

Atención al paciente con insuficiencia cardíaca a través de unidades multidisciplinarias en Venezuela

Assistance to the patients with heart failure through multidisciplinary unities in Venezuela

Dra. Raquel González Hormostay¹

¹Cardiólogo clínico - Ecocardiografista- CCR ASCARDIO Barquisimeto, RB de Venezuela

INTRODUCCIÓN

En las últimas tres décadas el mundo de la cardiología ha experimentado un cambio del enfoque del sistema de atención en salud convencional unipersonal al multidisciplinario. La evidencia actual señala que el trabajo de estos equipos multidisciplinarios redundan en una mayor sobrevida de los pacientes y reducción significativa del número

de hospitalizaciones, lo cual implica por ende, la interacción de diferentes especialidades y protocolos de servicio que integren a un equipo humano y de recursos de infraestructura que sirvan para una mejor intervención en el curso clínico dentro del continuo cardiovascular, en particular, restricción de sus complicaciones, como lo es la insuficiencia cardíaca (IC) ⁽⁴⁾.

La IC es un problema sanitario importante, al tratarse de una enfermedad en la mayoría de los casos, de tipo crónica con una elevada prevalencia y con tendencia a aumentar en países desarrollados y subdesarrollados. Cerca del 1 % de la población mayor de 40 años presenta IC. La prevalencia de esta enfermedad se dobla con cada década de edad, y se sitúa alrededor del 10 % en los mayores de 70 años. La IC es una importante causa de hospitalización entre los pacientes mayores, comportando unos elevados costes sanitarios. La insuficiencia cardíaca como epidemia y su pronóstico, está relacionado con el estadio de la misma; en cuanto a mortalidad los 5 años, para el estadio A 3 %, para el B 4 %, estadio C 20 % y para estadio D 80 %. Es determinante comprender que en cada estadio se requiere individualizar el tipo de abordaje que se aplicará y es más factible la aproximación al ideal, mediante

CORRESPONDENCIA

Dra. Raquel E. González Hormostay.
ASCARDIO. Carrera 17 con Calle 12. Barrio la Feria.
Barquisimeto, RB de Venezuela.
Tel: +58-4245018240
E-mail: gonzalezraquel84@gmail.com

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS DE LOS AUTORES:

Ninguno

AGRADECIMIENTO: Néstor González Ochoa, Bartolomé Finizola Celli

Recibido en: noviembre 14, 2018
Aceptado en: diciembre 11, 2018

recursos impartidos con visión multidisciplinaria.⁽⁴⁾

Los equipos de cuidado en salud: breve contexto histórico

El uso de las guías clínicas en la comprensión de patologías complejas, ha sido estudiado y demostrado ser beneficioso; de igual forma, el manejo en equipo de las enfermedades, como por ejemplo, con el apoyo de la enfermera permite romper mayor número de barreras y una mayor atención del médico al paciente al momento de la consulta ⁽²⁾.

La existencia de las unidades multidisciplinarias, amerita ser contextualizado, ya que se iniciaron desde la década del 50, cuando en las pinturas se representaba a la enfermera como parte del cuidado del paciente junto al médico. Esta visión se inicia en las rondas médicas del estudiante, las cuales se realizan de forma grupal para garantizar una mejor atención al paciente ⁽²⁾.

Una de las primeras experiencias de trabajo grupal en el área cardiovascular, lo representan las unidades de rehabilitación cardiovascular, las cuales desde la década del 60 se desarrollaron a nivel nacional e internacional en EE.UU, Dinamarca, Alemania, Finlandia, Suecia y Francia, siendo pioneros en esta área. Está demostrado que suele ser más útil para problemas médicos complejos, tanto en la hospitalización como el ajuste farmacológico de tipo ambulatorio. El programa MULTIFIT demostró que al tratar pacientes entre médicos, nutricionistas y enfermeras resultaba mejor para lograr la cesación tabáquica, así como el *Stanford Coronary Risk Intervention Program*, el cual demostró que en hombres y mujeres con enfermedad arterial coronaria documentada, que eran por equipos multidisciplinario, reducían la aterosclerosis evaluada angiográficamente, eventos cardiovasculares y evento primario comparados con sujetos controles ⁽⁷⁾.

En Latinoamérica surgen los equipos multidisciplinarios sistemáticamente en insuficiencia cardíaca, desde hace alrededor de 30 años, liderado por Colombia y Brasil, quienes cuentan

con registros de su data local. En nuestro país, desde mediados de 1970 se intensifica la respuesta social, en la dimensión de la medicina, estando vinculada al desarrollo de innovaciones de la industria químico farmacéutica, y en este contexto se dio la creación del programa cardiovascular en manos del Departamento de Enfermedades Cardiovasculares, sin embargo, no es hasta inicios de 2010 cuando se empieza a presentar ideas y grupos de trabajo que en los escenarios oficiales ofrecen los beneficios en el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca, más allá de la consulta médica y la posible hospitalización ⁽²⁾.

¿Por qué el abordaje en equipo al paciente con insuficiencia cardíaca?

Está claro que la morbimortalidad por IC es alta, y que comprender los factores epidemiológicos es un aspecto fundamental, descrito en capítulos anteriores, así como los programas que son responsables de la educación y optimización del tratamiento farmacológico, es importante buscar la adherencia y educación del paciente y sus cuidadores, además de la evaluación de su entorno, el soporte social con el que cuentan y los factores económicos y culturales que puedan predisponer a la recaída y posible readmisión hospitalaria ⁽⁸⁾.

Es determinante reconocer las barreras que existen en el paciente con insuficiencia cardíaca, como son: Sistema de salud no adaptado al problema epidemiológico de la falla cardíaca, falta de coordinación y fragmentación en el flujo de pacientes en los diferentes niveles asistenciales, falta de acceso del paciente al manejo temprano de descompensaciones, prescripciones inadecuadas y falta de acceso a medicación y tratamientos avanzados incluidos en las guías, ausencia de planificación de controles después de un alta hospitalaria, seguimiento ambulatorio inadecuado, limitaciones geográficas para acceso al servicio de salud ⁽⁸⁾.

Todo lo anterior plantea un vacío, que al intentar realizarlo en equipo, establece roles y deberes en diferentes individuos que pudiese ofrecer un enfoque holístico del paciente con insuficiencia cardíaca.

Los modelos de atención en insuficiencia cardíaca surgieron como una estrategia para mejorar el pronóstico, buscando optimizar el tratamiento y modificar el entorno ambiental (familiar, psicológico y nutricional), desde el 2012, la guía europea, recomienda que los pacientes portadores de insuficiencia cardíaca, sean enrolados y controlados en un equipo multidisciplinario⁽⁶⁾.

En 2006 Lupón y col. propusieron la siguiente clasificación en los modelos de atención:

1. Según los miembros que la componen: enfermeros, equipo médico, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, etc.
2. Según su localización física y tipo de pacientes: Atención hospitalaria u hospital de día, atención extrahospitalaria (centros de atención primaria) o asistencia domiciliaria.
3. Según el tipo de intervención, ya sea educativa y soporte a cuidadores o una intervención médica y educativa integral farmacológica y no farmacológica⁽⁶⁾.

ASCARDIO, como modelo de atención cardiovascular y plataforma de una unidad de atención al paciente con Insuficiencia cardíaca: APICOR ¿Quiénes somos?

Cuando nos referimos a una especialidad médica como la cardiología es evidente que nos referimos a un nivel de respuesta especializado, técnicamente complejo, ya que las patologías están influenciadas por la forma de vida social, en las distintas etapas de su historia y los cambios culturales y perfiles epidemiológicos.

En este orden de ideas, la Asociación Cardiovascular Centrooccidental (ASCARDIO), como institución de referencia en el área de atención de salud cardiovascular, forma parte de las organizaciones que se suman a este rol protagónico y activo, tanto por la magnitud de pacientes que acuden anualmente como por lo complejo y amplio del servicio de atención cardiovascular que ofrece ya con 42 años de trayectoria⁽¹⁾.

El modelo APICOR-ASCARDIO no intenta

ser el único, sin embargo, es planteado dentro del marco del programa cardiovascular guiado por el ministerio público, desarrollándose como asociación sin fines de lucro, para tener un mayor acceso a los grupos menos favorecidos en la sociedad brindando una calidad sostenible en el tiempo, dentro de la institución existe el Servicio de Prevención Secundaria, el cual inicia con la institución y dentro de él se presta el servicio de rehabilitación cardiovascular, como parte de un equipo multidisciplinario. Es así como a finales del año 2013, un grupo de profesionales de salud relacionados en su mayoría con prevención cardiovascular, (residentes de cardiología, fisioterapeutas, psicólogos clínicos, licenciada en enfermería y TSU en enfermería), son coordinados por el Dr. Bartolomé Finizola Celli, Director Médico del Centro, con la intención de crear un grupo humano en conexión y atención personalizada al paciente con insuficiencia cardíaca, realizándose reuniones quincenales, hasta que en marzo de 2015, se da inicio a la unidad multidisciplinaria de IC (APICOR: Atención al paciente con insuficiencia cardíaca).

¿Por qué utilizar el modelo APICOR para estimular al médico venezolano en el desarrollo de su consulta y/o unidad de atención al paciente con insuficiencia cardíaca?

El cardiólogo venezolano cuenta con un sistema de salud que independiente del área donde ejerza como clínico (sea público o privado) se expone a circunstancias de un país en vías de desarrollo, donde pudiese pensarse que al no tener acceso a una unidad de cirugía cardiovascular especializada en trasplante o de electrofisiología para colocación de desfibrilador, de forma rutinaria, no vale la pena reorientar su consulta o el abordaje de sus pacientes, porque será una utopía o un sueño a medias que se verá truncado.

El modelo APICOR—ASCARDIO, tiene su particularidad al desarrollarse dentro de un centro cardiovascular, sin embargo, el cardiólogo que ejerce dentro un consultorio, dentro de una unidad de hospitalización, dentro de la emergencia, todas

de forma exclusiva o en conjunto, puede tomar del modelo lo que sea reproducible a su entorno, de allí, que lo primero que es necesario para brindar el servicio de “unidad de IC” o “consulta de IC”, es establecer un protocolo de abordaje que al ir optimizando y concientizando su entorno podrá ofrecer lo que este a su alcance pero con mayor organización y por ende con mejor respuesta de sobrevida en el paciente.

APICOR ¿Qué tipo de unidad somos?

Al innovar en nuestro entorno inmediato, en particular en salud, es importante asesorarse con opinión de grupos de trabajo con experiencia en el área, por eso en el año 2014, un grupo de personal de salud nacional, entre ellos de ASCARDIO, se viaja a Bogotá con la intención de entrevistarse con 3 unidades de insuficiencia cardíaca, y aunado a los modelos de publicaciones desde hace más de 25 años se constata que existen varios tipos de unidades o clínicas de insuficiencia cardíaca, la misma es reflejada en la Figura 1:

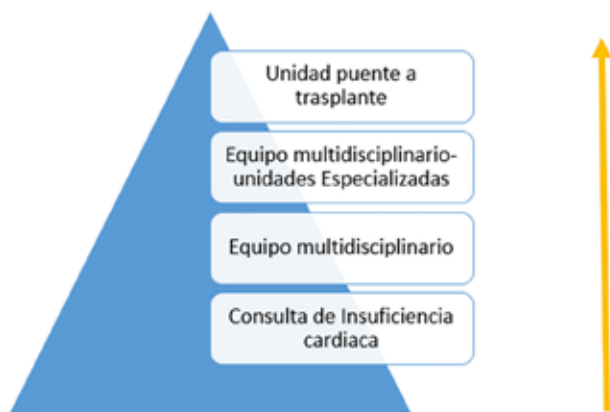


Figura 1. Representación esquemática de las clínicas de insuficiencia cardíaca.

Pudiendo establecer que la pirámide refleja en forma ascendente diferentes niveles para la atención al paciente con insuficiencia cardíaca, independiente del estadio clínico que se encuentre:

- **Nivel 1. Consulta de insuficiencia cardíaca:** donde un médico cardiólogo junto o no con enfermera, realiza el abordaje del paciente siguiendo los lineamientos para el tratamiento convencional solo que se dedica un horario especial para exclusivamente a evaluar pacientes con dicha patología siguiendo los lineamientos de las guías clínicas.
- **Nivel 2. Equipo multidisciplinario:** el médico cardiólogo junto con enfermería como coordinadores, establece el abordaje del paciente aportando además de lo mencionado en el nivel anterior, la inclusión de otras especialidades como por ejemplo: nutricionista, psicólogo, etc.
- **Nivel 3. Equipo multidisciplinario:** incluyendo los niveles previo se establece el enlace con otras unidades como por ejemplo: electrofisiología, prevención secundaria, etc.
- **Nivel 4. Unidades puente a trasplante:** incluyendo los niveles previos, se establece la conexión con cirugía cardiovascular y otras especialidades quirúrgicas involucradas en el trasplante cardíaco, cardiopulmonar o cardiorenal.

Como unidad APICOR se encuentra en el nivel 2 y nuestro objetivo es aminorar los síntomas, evitar las rehospitalizaciones y mejorar la calidad de vida, de la mano de un equipo integrado por enfermería, cardiólogo clínico, cardiólogo rehabilitador, fisioterapeutas, nutricionista o psicólogos, dentro de un centro cardiovascular, que cuenta con unidad de hemodinamia, electrofisiología y cirugía cardiovascular, con quien dentro de lo individualizado del caso se genera el enlace.

Modelo propuesto para consultas de insuficiencia cardíaca en Venezuela

MODELO APICOR:

- **Visión:** Establecer el manejo holístico del paciente con insuficiencia cardíaca en sus diferentes estadios clínicos, determinando un cambio en el paciente per se y su entorno

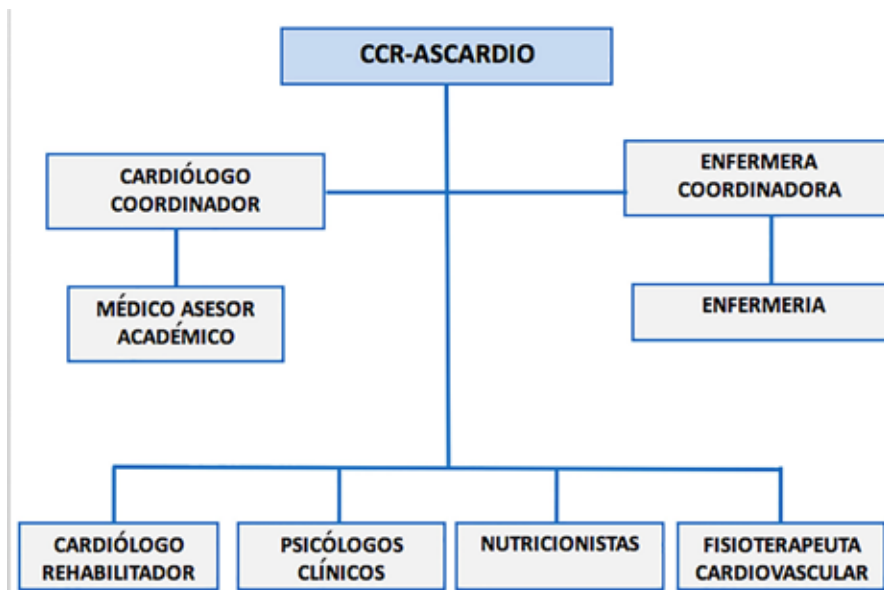


Figura 2. Estructura organizativa de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca APICOR.

inmediato.

- **Misión:** Brindar atención integral a los pacientes con Insuficiencia cardíaca, generando principalmente las herramientas para autocontrol y manejo de la enfermedad que garantice adhesión al programa médico, rehabilitador, nutricional y psicológico.
- **Rol de enfermería:** Actuación educativa-preventiva, Actuación asistencial, Capacidad de implicar al paciente con su enfermedad con independencia de las circunstancias personales, familiares o del sistema sanitario.
- Una enfermera (o) realiza tantos roles como sean necesarios, a menudo al mismo tiempo, dependen del tipo de necesidades que se estén cubriendo en un paciente. Con todos los cambios que ha sufrido el sistema de salud en las últimas décadas, esta profesión se ha expandido mucho más.

En cuanto al cardiólogo clínico que labora en la consulta de insuficiencia cardíaca en calidad de coordinador:

Funciones

- Mantener el objetivo principal de la unidad, que es trabajar en equipo, no permitir que favoritismo o complicidad haga daño al trabajo de los diferentes integrantes del equipo.
- Periódicamente motivar y reforzar al personal que labora en la unidad el rol fundamental que cada uno cumple e invitarles a no descuidar el mismo sino optimizarlo en pro de la unidad.
- Fomentar la integración de nuevo personal que refuerce la unidad.

En cuanto al cardiólogo clínico y/o médico internista que labora en la consulta de insuficiencia cardíaca en calidad de médico de consulta médica

Debe conocer la estructura organizativa de la unidad, historia computarizada y leer el manual de las normas APICOR.

Pasos al realizar la consulta de Primera:

- El tiempo estimado para una consulta de atención

de primera vez es alrededor de 40 minutos, es de carácter obligatorio que el médico realice la atención en presencia de al menos un familiar y/o cuidador, la disposición de mesa de trabajo y sillas respectivas estarán dirigidas de manera directa garantizando un contacto visual durante toda la consulta médica.

- Todo paciente evaluado deberá ser incluido en el sistema de registro computarizado de la consulta APICOR vigente, si por alguna razón ajena al médico, el mismo no funciona, deberá acordar con el personal de enfermería para incluir dichos datos en las próximas 72 horas a más tardar.
- Es de carácter obligatorio llenar todos los ítems exigidos por la historia computarizada.
- El paciente que acude con insuficiencia cardíaca, es un paciente cardiópata con complicaciones cardiovasculares, lo que implica que viene muy probablemente referido por otras consultas sub-especializadas de cardiología, por lo que se hace vital en un primer contacto interrogar al paciente cual considera sea la razón y la utilidad que esta consulta le brinda, para lograr empatía y conexión con el nuevo equipo que por los próximos 3 a 6 meses, cumplirá el rol de facilitador de salud.
- Es importante que usted y su equipo se aseguren de garantizar en un primer contacto médico, (si el paciente lo permite) haciendo énfasis en el funcionamiento del equipo multidisciplinario, donde usted como cardiólogo y/o residente, es parte del mismo, y no exclusivo en calidad de líder, a diferencias de otras consultas, desde su fundación APICOR ha intentado usar la nemotecnia, de la silla de 4 patas, insista bajo su personalidad en que cada “pata” de esa silla es vital para que el paciente no se caiga (cardiólogo clínico- enfermería, fisioterapeuta-cardiólogo rehabilitador, nutricionista y psicólogo).

Es de carácter vital plantear en la primera consulta ante un paciente clínicamente estable la obligatoriedad en los próximos 15 días, de completar la valoración por psicología y nutrición, estableciéndose como patrón regular, en pacientes

estables el chequeo de signos vitales, control de líquidos, carnet de medicamentos y autoeducación de signos de alarma de la enfermedad a cargo de enfermería, en coordinación con el cardiólogo clínico.

El cardiólogo clínico debe recalcar a lo largo del primer contacto la importancia del autocuidado y de cómo los objetivos de la unidad serán probablemente más rápidamente y mejor alcanzados si el paciente y su cuidador se involucran con carácter de exclusividad.

En el primer contacto garantice establecer el uso de términos como “intentaremos”, “lograremos”, “trabajaremos” “estaremos en contacto”, para que el paciente y el cuidador se sientan familiarizados con el equipo de consulta.

Como la mayoría de los pacientes cuentan con cardiólogo tratante, es de vital importancia, en la primera consulta explicar el significado de **consulta puente**, ya que se estima que por un tiempo de 3 a 6 meses el paciente será compensado y educado junto con su entorno inmediato y restablecido a su control regular previo, probablemente en otro centro y/o ciudad.

Es importante si el paciente tiene cardiólogo tratante manifestar de forma enfática al paciente y su cuidador que de ser necesario mantendremos contacto con él, es decir, el modelo APICOR, sirve de apoyo al cardiólogo tratante, no sustituye la valoración del mismo, sin embargo, por la limitación económica de nuestro entorno suele darse que los pacientes se benefician de nuestro abordaje multidisciplinario y al estar compensados regresan de forma exclusiva con su cardiólogo.

Consulta de sucesiva

Es importante revisar la historia antes de pasar al paciente y su cuidador al consultorio, sea en físico o computarizada para garantizar un recibimiento acorde a las expectativas del paciente, de esa forma priorizar en la conversación y hacer énfasis en los aspectos resaltantes que redunden en una mejor instrucción del apaciente y adherencia a las recomendaciones de estilo de vida y farmacológicas,

así como el chequeo de los para clínicos solicitados previamente.

En toda consulta sucesiva es importante ratificar que las interconsultas y para clínicos obligatorios (por ejemplo: nutrición) estén al día e incentivar al paciente y su cuidador de la obligatoriedad de las mismas.

Durante todo abordaje médico, el mismo, deberá precisar si se trata de un paciente estable, escenario en el cual la cita será planificada junto con el personal de enfermería dependiendo del plan de trabajo, por ejemplo:

- **Paciente estable:** cumplir valoraciones de nutrición, psicología y rehabilitación: cita al mes. Laboratorio control trimestral: Electrolitos séricos, perfil renal.
- **Paciente estable ya rehabilitado:** cita cada 3 meses hasta cumplir un año de control y luego se retorna a su cardiólogo tratante. Laboratorio control semestral.
- **Paciente inestable:** gestionar traslado a centro de salud, previo ofrecimiento de nuestro servicio propio de emergencia (colocación de vía periférica, administración de fármacos que el médico considere necesario).

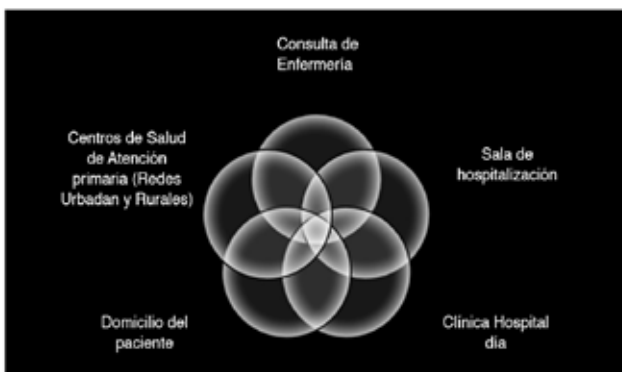


Figura 3. Áreas de alcance de una unidad de insuficiencia cardíaca. Modelo propuesto APICOR 2015.

Actualización en RCP del equipo multidisciplinario

Por la complejidad de la patología es necesario que el equipo se mantenga actualizado en la conducta ante pacientes con IC descompensada de novo o crónica descompensada. De allí la trascendencia de la puesta al día en nuevas normas de tratamiento, recertificación en las técnicas de RCP con ejercicios teórico-prácticos dirigido por personal especializado.



Figura 4. Algoritmo tipo pendón en el área de emergencia. APICOR 2017.

Hospital día

Es la atención brindada al paciente con insuficiencia cardíaca que se encuentra en descompensación de clase funcional, esto quiere decir presencia de signos y síntomas como son disnea, edema generalizado o en miembros

superiores e inferiores; a la auscultación presencia de agregados pulmonares crepitantes, lo cual conlleva a una intervención rápida que permita mejorar al paciente, por lo tanto se inicia con el Hospital Día cumpliendo carga diurética por horas y con monitoreo que permita progresivamente el mejoramiento del paciente, previniendo así una hospitalización por largos períodos que provoca un alto costo monetario.

Es importante mencionar, que en los países líderes en este tipo de atención el hospital día, incluye administración de inotrópicos, hierro sérico, balón de contrapulsación externa, cargas electrolíticas endovenosas, administración de concentrados globulares, lo cual en conjunto, crea el escenario híbrido entre la hospitalización y la atención ambulatoria.

En nuestra unidad este protocolo de trabajo se intenta en conjunto con el cardiólogo o médico tratante, en función de prevenir hospitalización y en el transcurso de las horas de observación se facilita información verbal y escrita que refuerce los signos y síntomas de alarma así como mejoría de la comprensión de la enfermedad y la adherencia al tratamiento no farmacológico y farmacológico.

Dentro de las actuaciones esperadas en el hospital día, se incluye la solicitud de paraclínicos que de acuerdo al paciente pudiesen ser de estricta emergencia en la primera hora, tales como electrocardiograma, péptidos natriuréticos, electrolitos séricos, digoxinemia, chequeo de marcapaso.

Sistema de registros en unidades multidisciplinarias

Es importante desde el inicio de la unidad crear un registro de los pacientes que implique a posterior la utilización de dichos datos y así conocer nuestra propia casuística. Nuestra historia clínica digital, está diferenciada por los diferentes componentes del equipo y supervisada y auditada por la unidad de sistema y epidemiología.

Así también actualmente en consonancia con esfuerzos liderizados por la Sociedad Venezolana de

Cardiología y la empresa farmacéutica desde octubre 2017, en Venezuela se está participando distribuido por regiones en el registro latinoamericano de IC, con la intención de conocer nuestra data por región y por ende mejorar las medidas del equipo ante esta realidad.

Monitores de riesgo

Una idea altamente probada en medicina incluye la monitorización a distancia de los signos y síntomas del paciente que pudiesen ser controlados y prevenir re hospitalización o enfermedad. En insuficiencia cardíaca el telemonitoreo, establece la conexión entre el equipo de salud y el paciente desde su domicilio, en nuestra unidad, por realidad local, estamos llevando a cabo desde marzo de 2017, la vigilancia telefónica de los pacientes mediante una encuesta que valora los signos y síntomas del paciente, como se evalúa en la imagen anexa.

CONCLUSIONES

En toda consulta gran parte del éxito alcanzado radica en una evaluación exhaustiva de la cardiopatía subyacente buscando posibles causas corregibles, tanto médicamente como con procedimientos percutáneos y quirúrgicos (hemodinámica cardíaca y cirugía cardíaca), la titulación de fármacos con efecto neuro hormonal y una evaluación continuada de estratificación de riesgo con el fin de realizar una selección esmerada de los pacientes para dispositivos o trasplante cardíaco.

Es importante evitar la filosofía del manejo en base a guías estrictas o protocolos estrictos, del paciente con insuficiencia cardíaca, sino que estos sean producto de una evaluación del contexto sanitario donde labora el cardiólogo clínico y su equipo que desean atender este tipo de paciente, particularmente en nuestro país se hace necesario tropicalizar las recomendaciones para obtener el éxito en vida real.

Tabla. Monitorización Ambulatoria Telefónica en Insuficiencia Cardíaca (MATIC)

Nro. de llamadas	Fecha de la llamada	Hora de la llamada
Primera llamada		
Segunda llamada		
Tercera llamada		
Si no se logra contactar en la primera llamada, realizar una segunda llamada en un día y/u hora distinta. Si no se logra contactar en la segunda llamada, realizar una tercera llamada en un día y/u hora distinta.		
En caso de no contestar la tercera llamada, indique la causa: Repica y no contesta ____. Desconectado ____. Apagado ____. Duración de llamada: ____.		

Buenas _____, la estamos llamando del CCR-ASCARDIO para solicitar información en relación al @ Sr@ _____ quien forma parte de nuestro registro de pacientes con insuficiencia cardíaca. Le realizaremos una serie de preguntas con respuestas precisas y concisas para monitorizar su estado de salud actual.

NOTA: Si al realizar la llamada, la respuesta es que el paciente ha fallecido. Nuestro más sentido pésame. Si no es mucha molestia podría indicarnos:

¿Cuándo murió? ____/____/____.	¿Dónde? _____	¿Conoce la causa? _____
-----------------------------------	---------------	----------------------------

Preguntas	Respuestas	
	SI	No
¿Está tomando todos los medicamentos indicados en su última consulta? En caso de ser NO, ¿Por qué? _____		
¿Ha presentado dificultad para respirar en las noches?		
¿Esta pesándose todos los días? En caso de ser SI, ¿Cuál ha sido su variación de peso en los últimos 5 días? _____		
¿Presenta "fatiga o cansancio" durante sus actividades diarias? En caso de ser SI, su respuesta anterior ¿la "fatiga o cansancio" mejoran con el reposo? _____		
¿Está midiendo los líquidos que consume durante el día? En caso de ser SI, ¿Cuántos cc toma al día? _____		
¿Sabe tomarse el pulso? En caso de ser SI, ¿Cuántas pulsaciones tuvo en su última toma? _____		
¿Ha sido hospitalizado durante el último mes? En caso de ser SI, ¿Por qué? _____ ¿Dónde se hospitalizó? _____ ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado? _____		
Comentarios adicionales (Hay algo que quiera mencionar como importante para el cardiólogo de la consulta):		
Fecha de su última consulta: ____/____/____.	Fecha de su próxima consulta: ____/____/____.	

REFERENCIAS

1. Arteta F. Asociación Cardiovascular Centro- Occidental de Venezuela ASCARDIO (1976-2000). Ediciones Ascardio. 2006.
2. Piña I. Insuficiencia cardíaca. Estrategias para mejorar los resultados. Cardiotext. 2013.
3. Anguita Sánchez M, Lambert Rodríguez JL, Bover Freire R, Comín Colet J, Crespo Leiro MG, González Vélchez F, et al. Tipología y estándares de calidad de las unidades de

- insuficiencia cardíaca: consenso científico de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:940-950.
4. Torres A, Gómez E. Unidades de falla cardíaca: una propuesta para el sistema de salud colombiano. Capítulo 3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.005>.
 5. Coll R, Boldó M. Unidades multidisciplinares en la insuficiencia cardíaca: la función del médico rehabilitador Servei de Rehabilitació i Medicina Física. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. 2006.
 6. Lupon J, et al. Reducción de los ingresos por insuficiencia cardíaca al año en una unidad multidisciplinaria. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58(4):374-380.
 7. Miller NH¹, Warren D, Myers D. Home-based cardiac rehabilitation and lifestyle modification: the MULTIFIT model. *J Cardiovasc Nurs*. 1996;11(1):76-87.
 8. Manzano L, Álvaro González F, Cerqueiro JM, Montero Pérez-Barquero M. Los programas/unidades de insuficiencia cardíaca. Una visión multidisciplinaria. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:410.