

PROYECTO DE COORDINACIÓN HOSPITAL-ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Durante el año 2018 se constituyó un grupo de trabajo que incluyó médicos, enfermeras y gestoras de casos de cardiología, medicina interna y atención primaria del área del hospital San Cecilio, con el objetivo de mejorar el manejo y la coordinación entre los distintos niveles dentro del proceso insuficiencia cardiaca.

Las conclusiones y acciones propuestas del grupo se recogen a continuación:

I. VIA CLÍNICA O RUTA ASISTENCIAL

IA- Vías de derivación AP-Atención Hospitalizada y las actuaciones a realizar por parte de Cardiología ante un paciente con sospecha clínica de IC

¿Qué pacientes derivar?

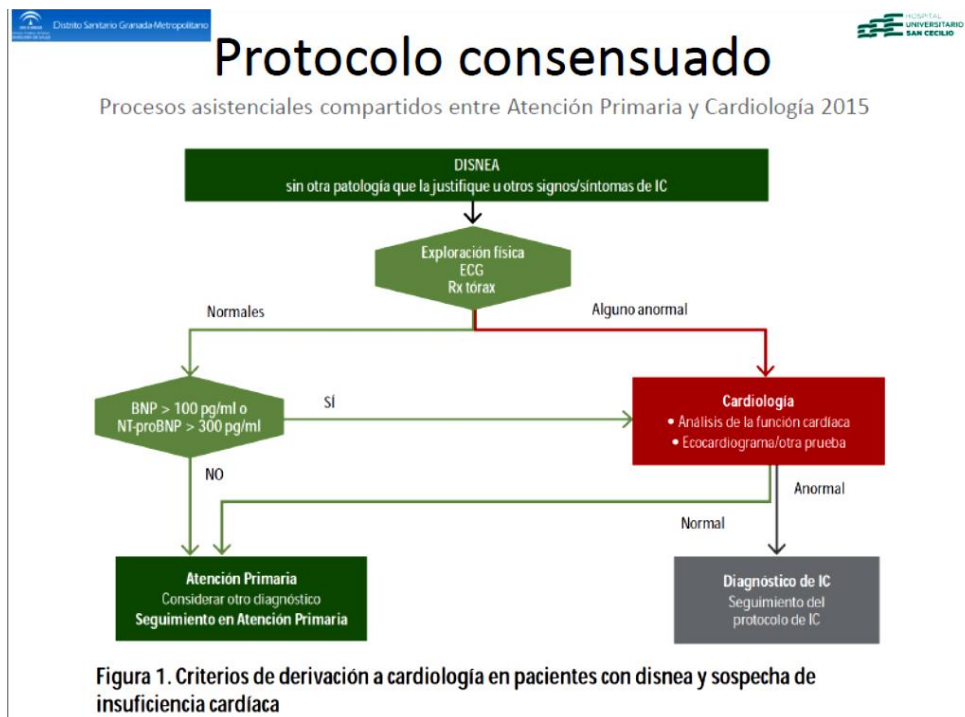
Desde Atención Primaria (AP) los pacientes con “sospecha” clínica de IC de novo (guiado por los criterios de Framingham y que presenten NT-proBNP ≥ 300 pg/ml) o la IC conocida en caso de progresión de enfermedad, falta de respuesta al tratamiento, sospecha de nueva cardiopatía o necesidad de reajuste terapéutico, pueden ser remitidos por “vía preferente” a las consultas de Alta resolución, con un compromiso de cita antes de 30 días por parte de Cardiología. Aquellos pacientes con criterios de inestabilidad (EAP o Shock, SCA, arritmias graves, enfermedad asociada grave o barreras del autocuidado significativas) serán remitidos para valoración hospitalaria urgente.

¿Cómo derivar desde AP?

Los pacientes serán remitidos a la consulta de acto único o alta resolución. Todo paciente remitido desde AP debe aportar historia clínica, ECG, Rx de Tórax y Analítica con TSH y péptidos natriuréticos (NT pro-BNP) ya disponible en los centros de Salud. Hay que recordar que ante un paciente con disnea, la determinación de péptidos natriuréticos desde AP tiene un alto valor predictivo

negativo y puede orientar hacia otras patologías y evitar derivaciones innecesarias si es negativo. Se ha establecido el *punto de corte general en 300 pg/ml*. Por debajo de este punto la insuficiencia cardiaca es improbable y habría que considerar otros diagnósticos alternativos. En aquellos con valor igual o superior se remitirían a Cardiología para confirmar el diagnóstico.

| PROCESO ASISTENCIAL INSUFICIENCIA CARDIACA | | | |
|--|---|--|--|
| VALORACION INICIAL MEDICO DE FAMILIA | | | |
| FACTORES DE RIESGO | SIGNOS Y SINTOMAS | EXPLORACIONES | |
| Edad | Disnea/ortopnea/DPN | Rx de tórax (índice cardiotorácico, causas respiratorias de disnea), ECG | |
| HTA | Estertores, crepitantes | Análítica con perfil lipídico, Renal, Electrolitos, Glucemia, Hemograma, TSH y NT-proBNP | |
| Diabetes | Astenia, Edemas | CRITERIOS DE FRAMIGHAN <i>Tiempo de evolución</i> | |
| C Isquémica | Hepatomegalia | | MAYORES |
| Otras cardiopatías | Reflujo hepato yugular | DPN | MENORES |
| HVI | Oliguria | Ingurgitación yugular | Edemas MMII |
| Alcohol/Tabaco | Soplos, 3ºo 4º ruido | Crepitantes bibasales | Tos Nocturna |
| DERIVACION CARDIOLOGIA | | Cardiomegalia RX | Disnea esfuerzo Grado NYHA I-II-III-IV |
| Primera vez | Interconsulta en ya diagnosticados | EAP | Hepatomegalia |
| Sospecha+ | Progresión enfermedad | Tercer Tono | Derrame pleural |
| NTproBNP | Falta Respuesta TT | Aumento PVC | Taquicardia >120lpm |
| | Sospecha nueva cardiopatía | Reflujo Hepato yugular | Dos Mayores o uno Mayor y dos menores=Diagnostico sospecha |
| | Alteraciones bioquímicas graves | Perdida peso >4,5Kg con ttº | NT-proBNP: ≥ 300: Cardiología |
| | Reajuste terapéutico | | (resto: IC improbable, considerar otro diagnóstico) |
| | | | Tratamiento farmacológico actualizado receta XXI |
| | | | CARDIO: FEVI, NYHA, Diagnostico etiológico, Peso al alta, FC al alta, Analítica a alta, Tratamiento |
| FEVl>40% | Seguimiento AP | FEVl<40% | Unidad de Insuficiencia cardiaca |



En aquellos pacientes ya valorados previamente por la UIC contactaran directamente con la enfermera de la unidad (958023882) para solicitar cita nueva en la unidad.

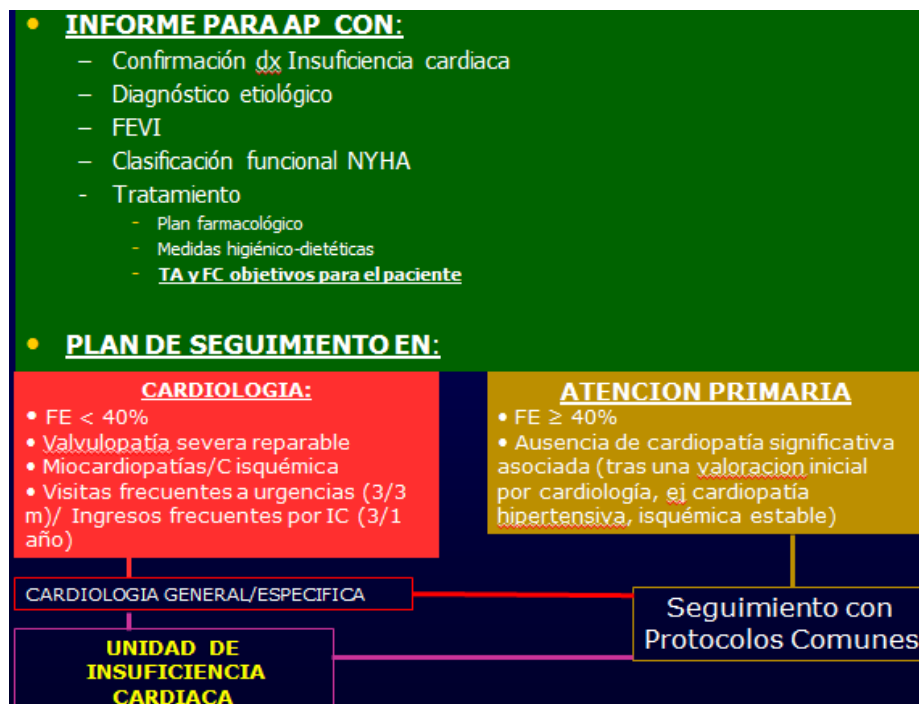
¿Respuesta de cardiología?

A los pacientes derivados desde AP se les realizará tras la anamnesis y exploración física habitual, un ecocardiograma en consulta y se emitirá un informe para su Dr. de AP en el que debe constar la confirmación o no del diagnóstico de sospecha, el diagnóstico etiológico, la clase funcional del paciente (NYHA) y la fracción de eyección del VI (FEVI).

¿Plan de seguimiento? Figura 1:

- Si el paciente presenta IC y FEVI $\geq 40\%$ y no presenta cardiopatía estructural significativa continuará seguimiento en AP con protocolos de seguimiento ya consensuados con la UIC. En ese caso, se añadirá al informe el plan terapéutico a seguir (incluyendo medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico) así como la tensión arterial (TA) y frecuencia cardíaca (FC) objetivos en dicho paciente.
- Si el paciente presenta IC y FEVI $< 40\%$ ó IC y FEVI $\geq 40\%$ con reingresos hospitalarios o visitas a urgencias frecuentes, continuará el seguimiento en Cardiología en la UIC. En caso de cardiopatía estructural significativa (valvulopatía / cardiopatía isquémica / miocardiopatía familiar...) continuará seguimiento por consultas externas específicas de Cardiología.

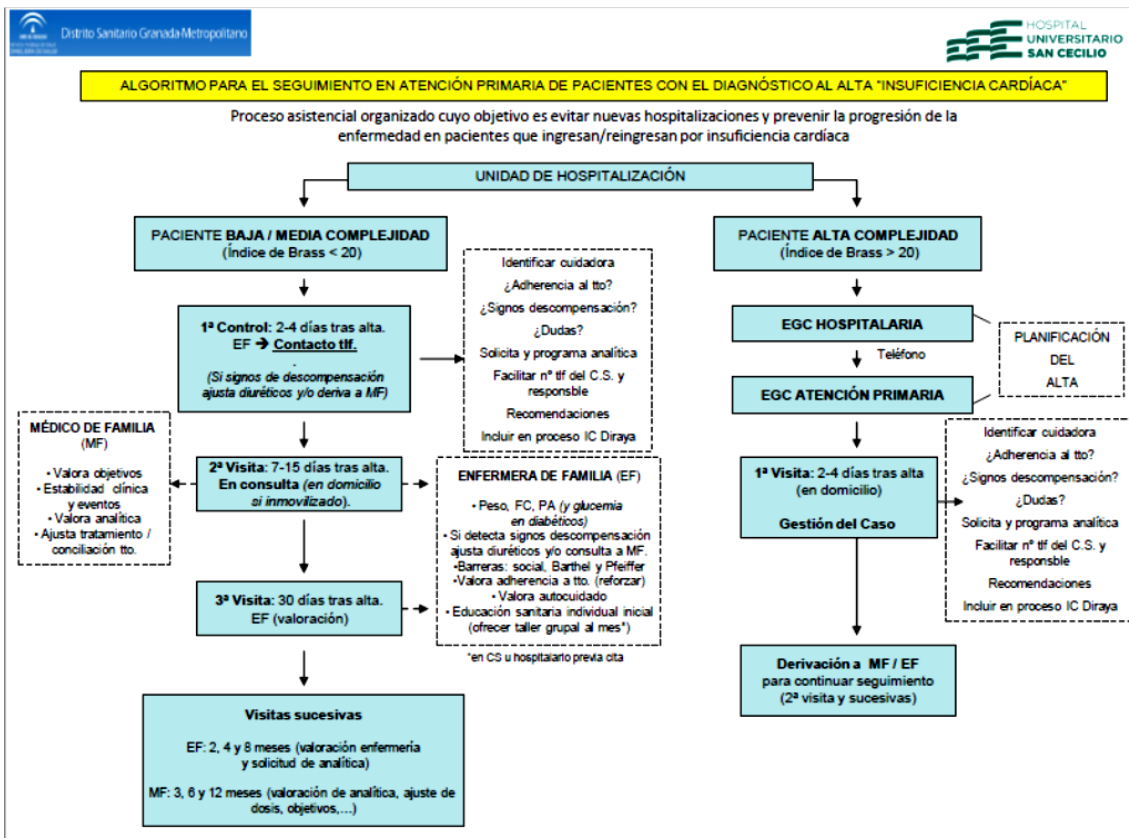
Figura 1 Informe de derivación para AP y plan de seguimiento



IB- Seguimiento precoz en AP tras un alta hospitalaria por Insuficiencia Cardíaca

De cara a la continuidad de cuidados post-alta en los pacientes que son dados de alta a AP tras un ingreso hospitalario, hemos desarrollado de forma consensuada en el grupo de trabajo un “**algoritmo de seguimiento precoz conjunto médico-enfermería en AP para el primer año de seguimiento**” (Figuras 2 y 3) con una visita inicial “telefónica” de enfermería de AP a los 2-4 días tras el alta y una visita conjunta posterior por el facultativo especialista en medicina de familia y la enfermera de AP a los 7-15 días. Posteriormente, durante el primer año post-alta se establecen visitas consecutivas conjuntas (o intercaladas con enfermería) al mes, a los 3 meses, 6 meses y al año.

FIGURA 2: Algoritmo de seguimiento precoz en AP tras alta de pacientes ingresados por IC.



SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES TRAS EL ALTA HOSPITALARIA POR "INSUFICIENCIA CARDÍACA"

Proceso asistencial organizado cuyo objetivo es evitar nuevas hospitalizaciones y prevenir la progresión de la enfermedad en pacientes que ingresan/reingresan por insuficiencia cardíaca

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA



SISTEMÁTICA DE EVALUACIÓN

- Objetivos: Frecuencia cardíaca, tensión arterial y peso
- Estabilidad: clase funcional y síntomas congestivos
- Eventos adversos
- Valorar analítica básica: hemograma, iones, función renal
- Tratamiento: adherencia, conciliación y optimizar.
- Régimen flexible diuréticos.

SIGNOS DE ALERTA

- ✓ Aumento de peso rápido: más de 1kg/día o más de 2 kg en 2-3 días.
- ✓ Edemas en tobillos o abdomen (ascitis).
- ✓ Disminución de la cantidad de orina.
- ✓ Empeoramiento de disnea, ortopnea o crisis de disnea paroxística nocturna,
- ✓ Tos seca persistente, dolor torácico.
- ✓ Mareo o pérdida de conciencia (síncope)

QUE HACER ANTE SIGNOS DE ALERTA?

1) SÍNTOMAS CONGESTIVOS

- Si TAS > 100 mmHg: aumento diuréticos (furosemida) durante 3-4 días:
 - o Si mejoría: reducir progresivamente dosis diuréticos
 - o Si empeoramiento: contactar con UIC
- Si TAS < 90-100 mmHg: reducción dosis IECA/ARAII/ARNI y aumento dosis furosemida (contactar con UIC si no mejoría)

2) TAS < 90 mmHg o > 140 mmHg

- Reducción o aumento dosis IECA/ARAII/ARNI

3) FC < 50 lpm (hacer ECG)

- Reducción/suspensión Betabloqueantes/digoxina/ivabradina

4) FC > 120 lpm (hacer ECG) y TA > 100 mmHg

- Aumentar dosis de Betabloqueante

5) CONTACTAR CON UIC, SI...

- Persistencia síntomas congestivos severos
- Hb < 9 g/dl, Cr de novo > 2.5 mg/dl, K+ > 5,5 mEq/l,
- TAS < 90 mmHg sintomática persistente



cardioui.c.husc.sspa@juntadeandalucia.es
669461 (exterior 647-77 9461)
www.husc.es/especialidades/cardiologia

Méicos: Jesús G. Sánchez Ramos/Ismael F. Aomar Millán
Enfermera: Dolores Lerma Barba

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES TRAS EL ALTA HOSPITALARIA POR "INSUFICIENCIA CARDÍACA"

Proceso asistencial organizado cuyo objetivo es evitar nuevas hospitalizaciones y prevenir la progresión de la enfermedad en pacientes que ingresan/reingresan por insuficiencia cardíaca

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



- Identificar cuidador/a
- ¿Adherencia al tratamiento?
- ¿Signos descompensación?
- ¿Dudas?
- Solicitar y programar analítica: Creat, Na, K, Hb
- Facilitar nº tlf del C.S. y responsable
- Recomendaciones :dieta, control peso, TA y fc
- Incluir en proceso IC Diraya

SISTEMÁTICA DE EVALUACIÓN CONSULTA

- Peso, FC, PA (y glucemia en diabéticos)
- Si detecta signos descompensación ajusta diuréticos (si pautado) o consulta MF.
- Detectar barreras: social, Barthel y Pfeiffer
- Valora adherencia a tto. (reforzar)
- Valora autocuidado
- Educación sanitaria individual
- Ofrecer taller grupal al mes en CS u hospital (cita)

SIGNOS DE ALERTA

- ✓ Aumento de peso rápido: más de 1kg/día o más de 2 kg en 2-3 días.
- ✓ Edemas en tobillos o abdomen (ascitis).
- ✓ Disminución de la cantidad de orina.
- ✓ Empeoramiento de disnea, ortopnea o crisis de disnea nocturna
- ✓ Tos seca persistente, dolor torácico.
- ✓ Mareo o pérdida de conciencia (síncope)

QUE HACER ANTE SIGNOS DE ALERTA?

1) Síntomas congestivos: ajustar diuréticos (si está pautado)

2) Contactar con médico AP:

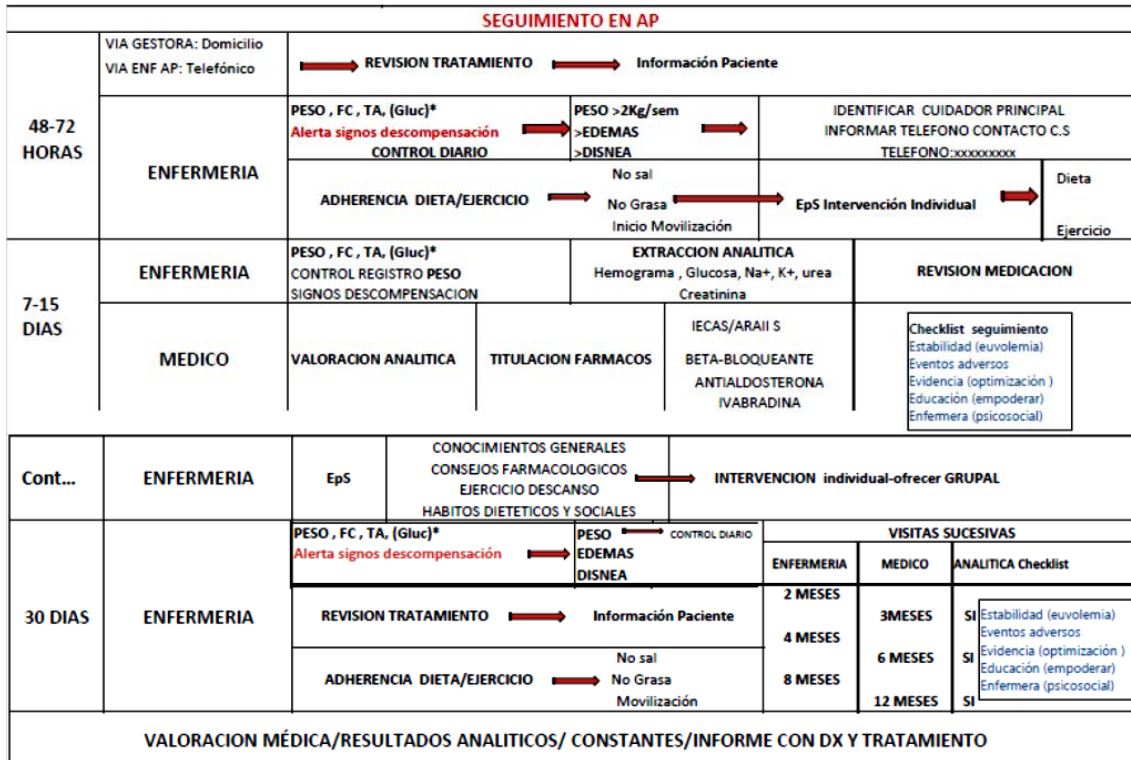
- Síntomas congestivos persistente
- Si TAS < 90 o síntomas ortostáticos: Reducción dosis IECA/ARAII/ARN
- Si TAS >160 mmHg: Subir IECA/ARAII/ARN o asociar.
- FC < 50 lpm (hacer ECG): Reducción/suspensión betabloqueantes/digoxina/ivabradina
- FC > 120 lpm (hacer ECG): Aumentar dosis de Betabloqueante



cardioui.c.husc.sspa@juntadeandalucia.es
669461 (exterior 647-77 9461)
www.husc.es/especialidades/cardiologia

Méicos: Jesús G. Sánchez Ramos/Ismael F. Aomar Millán
Enfermera: Dolores Lerma Barba

FIGURA 3: Esquema detallado seguimiento conjunto para enfermería y facultativos de AP.



a) La visita inicial “telefónica” por la enfermería de AP a los 2-4 días, con cita dada al alta del hospital en una agenda virtual creada al efecto.

En los pacientes de alta complejidad (índice de Brass > 20) la visita se realiza por enfermero gestor de casos de AP previo cita telefónica por gestor de casos hospitalario. Esta será de presencia física bien en el Centro de Salud (CS) o preferentemente en el domicilio dependiendo de la capacidad de desplazamiento del paciente

En este primer contacto se identificará al cuidador/a, se analizará la adherencia al tratamiento, signos descompensación, se resolverán dudas y se solicitará y programara analítica para la semana siguiente. Se facilitará el número de teléfono del C.S. y nombre del médico y enfermero responsable. Se darán recomendaciones sobre dieta, control peso, TA y fc

b) Entre los 7 y 15 días tras el alta se realizará la primera visita conjunta médica por el facultativo especialista en medicina de familia y por parte de enfermería.

En la visita médica se realizará una nueva valoración clínica del paciente, se valorarán las constantes (peso, tensión arterial, ritmo y frecuencia cardíaca) y los resultados de la analítica extraída. Se comprobará medicación y se iniciará la titulación de los fármacos iniciados en el ingreso hospitalario (IECA/ARA II, betabloqueantes, ivabradina, antialdosterónicos, ajuste de diuréticos, etc.) con el objetivo de conseguir una tensión arterial sistólica y diastólica objetivo entre 110-135/85 mm Hg y una frecuencia cardíaca objetivo de aproximadamente 60 latidos por minuto (50-70 lpm).

Para facilitar la titulación farmacológica se han elaborado unos protocolos consensuados con los farmacéuticos del distrito sanitario y los especialistas de Cardiología del hospital para los principales fármacos con evidencia científica en IC, sus dosis de inicio, las dosis objetivo a conseguir y algunos consejos de ajuste en caso de efectos adversos. También se han facilitado algoritmos farmacológicos de titulación de IECA/ARA II, betabloqueantes e ivabradina en disfunción sistólica y de manejo farmacológico para los pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada

Por parte de enfermería de AP realizará:

- una primera valoración clínica del paciente, de los síntomas o signos de alarma, control de peso, tensión arterial, frecuencia cardíaca y glicemia si es diabético.
- Detecta y enmienda barreras a nivel de apoyo social, dependencia o cognitivas (considerar Barthel y Pfeiffer)
- Se reforzarán algunos puntos básicos del autocuidado: importancia de realizar dieta sin sal y sin grasas, control de peso diario y adherencia a la medicación.
- Se realizará la primera conciliación farmacológica comprobando que los medicamentos que el paciente está tomando coinciden en principio activo y dosis con los prescritos en el informe de alta hospitalaria. Se comenzará con la educación sanitaria reglada individual.

c) A los 30 días, se realizará nueva visita por enfermería en la que se volverá a controlar la situación clínica y de autocuidado del paciente y se reforzará la educación sanitaria reglada individual y se ofrecerán los talleres educativos grupales bien en el centro de salud o nivel hospitalario previa cita en agenda disponible al efecto. A los 30 días, se tiene que haber conseguido la estabilización clínica del paciente.

d) Las siguientes visitas clínicas hasta completar el año de seguimiento se realizarán de forma alterna médico-enfermería: 3,6 y 12 meses analítica +facultativo AP ; 2,4 y 8 meses enfermería

II. PROCESO EDUCATIVO PARA PACIENTES Y CUIDADORES: EDUCACIÓN SANITARIA POR ENFERMERÍA

Tras el alta, enfermería se encargará de continuar la educación sanitaria iniciada en el hospital reforzando en cada visita clínica los puntos básicos de la adherencia y el autocuidado.

Esta educación se plantea realizar tanto de forma individual como en talleres grupales según las características del CS o a nivel hospitalario, y será concordante con la que se realizó durante la fase de hospitalización. Se ha optado por utilizar en AP los mismos materiales didácticos que los que ya se estaban utilizando en la Unidad de IC en la fase extrahospitalaria [tanto la versión individual como la de talleres grupales]. Se pretende así disminuir la variabilidad y que la información que recibe el paciente sea homogénea independientemente del nivel en el que se realice el seguimiento.

Planificación de la educación sanitaria

En la primera visita presencial con la enfermera a los 7-15 días, se realizará la educación sanitaria individual utilizando como guía el tríptico educativo que se entrega al paciente (documento 6) o el cuaderno educativo guía (documento 7) diseñado para ello, incluyendo los diferentes aspectos formativos: qué es la insuficiencia cardíaca, explicación signos alarma, explicación Régimen flexible de diuréticos, cuándo y cómo contactar con enfermera, la dieta pobre en sal, el control ingesta de líquidos, hábitos saludables, el tratamiento farmacológico, efectos beneficiosos y adversos y fármacos prohibidos.

Al final de la visita se entregará la libreta de control (documento 8) y se ofrecerá material adicional disponible en la web de cardiología (www.husc.es/especialidades/cardiologia) con un área general de enfermos cardiopatas y un área específica de insuficiencia cardíaca dentro de la Unidad de insuficiencia cardíaca (UIC).

En cada contacto sanitario con el paciente se reevaluará los conocimientos adquiridos y se reforzarán los mismos. En la visita de los 30 días se ofrecerá realizar el taller educativo grupal, bien en el centro de salud si tiene capacidad para ello, o bien a nivel de de los talleres grupales hospitalarios realizados los segundos martes de cada mes de 12 a 14 horas, previa cita desde atención primaria en la agenda “Educación Insuficiencia Cardíaca AP”

| Ingreso | 1º visita: 15d | Al mes | Al 2º mes | ...según.. (anual) |
|-------------------------|-------------------------------------|-----------------|----------------------------------|------------------------------|
| - Tríptico* - Básica | - Intensiva - Material adicional | - Sesión Grupal | -Evaluar -Refuerzo individual | Refuerzo individual o grupal |

III. COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ATENCIÓN PRIMARIA-HOSPITAL

Una de las acciones claves en la integración de la atención a la insuficiencia cardiaca es mejorar la comunicación entre la UIC hospitalaria y atención primaria.

Métodos y vía de comunicación

a. La forma estándar por **consulta presencial** del paciente con sospecha de insuficiencia cardiaca o con progresión de la enfermedad mediante derivación desde atención primaria y la respuesta por parte de cardiología mediante informe clínico con los estándares definidos en la vía clínica. Todos los informes, contactos y modificaciones realizadas quedarán registrados y accesibles en la historia clínica electrónica tanto de Diraya Primaria como de hospital.

b. Por **consulta telemática vía email o telefónica** dentro del proceso de insuficiencia cardiaca y para pacientes atendidos y diagnosticados previamente de insuficiencia cardiaca.

El objetivo de la misma es mantener una comunicación abierta y bidireccional entre los dos niveles asistenciales que sirva de apoyo de la UIC al paciente diagnosticado de insuficiencia cardiaca pero seguido en el ámbito de atención primaria, así como un canal con primaria de los pacientes con insuficiencia cardiaca controlados en el hospital.

Los casos no prioritarios, en los que la respuesta se pueda demorar una semana, se realizará mediante correo corporativo bien a la Unidad de IC o al director del centro de salud al que pertenece el paciente (que sería el responsable de comunicar y contactar con el médico de familia del paciente).

Los casos prioritarios, con necesidad de una respuesta en 24-48h, se realizará mediante contacto telefónico a los centros de salud o al teléfono de la UIC

En los casos urgentes que no sean demorables se actuará en consecuencia.

Correos corporativos (casos "no prioritarios"): respuesta una semana

HOSPITAL (Unidad IC): cardiouic.husc.sspa@juntadeandalucia.es

AP: correo de los Referentes de IC/Directores Centro de Salud

Teléfono (casos "prioritarios"): respuesta en 24-48h

HOSPITAL (Unidad IC): 669 461 (exterior 647-77 94 61)

AP: teléfono del Centro de Salud del área

Indicar: Responsable, Centro de Salud y contacto

Nombre paciente, NUHSA y consulta.

(NO ES UN SUSTITUTO DE LA DERIVACIÓN NORMAL POR CONSULTA NI DE LA URGENTE)

IV. IDENTIFICACIÓN DE LOS REFERENTES DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP Y SU FUNCIÓN.

Son el médico y enfermera en cada Centro de Salud con la misión de garantizar la mejora y ejecución de la vía clínica (DIFUNDIR), contribuir a la

formación continua del equipo (FORMAR) y la COORDINACIÓN del paciente entre la unidad de IC y AP (compartida con los directores de los centros de salud)

| DAP METROPOLITANO | | | | |
|----------------------|--------------------------------|-----------|---------------------|--|
| U.G.C. | NOMBRE Y APELLIDOS | CATEGORIA | TELEFONO | CORREO ELECTORNICO |
| Alhama de Granada | ENRIQUE MARESCA BERMEJO | MEDICO | 670941240 | enriquer.maresca.sspa@juntadeandalucia.es |
| Alhama de Granada | NOELIA GOMEZ CALVO | ENFERMERA | 697956283 | marian.gomez.sspa@juntadeandalucia.es |
| Armillá | CARMEN JIMENEZ MASAGOSA | MEDICO | 649885296 | maria.c.jimenez.masegosa.sspa@juntadeandalucia.es |
| Armillá | NICOLAS BENITEZ MUÑOZ | ENFERMERO | 654508378 | nicolas.benitez.sspa@juntadeandalucia.es |
| Cenes de la Vega | CONCEPCIÓN MACIA CANO | MEDICO | 650495 | concepcion.macia.sspa@juntadeandalucia.es |
| Churriana de la Vega | GEMA MUÑOZ GARCIA-LIGERO | MEDICO | 677887177 | gema.muñoz.garcialigero.sspa@juntadeandalucia.es |
| Churriana de la Vega | JOSE BURGOS SANCHEZ | ENFERMERO | 677903792 | jose.burgos.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es |
| Huétor Tájar | ANDRÉS LLAVERO SANCHEZ | MEDICO | 635147243 | andres.llaverosspa@juntadeandalucia.es |
| Huétor Tájar | MARIA TERESA LOPEZ MOLINA | ENFERMERA | 625543897 | teresita.escobar.sspa@juntadeandalucia.es |
| Huétor Vega | FRANCISCO D. RODRIGUEZ MARTIN | MEDICO | 666496186 | franciscod.rodriguez.sspa@juntadeandalucia.es |
| Huétor Vega | JAVIER SALDAÑA SALDAÑA | ENFERMERO | 671566384 | franciscoj.saldana.sspa@juntadeandalucia.es |
| La Zubia | ANTONIO HERMOSO SABIO | MEDICO | 625299463 | antonio.hermoso.sspa@juntadeandalucia.es |
| La Zubia | JOSE M.ª GARCIA MARTINEZ | ENFERMERO | 635331647 | maria.garcia.martinez.sspa@juntadeandalucia.es |
| Las Gabias | MANOLO BARQUERO VARGAS | MEDICO | 606962349 | manuel.barquerosspa@juntadeandalucia.es |
| Las Gabias | SONIA MARTINEZ TRUJILLO | ENFERMERA | 635161505 | soniamartinez.sspa@juntadeandalucia.es |
| Loja | PILAR QUESADA CARRASCO | MEDICO | 653949004 | pilar.quesada.sspa@juntadeandalucia.es |
| Loja | JUSTA MARIA LOPEZ CASTILLO | ENFERMERA | 656691013 | justam.lopez.sspa@juntadeandalucia.es |
| Montefrío | ANTONIO PRIETO LOPEZ | MEDICO | 609670814 | antonio.prieto.lopez.sspa@juntadeandalucia.es |
| Montefrío | GERARDO TIRADO PEDREGOSA | ENFERMERO | 671597627 | gerardo.tirado.sspa@juntadeandalucia.es |
| Ojijares – Gójar | RAFAELA PEREZ ROPERO | MEDICO | 630274914 | rafaela.perez.sspa@juntadeandalucia.es |
| Ojijares – Gójar | DOLORES PEÑA PEÑA | ENFERMERA | 622895649 | mdolores.pena.sspa@juntadeandalucia.es |
| Valle de Lecrín | FRANCISCO J. MOLINA FERNANDEZ | ENFERMERO | 677903135 | favier.molina.sspa@juntadeandalucia.es |
| Valle de Lecrín | EDUARDO PLAZA | MEDICO | 958 77 95 54 / 53 ? | |
| Valle de Lecrín | ALEJANDRO DURAN SAEZ | ENFERMERO | | |
| DAP GRANADA | | | | |
| U.G.C. | NOMBRE Y APELLIDOS | CATEGORIA | TELEFONO | CORREO ELECTORNICO |
| Góngora | DOLORES NAVARRETE FRANCO | ENFERMERA | 670949883 | maria.d.navarrete.sspa@juntadeandalucia.es |
| Las Flores | JOSE MORENO HERRERA | MEDICO | 173329 - 173330 | rafael.arenas.sspa@juntadeandalucia.es |
| Mirasierra | MATILDE MARTIN ROBLES | MEDICO | 649888631 | matilde.martin.robles.sspa@juntadeandalucia.es |
| Mirasierra | PAULA HERRERA JIMENEZ | ENFERMERA | 670949880 | paulat.herrera.sspa@juntadeandalucia.es |
| Zaidín Centro | FERNANDO TEJERO MARTOS | MEDICO | 647066430 | fernandod.tejero.sspa@juntadeandalucia.es |
| Zaidín Centro | PAULA HERRERA JIMENEZ | ENFERMERA | 749880 | paulat.herrera.sspa@juntadeandalucia.es |
| Zaidín Sur | JOSÉ ANTONIO HENARES CIVANTOS, | MEDICO | 627795315 | josea.henares.sspa@juntadeandalucia.es |

El pasado 8 de febrero de 2019 participaron en la reunión informativa de las conclusiones del grupo de trabajo sobre la actualización en la atención del proceso insuficiencia cardiaca en el área sanitaria del hospital, con la misión de difundir en sus respectivos centros de salud tanto a personal médico como de enfermería.

Igualmente son los responsables de mantener la formación propia como del centro de salud en lo relativo al diagnóstico, tratamiento y manejo de la insuficiencia cardiaca.

V. FORMACIÓN MÉDICA Y GUÍAS

Un aspecto fundamental para mejorar los resultados en salud es potenciar la formación continuada de los profesionales implicados en el manejo del paciente con insuficiencia cardiaca.

Se han propuesto:

- Sesión práctica inicial del proceso de coordinación para médicos de familia, enfermeras gestoras de casos y enfermeras de AP
- Rotaciones formativas de los referentes de IC en la unidad de IC hospitalaria
- Sesiones de actualización trimestrales centrado en las guías de práctica clínica
- Realización de cursos disponibles en agencias acreditadas

Para finalizar se han diseñado diferentes documentos de ayuda para la toma de decisiones y seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca:

- D1 Valoración IC inicial y seguimiento AP
- D2 Algoritmo de seguimiento IC-AP
- D3 Protocolo Uso NT-proBNP
- D4 Comunicación AP-hospital
- D5 Cuestionarios Básicos Enfermería
- D6 Tríptico consejos IC pacientes AP
- D7 Cuaderno educativo guía
- D8 Libreta de control
- D9 Taller educativo HSC UNICO
- D10.1/.2/.3/.4 Talleres educativos HVN módulos

8 Febrero 2019

GRUPO DE TRABAJO

| | |
|--|---|
| Cardiólogo UIC | Jesús Gabriel Sánchez Ramos |
| Enfermera UIC | María Dolores Lerma Barba. |
| Internista (UIC) | Ismael Fco Aomar Millán |
| Cardio Loja | Pablo Santiago |
| Enfermera Planta Cardio | Maite Molina Ruiz |
| Enfermero Chare-Cardio Loja | Oliverio Ruiz |
| Enfermera Gestora Casos (H San Cecilio) | Maria Luz Flores Antigüedad |
| Enfermera Gestora de Casos (Zaidín-Centro) | Paula Herrera Jiménez.. |
| Enfermero Gestor de Casos (Churriana/ Las Gabias) | José Burgos |
| Médica Familia (Ogijares) | Rafaela Pérez Ropero |
| Médico Familia (Zaidín-Sur) | José Antonio Henares |
| Enfermero AP-Coord cuidados Valle Lecrin | Javier Molina Fernández |
| Enfermero de familia (Director de la UGC de Gongora) | Alejandro Granados Alba |
| Médico Urgencias | Pepa Gómez Castillo |
| Supervisora Cardiología | Emilia Nieto |
| Supervisoras MI | Dolores Gonzalez Gonzalez Carolina Asenjo |
| Director Distrito sanitario-Granada | Francisco Javier Gallo Vallejo |
| Directora cuidados AP Distrito Granada-metropolitano | Ana Varella Safont |
| Jefa Servicio Cardiología. | Concha Correa Vilches |
| Jefa Sección MI | Pilar Giner |
| Farmacia DAP | Sonia Anaya Ordoñez |
| Laboratorio | Luis Dominguez Rodriguez Jose Vicente Garcia Tomás Haro |