de Coordinadores Programa UMIPIC

## 26 ABRIL 2012

11.00 a 18.00 h.

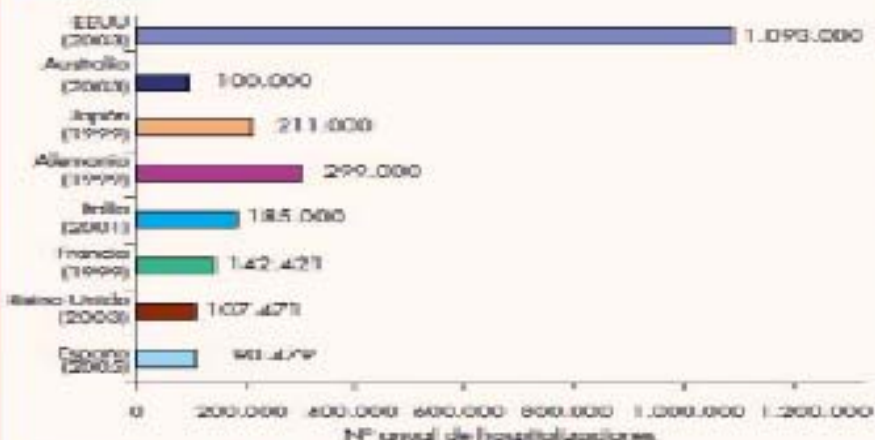
AULA DE DOCENCIA (planta 0 derecha)

Hospital Universitario Ramón y Cajal

Accesos:  
Autobús: Líneas 125 y 135  
Metro: L10 "Begoña"  
RENFE: C7 y C8, estación Ramón y Cajal.  
Taxi: Parada de taxis  
Coche (parking público): M-607 salida Km 0 400

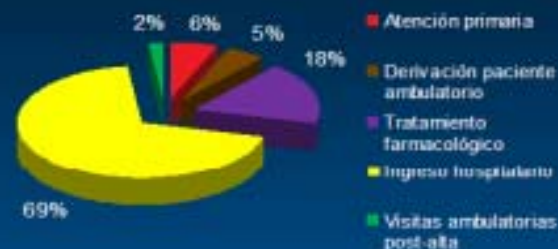


Fig. 1. Hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en diferentes países desarrollados.



\*Referencia a partir de las referencias 3-5, 9-13.

## Impacto económico de la IC crónica:



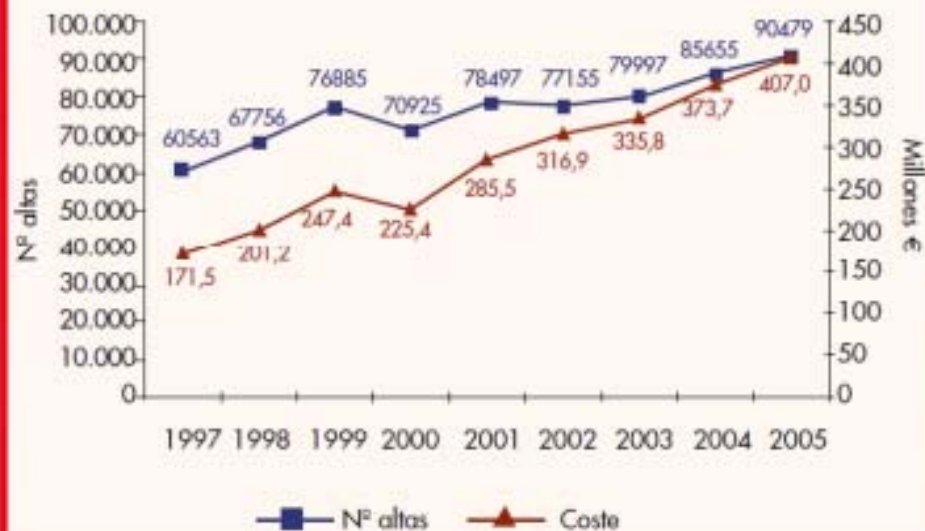
- La hospitalización produce la mayoría de los costes relacionados con la IC
- Alto coste económico: 2% del gasto cardiaco sanitario en países occidentales

Stewart B et al. Eur J Heart Fail 2002;4:361-71.

Tabla II. Situación actual de la insuficiencia cardiaca en España, 2005. (Ref. 5, 24-28).

Nº altas hospitalarias (% altas totales)	90.479 (2,55)
Días de hospitalización	838.202
Estancia media (días)	9,3
Coste estimado hospitalización (millones €)	407
% gasto hospitalario público en salud	1,65
Mortalidad hospitalaria (%)	11,1
Defunciones totales por IC	19.842
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 h*	40,7

\*Año 2004



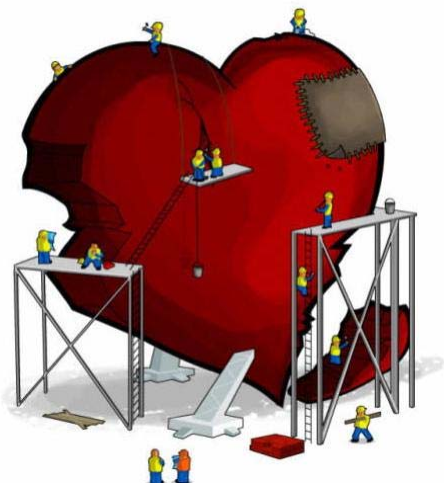
Montes Santiago J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca crónica en España. En: Protocolos de Insuficiencia cardiaca. Forteza-Rey Borralleras J, coord. Madrid: SEMI, 2005;

Ministerio de Sanidad y Consumo. CMBD. Norma Nacional. Registro de Altas de los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud



## **La insuficiencia cardiaca (ICC)....**

- **En España, es la causa más frecuente de ingreso hospitalario en sujetos por encima de los 65 años**
- **La tasa de hospitalización se ha incrementado un 46% en los últimos 10 años**
- **Los numerosos reingresos son la causa de este incremento**
- **El 75% del gasto en estos pacientes son gastos de hospitalización**
- **El tratamiento de este problema supone el 3% del gasto sanitario anual.**



# FACTORES DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES CON ICC SEGÚN LA ESPECIALIDAD

## Cardiología

Prevalencia < 1%

Varón < 65a, fumador

FE disminuida

C. isquémica

Técnicas invasivas

Escasa comorbilidad

Buena tolerancia

Evidencia clínica

## Med. Interna

Prevalencia 10%

Mujer > 70 a

FE conservada

Cardiopatía HTA

Técnicas no invasivas

**Importante comorbilidad**

**Menor tolerancia**

**Empirismo**

# COHORTE DEL HOSPITAL DE LUGO

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS



51% mujeres.

Edad 79'6 (DS 9'4)

HTA 65%, DM-II 31%

Fumadores 6%

Epoc 28%

ICC previa 39%

C. previa 32%

Fibrilación auricular 45%

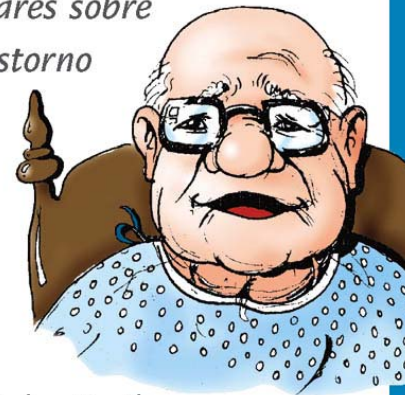
Causas descompensación:

- Infecciones 49%
- Arritmias 14%

Lo que debo saber

### Insuficiencia cardíaca

Orientación al paciente  
y familiares sobre  
este trastorno




Pedro Conthe  
José María Lobos  
Ángeles Alonso  
Julio Ruiz



FE Preservada  
(74%)  
C. HTA 36'5%,  
C Isquemica 16%

Pluripatología:  
49% mas de tres  
patologías  
concomitantes





**Organización sanitaria actual incapaz de atender esta demanda.**

- **Pacientes de edad elevada con múltiple patología concomitante**
- **Consultas frecuentes a múltiples médicos**
- **Uso mejorable de los tratamientos conocidos**



**Reingresos múltiples y de estancia prolongada**



## OBJETIVOS

- **PARA EL PACIENTE**
  - Lograr el mejor ajuste terapéutico
  - Mantener el mejor grado funcional posible
  - Reducir el número de consultas
  - Reducir el número de reingresos
  
- **PARA EL SISTEMA SANITARIO**
  - Reducir el número de ingresos
  - Reducir la dispersión de la asistencia
  - Mantener o incrementar el número de consultas específicas

## Heart failure management programmes

- Heart failure management programmes are recommended for patients with HF recently hospitalized and for other high-risk patients.

**Class of recommendation I, level of evidence A**

### Evidencias

	n	edad	End points	Intervención
<b>N Engl J Med 1995</b> Rich et al	272	>70	Reingreso por IC Coste.Calidad vida	Enfermería. Consulta y domicilio
<b>Lancet 1999</b> Stewart,et al	200	>55	Reingreso global Mortalidad	Enfermera IC Domicilio
<b>BMJ 2002</b> Blue,et al	165	65	Reingreso IC Estancia.Mortalidad	Domicilio, consulta Multidisciplinar
<b>Eur Heart J 2003</b> Stromberg,et al	106	77	Mortalidad global y reingreso	Enfermera IC Consulta
<b>Med Clin 2008</b> Mendez,et al	306	>75	Reingreso por IC	Internistas Enfermería Domicilio/H de Día





# OBJETIVOS GENERALES

Reducir el numero de consultas a especialistas.

Disminuir la tasa de reingresos y visitas a urgencias por cualquier causa

Disminuir la morbi-mortalidad de estos pacientes

Mejorar la calidad de vida del enfermo con IC



# OBJETIVOS ESPECIFICOS

Precisar el diagnóstico y etiología de la IC.

Optimizar el tratamiento de la IC y la plitopatología.

Control FRCV.

Seguimiento Integral

Información y formación



# OBJETIVOS ESPECIFICOS

Facilidad de contacto. Acceso telefónico.

Actuaciones de rescate cuando sean precisas.

Establecer vías de coordinación con atención primaria y cardiología

Creación y monitorización de indicadores de calidad.

Informatizar la actividad asistencial para evaluar y mejorar la gestión clínica de la Consulta

# CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS



**Asistencia integral.**

**Atención continuada.**

**Diagnóstico y monitorización terapéutica**



**Resolución en consulta.**

**Atención Hospital de día.**

**Atención del paciente en la hospitalización.**



**Educación e información.**

**Actividades docentes.**

**Realización de estudios.**



# Estructura básica



**UMIPIC**  
Unidad de Manejo Integral de Pacientes  
con Insuficiencia Cardíaca

- Consulta diferenciada médico-enfermería.
- Consulta con dotación habitual
- Programa informático asistencial
- Base de datos
- Accesibilidad
- Teléfono propio

## Estructura de apoyo

- Hospital de día
- Hospitalización a domicilio
- Hospitalización
- Urgencias
- Laboratorio
- Servicios Radiología
- Otros (registros cardio...)





**UMIPIC**  
Universidad del Mar - Instituto de Medicina y Psicología  
Calle 100 No. 100-100, San Juan de los Rios, Cundinamarca

## Estructura de mínimos

- Consulta con dotación habitual
- Programa informático asistencial
- Base de datos
- Accesible
- Teléfono Propio

## Estructura básica

- Consulta diferenciada médico-enfermería.
- Consulta con dotación habitual
- Programa informático asistencial
- Base de datos (RICA)
- Accesibilidad
- Teléfono propio



## Estructura de apoyo básica

- Hospitalización
- Laboratorio
- Radiología simple
- EKG

## Estructura de apoyo

- Hospital de día
- Hospitalización a domicilio
- Hospitalización
- Urgencias
- Laboratorio
- Servicios Rayos
- Otros (registros cardiol..)

## Hospital de Calde

- Consulta médico (auxiliar)
- Consulta con dotación habitual
- Programa informático asistencial (Axón)
- Base de datos (propia)
- Accesibilidad
- Telefono propio

## Estructura de apoyo

- Hospitalización
- Laboratorio (Urgencia)
- Rx Tórax simple
- EKG

# ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA



ACTIVIDAD HABITUAL DE PLANTA:  
6-10 CAMAS  
INTERCONSULTAS  
GUARDIAS  
CONSULTA MEDICINA INTERNA

RESERVAR 2 MEDIAS JORNADAS  
1. APOYO ENFERMERIA  
2. CONSULTA DE ICC

# ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA

## IDENTIFICACIÓN DE CONSULTA

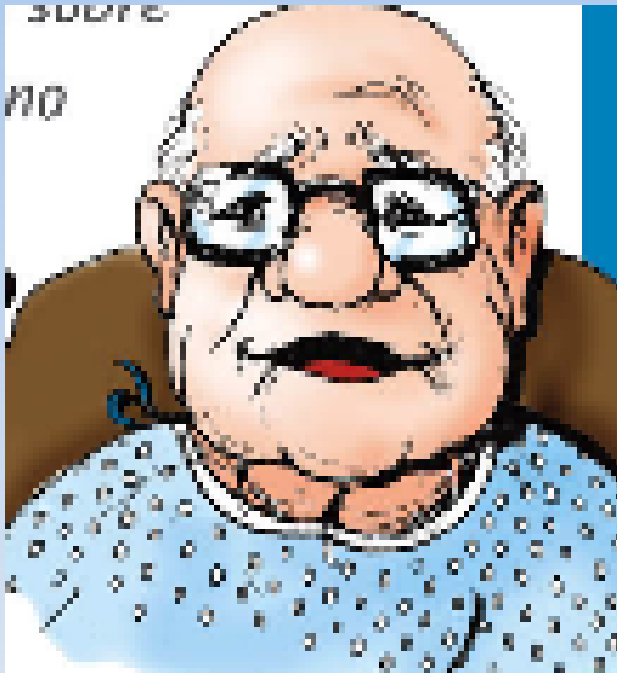
COMENZAR AL MENOS CON 1 DIA DE  
CONSULTA MEDICA Y OTRO ENFERMERIA

CONSULTA MÉDICA  
MIR113

CONSULTA  
ENFERMERIA MIR 114



# ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA



11.30 hs-14.30 hs

TIEMPO PACIENTE. 20 m

Nº DE PACIENTES POR DIA: 7

DEJAR DOS HUECOS LIBRES

EVITAR HORAS INTEMPESTIVAS



# PERSONAL DE LA CONSULTA

## PERSONAL MÉDICO

- Conciencia
- Accesible /  
cercanía
- Conocimiento
- Flexible  
/dinamico/a
- Buenas relaciones



# PERSONAL DE LA CONSULTA



## P. ENFERMERIA

Formación

Conciencia

Accesible / cercanía

Autonomía

Flexible /dinamico/a

Función de liderazgo

# ACTIVIDAD DE LA ENFERMERIA

Filiación  
Tlfono

H Clinica  
Ident.cuidad

Comprobar  
Registros  
domicilio

Ctes protocolo  
TA,FC,Peso  
Abd,IMC  
Sat O2

Proporcionar material  
Recoger muestras  
Realizar EKG  
Administrar tto

Cuestionarios  
Barthel/Pfeifer  
EE autoc.



Dirigir al paciente:  
Citas  
Estudios  
Consentimientos  
Hospital de dia

Proporcionar carpeta

Coordinarse con admisión  
Consultas no programadas



Formación e información  
Folletos informativos  
Comprobar percepción de la información  
Cumplimiento terapeutico  
Corregir hábitos



# ACTIVIDAD DE LA ENFERMERIA

Filiación  
Tlfono

H Clinica  
Ident.cuidad

Comprobar  
Registros  
domicilio

Ctes protocolo  
TA,FC,Peso  
Abd,IMC  
Sat O2

EE autoc.



~~Dirigir al paciente:  
Citas  
Estudios  
Consentimientos  
Hospital de día~~

Proporcionar carpeta

~~Coordinarse con admisión  
Consultas no programadas~~



~~Proporcionar material  
Recoger muestras  
Realizar EKG  
Administrar tto~~

~~Formación e información  
Folletos informativos  
Comprobar percepción de la información  
Cumplimiento terapeutico  
Corregir hábitos~~



# ACTIVIDAD MÉDICA

Selección  
pacientes

Actividad Docente  
Actividad investigadora

H Clínica  
E Física  
Otros



Manual de  
Manejo Integral del  
Paciente con  
Insuficiencia Cardíaca Crónica


2ª edición

Editor  
Luis Manzano  
Grupo de Insuficiencia Cardíaca de la SEMI  
Coordinador:  
Francisco Formiga

Atención en consulta  
Hospital de día  
Hospitalización

Historia clínica informatizada  
Responsable base de datos



  
HOSPITAL GENERAL DE CALDE LUGO

**MEDICINA INTERNA**  
Consulta de Insuficiencia Cardíaca  
Médico: José Manuel Carqueo González  
Enfermera: Carmen Vázquez Abadado  
TELÉFONO 982-294565

11-08-08

**ANAMNESIS:**  
No diabetes, no hipertensión, no colesterol alto. No antecedentes de DMII.  
No antecedentes de insuficiencia cardíaca.  
**EXPLORACIÓN:** Peso: 80.000 Kg. Talla: 1.400 cm. T.A.: 100/60 mmHg. 20/60.  
C/C: Bateo. AC sin ruidos sin soplos. AD: M.V.C. (B2) M.III sin soplos.  
**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**  
Hemograma: Hb: 14.0 g/dl. Ht: 45.0%. Plaquetas: 144. Fibrinógeno: 270.0 mg/dl. Form. leucocitaria: normal.  
BIOQUÍMICA: Glucosa: 101.0 mg/dl. Urea: 9.0 mg/dl. Creatinina: 1.1 mg/dl. Sodio: 138.0 mmol/l. Potasio: 4.1 mmol/l. BUN: 7.0 mg/dl. Calcio: 9.0 mg/dl.  
**DIAGNOSTICO:**  
ICC, FSC, NYHA III/IV  
CARDIOPATÍA HTA  
FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA  
BMN actualmente eutiroidea  
ARTROSIS

**TRATAMIENTO:**  
DIETA SIN SAL  
ENCONCOR COR 5: 1 CP POR LA MAÑANA  
COVERSYL 4 MG: 1 CP NOCHE  
SEGURIL 1 CP POR LA MAÑANA EN DIAS ALTERNOS  
SINTRON SEGUN HEMATOLOGIA

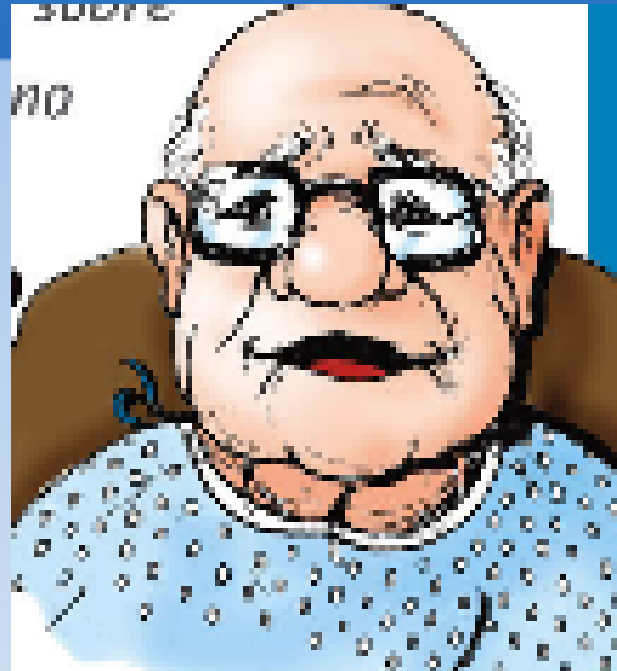
**CONSEJOS:**  
CONTROL EN CONSULTAS EXTERNAS EN 6 MESES CON ANALITICA ADJUNTA.



# SELECCIÓN Y RECLUTAMIENTO DE PACIENTE



Capacidad  
FISICA Y  
MENTAL



Criterios clínicos  
y Ecocardiograficos  
De ICC  
(Guías clínicas)

APOYO FAMILIAR  
DISTANCIAS  
COLABORACIÓN

Ausencia de seguimiento  
estrecho por cardiología

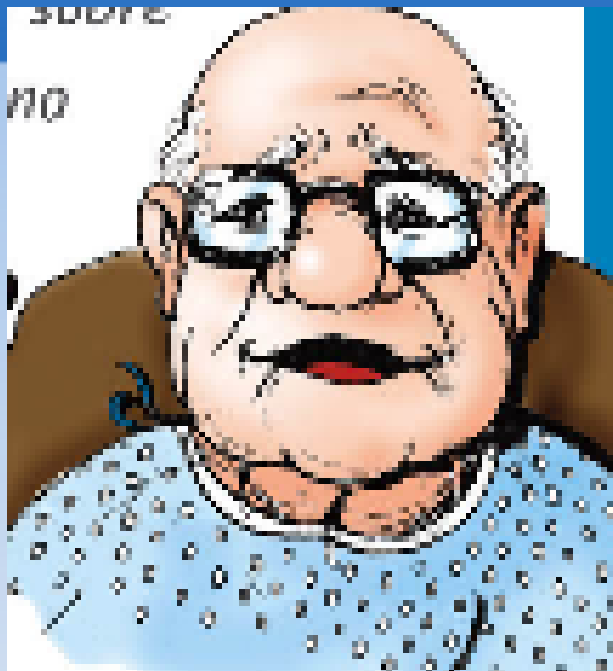




# SELECCIÓN Y RECLUTAMIENTO DE PACIENTE



**RE INGRESOS**



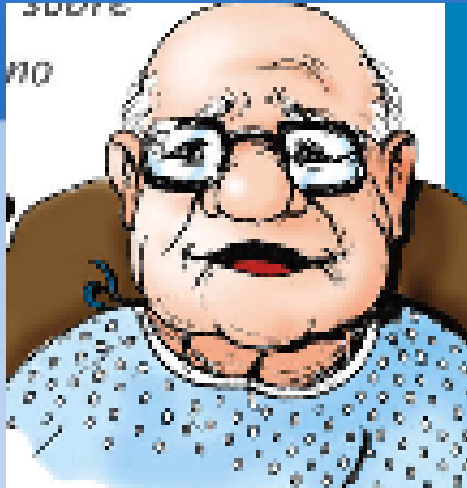
**PLURIPATOLOGIA**  
(excluir Cor Pulmonale)

**PROCEDENCIA HABITUAL:**  
Hospitalización MEDICINA INTERNA/ CARDIOLOGIA  
URGENCIAS  
ATENCIÓN PRIMARIA

# PORQUE SELECCIÓN DE PACIENTE



**RE-INGRESOS**



**PLURIPATOLOGIA**  
(excluir Cor Pulmonale)

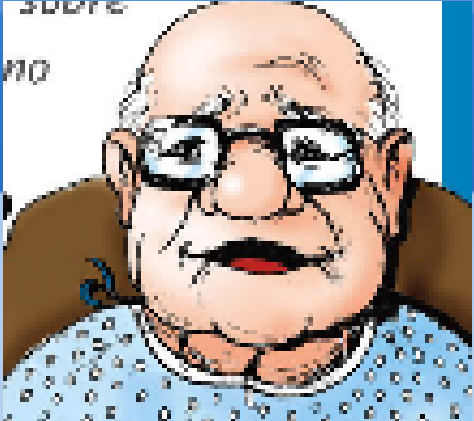
**SOMOS HOSPITAL NO PRIMARIA:**

- 1.UTILIZAMOS RECURSOS MAS CAROS
- 2.HACEMOS COSAS QUE NO HACE PRIMARIA
3. HACEMOS DESPLAZAR AL PACIENTE

# CONSECUENCIAS DE NO SELECCIÓN DE PACIENTE

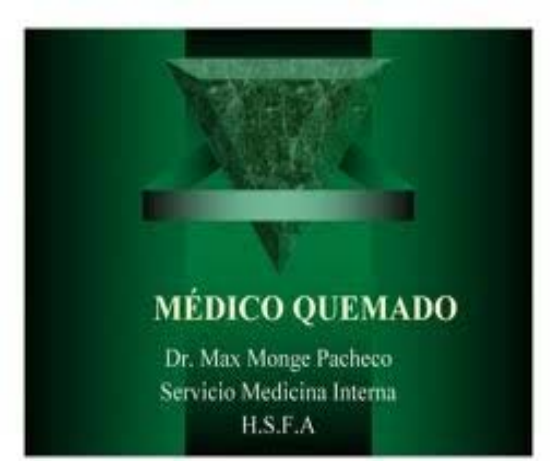


~~RE-INGRESOS~~

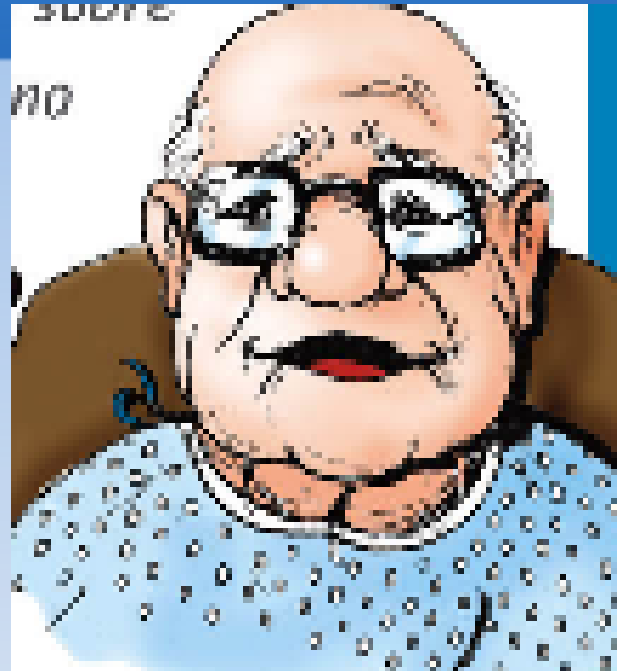


~~PLURIPATOLOGIA  
(excluir Cor Pulmonale)~~

## PERDEREMOS COMPETITIVIDAD



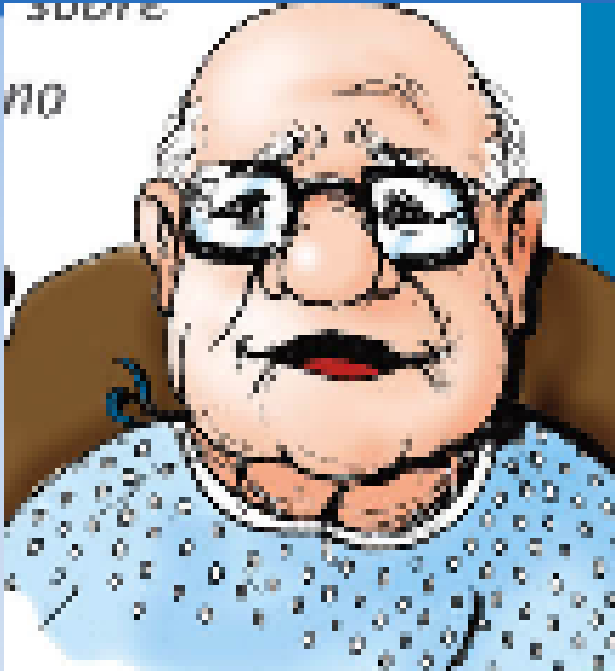
# QUIEN Y DONDE



DESDE LA PLANTA CON H. DE CONSULTA  
DERIVADOS DE A.Primaria o Urgencias  
una valoración previa en consulta M.Int

# ALTA DEL PACIENTE

DESEO DEL PACIENTE



IMPORTANTE  
DETERIORO  
GENERAL

AL MENOS 2 AÑOS ESTABLE  
COORDINADO CON ATENCIÓN PRIMARIA



# TIPOS DE CONSULTA ESTUDIOS HABITUALES

Primera consulta

Consultas de  
optimización

Consultas de  
seguimiento:

- Enfermería
- Médica/enferm.

Consultas no  
programadas

Consulta telefónica

## Perfil A

Analítica completa: perfil renal, lipídico, hepático. Ferrocinetica, hs tiroideas.

Básico de orina

Hemograma

Nt proBNP/BNP

En situaciones especiales: Hba1c, microalbuminuria...

Electrocardiograma

Radiología de Tórax

Incluir otros estudios según necesidad: Ecocardiograma ..

## Perfil B

Analítica urgente: perfil renal, iones. Hemograma

Nt proBNP/BNP

Electrocardiograma

Añadir otros si precisa: Rx Tórax, digoxinemia.

**Primera visita:  
perfil A**

**Revisión 6 meses:  
perfil A**

**Revisión 12 meses:  
perfil A**

**BQ general** (función renal, Perfil lipídico, perfil hepático, prot totales y albúmina)  
TSH  
HbA1c (si DM)  
Perfil Fe,  
B12, fólico y reticulocitos (si anemia)  
**SyS orina**  
**ECG**  
Ecocardiografía en pacientes que no tengan estudio ecocardiográfico previo)  
**Espirometría:** si se considera oportuno

**BQ general** (función renal, FGE, PFH, Perfil lipídico, prot totales y albúmina)  
TSH  
HbA1c (si DM)  
Perfil Fe,  
B12, fólico y retis (si anemia)  
**SyS orina**  
**ECG**

**BQ general** (función renal, FGE, PFH, Perfil lipídico, prot totales y albúmina)  
TSH  
HbA1c (si DM)  
Perfil Fe, B12, fólico y retis (si anemia)  
**SyS orina**  
**ECG**

**Consultas de optimización:  
perfil B**

**Consulta de enfermería:  
perfil B**

**Consulta no programada:  
perfil B**

**BQ urgente:** (función renal, Hemograma)  
NT Pro BNP/BNP

**BQ urgente:** (función renal, Hemograma)  
NT pro BNP/BNP

**-BQ urgente:** (función renal, Hemograma)  
- NT pro BNP/BNP

**ESTUDIOS  
SOLICITAR**



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA

	<b>Tareas de Enfermería</b>	<b>Tareas médicas</b>
<b>Primera visita</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar motivo de la consulta: el paciente padece insuficiencia cardiaca</li> <li>2. Explicar qué es la IC.</li> <li>3. Explicar síntomas y signos de alarma</li> <li>4. Incidir en la necesidad de control evolutivo próximo en el tiempo para conseguir estabilidad clínica y optimizar tratamiento.</li> <li>5. Explicar fármacos a introducir y necesidad de escalonamiento terapéutico y, por tanto, de revisiones periódicas en el tiempo.</li> <li>6. Dar carpeta para guardar informes y documentos, con las 2 hojas informativas y la ficha de control ambulatorio (hoja para apuntar TA, FC, peso)</li> <li>7. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura</li> <li>8. Pasar cuestionarios: Barthel, Pfeiffer y Cuestionario sobre calidad de vida</li> <li>9. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión</li> <li>10. Introducir datos de tareas 6 y 7 en la historia informática del paciente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Historia clínica pomenorizada, con especial atención a factores de riesgo cardio-vascular</li> <li>2. Valorar grado congestivo actual (anamnesis y exploración)</li> <li>3. Insistir en conceptos básicos de educación</li> <li>4. PTC1 (protocolo de peticiones en la primera visita)</li> <li>4. ajuste inicial de tratamiento</li> <li>5. introducir datos de tareas 1,2 y 4 en historia informática del paciente</li> <li>6. Entrega de informe para paciente y MAP</li> <li>7. Entrega de recetas y fecha de revisión</li> </ol>
<b>Visitas de optimización terapéutica (mensuales)</b> (dosis óptimas de IECA y BB) Nota: muchas veces ante la ausencia de problemas puede ser realizada sin médico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insistencia en síntomas y signos de alarma</li> <li>2. Interrogar sobre dudas respecto a manejo de diuréticos y detectar síntomas de alarma</li> <li>3. Revisar ficha de control ambulatorio</li> <li>4. Confirmar cumplimiento terapéutico</li> <li>5. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura</li> <li>6. Reaizar perfil B</li> <li>7. en caso de signos de alarma: hipotensión, taquicardia o taquipnea, ganancia de peso o desaturación, avisar al internista para valorar realizar analítica urgente.</li> <li>8. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión</li> <li>9. Introducir datos de analítica pedida para la revisión y las constantes en la historia informática del paciente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar grado congestivo actual</li> <li>2. Optimización terapéutica para IC</li> <li>3. Control de factores de riesgo cardio-vascular (FRCV), con especial atención a TA, FC, perfil lipídico, función renal, anemia.</li> <li>4. Estudios a realizar</li> <li>5. introducir datos de tareas 1-4 en historia informática del paciente</li> <li>6. Entrega de informe para paciente y MAP</li> <li>7. Entrega de recetas y fecha de revisión</li> </ol>
<b>Revisión a 6 meses</b> (valoración funcional y objetivos de riesgo cardio-vascular)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura</li> <li>2. Pasar cuestionarios: Barthel, Pfeiffer, Cuestionario sobre calidad de vida, cuestionario sobre autocuidado y test de 6 minutos.</li> <li>3. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión</li> <li>4. Introducir datos de tareas 5 y 6 en la historia informática del paciente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar grado congestivo actual</li> <li>2. Ajuste terapéutico si precisa</li> <li>3. Revisión obtención de control óptimo de FRCV (TA, FC, perfil lipídico, Hemoglobina).</li> <li>6.PTC6 (protocolo de peticiones a los 6 meses)r</li> <li>7.introducir datos de tareas 1-4 en historia informática del paciente</li> <li>2. Entrega de informe para paciente y MAP</li> <li>3. Entrega de recetas y fecha de revisión</li> </ol>



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA

	<b>Tareas de Enfermería</b>	<b>Tareas médicas</b>
<p><b>Visitas de control a los 9 meses</b> (situación estable, optimización terapéutica conseguida)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insistencia en síntomas y signos de alarma</li> <li>2. Interrogar sobre dudas respecto a manejo de diuréticos y detectar síntomas de alarma</li> <li>3. Revisar ficha de control ambulatorio</li> <li>4. Confirmar cumplimiento terapéutico</li> <li>5. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura.</li> <li>6. Realizar Perfil B y ver resultados</li> <li>7. en caso de signos de alarma: hipotensión, taquicardia o taquipnea, ganancia de peso o de saturación, avisar al internista para valorar realizar analítica urgente.</li> <li>8. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión</li> <li>9. Introducir datos de analítica pedida para la revisión y las constantes en la historia informática del paciente</li> </ol>	<p>No precisa en paciente estable en el que la enfermera no encuentre problemática</p>
<p><b>Revisión a 12 meses</b> (valoración funcional y objetivos de riesgo cardio-vascular)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura</li> <li>2. Pasar cuestionarios: Barthel, Pfeiffer, Cuestionario sobre calidad de vida, cuestionario sobre autocuidado y test de 6 minutos.</li> <li>3. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión</li> <li>4. Introducir datos de tareas 5 y 6 en la historia informática del paciente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar grado congestivo actual</li> <li>2. Ajuste terapéutico si precisa</li> <li>3. Revisión obtención de control óptimo de FRCV (TA, FC, perfil lipídico, Hemoglobina).</li> <li>4. PTC12 (protocolo de peticiones a los 12 meses)</li> <li>5. introducir datos de tareas 1-4 en historia informática del paciente</li> <li>6. Entrega de informe para paciente y MAP</li> <li>7. Entrega de recetas y fecha de revisión</li> </ol>
<p><b>Visitas no programadas</b> (agudización)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar ficha de control ambulatorio</li> <li>2. Confirmar cumplimiento terapéutico</li> <li>3. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura</li> <li>4. Identificar factor precipitante</li> <li>5. Extracción de analítica urgente (función renal, iones, digoxinemia y hemograma). Gasometría arterial basal si pulsioximetría &lt;92%.</li> <li>6. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión</li> <li>7. Introducir datos de analítica pedida para la revisión y las constantes en la historia informática del paciente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar grado congestivo actual</li> <li>2. Identificar factor precipitante</li> <li>3. Ajuste terapéutico</li> <li>4. Estudios a realizar</li> <li>5. Entrega de informe para paciente y MAP</li> <li>6. Entrega de recetas y fecha de revisión</li> </ol>



# INDICADORES DE CALIDAD

## **A) INDICADORES DE ESTRUCTURA**

Guía de Práctica Clínica:

Monitorización de cuidados y resultados obtenidos en la Consulta de IC

Descripción de criterios, objetivos y resultados

Descripción de objetivos y resultados de Consulta de Enfermería en IC

## **B) INDICADORES DE PROCESO**

*Medición de autocuidado. (cuestionario EHFScBS)*

*Medición función ventricular (ecocardiograma transtoracico )*

*Prescripción de IECA-ARA-II*

*Prescripción de Beta-bloqueantes*

## **C) INDICADORES DE RESULTADO**

*Visitas a Urgencias por IC tras 6 y 12 meses de seguimiento*

*Visitas a Urgencias por cualquier causa tras 6 y 12 meses de seguimiento*

*Ingresos por IC tras 6 y 12 meses de seguimiento*

*Ingresos por cualquier causa tras 6 y 12 meses de seguimiento*

*Adecuación de seguimiento: % pacientes que siguen en la consulta tras 6 y 12 meses de seguimiento*

*Adecuación del aprendizaje: Impacto en la escala de autocuidadoso (EHFailure Self-care BS. Versión española)*

# Atención Primaria

## **a. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADMITIDO EN EL SEGUIMIENTO**

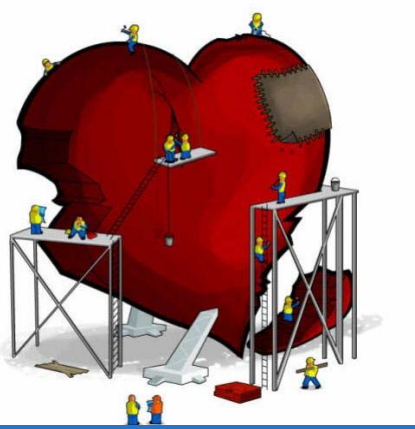
Planificación, aplicación y monitorización del plan terapéutico inicial.

Revisiones periódicas.

Evaluación de reagudizaciones

## **b. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE DE ALTA**

Disposición a retomar el seguimiento si empeoramiento....



# EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ICC

## EL EFECTO DE LA CONSULTA

Grado funcional

