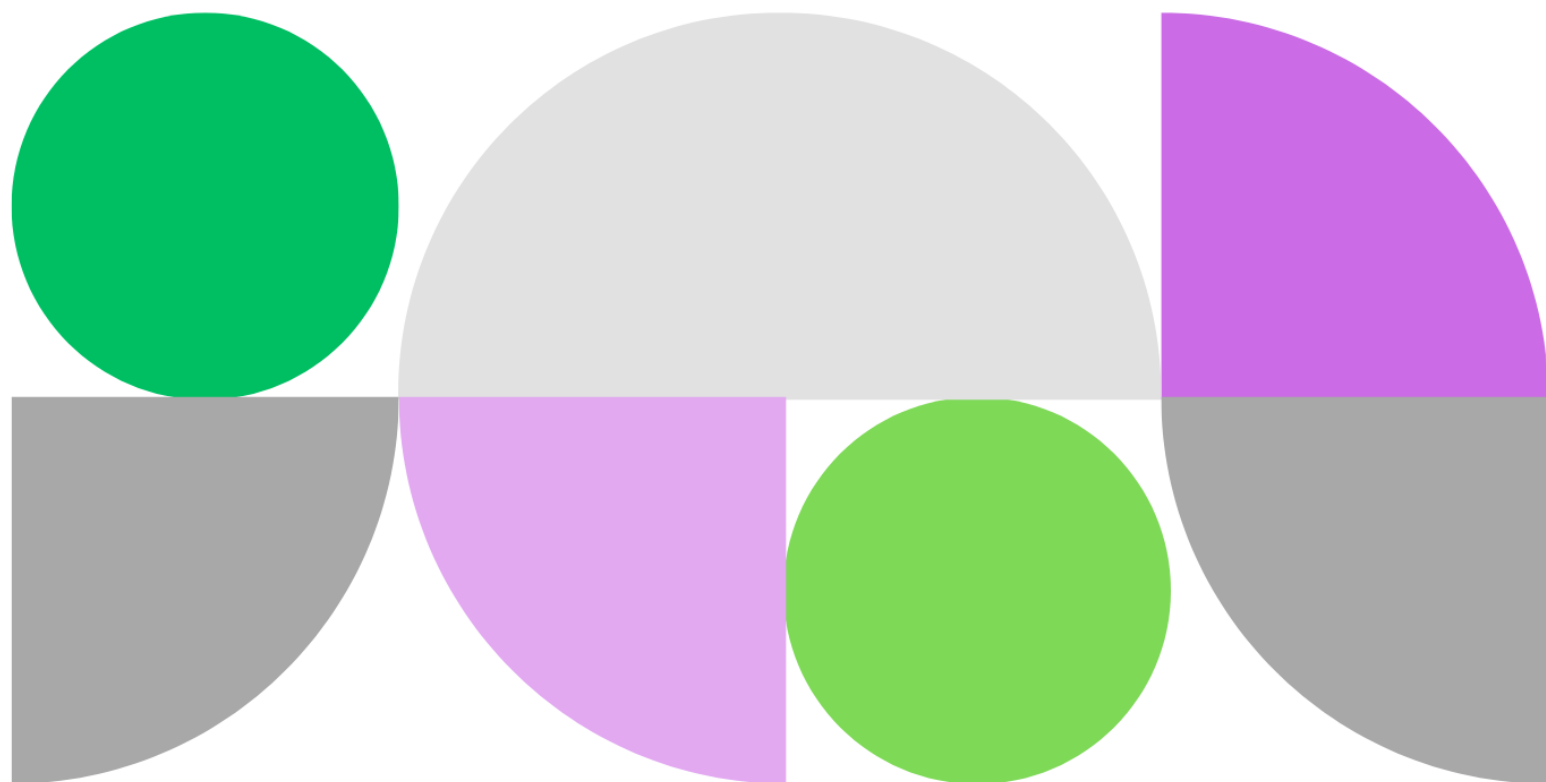


Vía de atención continuada

*para el seguimiento proactivo
de la persona con enfermedad
crónica compleja*



VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja [Recurso electrónico]: Plan andaluz de Atención a la Cronicidad PAdAC (2025-2028) / [Dirección: Trinidad Rus Molina, Celia Fernández Delgado; Redacción: Alejandra Adalid Ortega...et al.]. - [Sevilla]: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias, 2026.
Texto electrónico (pdf), 43 p.
ISBN 978-84-129052-8-1
1. Enfermedad crónica. 2. Continuidad de la atención al paciente. 3. Guía de práctica clínica. 4. Andalucía. I. Adalid Ortega, Alejandra. II. Andalucía. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
QZ 185

Dirección

Trinidad Rus Molina. Directora General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

Celia Fernández Delgado. Directora General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Coordinación técnica

Susana Rodríguez Gómez. Subdirectora General de Cuidados y Atención Sociosanitaria. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

Roberto Lara Romero. Enfermero Asesor Técnico. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Coordinación de la vía clínica

Alejandro Pérez Milena. Médico de Familia. Distrito Sanitario Jaén - Jaén Sur. Servicio Andaluz de Salud

Nieves Lafuente Robles. Enfermera de Atención Primaria. Distrito Sanitario Granada – Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud

Antonio Fernández Moyano. Jefe Servicio Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Redacción

Alejandra Adalid Ortega. Enfermera Gestora de Casos. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Servicio Andaluz de Salud

José Miguel Cerón Machado. Médico de Familia. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud

María Díaz Serrano. Médica de Familia. Jefe de Servicio de Planificación Operativa. Servicio Andaluz de Salud

Antonio Fernández Moyano. Jefe Servicio Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Teodoro Gómez Rodríguez. Médico de Familia. Distrito Sanitario Almería. Servicio Andaluz de Salud

Nieves Lafuente Robles. Enfermera de Atención Primaria. Distrito Sanitario Granada – Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud

Juan Carlos Morilla Herrera. Enfermero. Director Unidad de Residencias. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Servicio Andaluz de Salud

Alejandro Pérez Milena. Médico de Familia. Distrito Sanitario Jaén - Jaén Sur. Servicio Andaluz de Salud

Validación final

David Paniagua Urbano. Subdirector de Gestión Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

Inmaculada López Gutiérrez. Responsable de la Subdirección de Accesibilidad y Continuidad Asistencial. Servicio Andaluz de Salud

Francisco de Borja López Casanova. Coordinador de Cuidados y Atención Sociosanitaria. Servicio Andaluz de Salud

María Isabel Gómez Díaz. Subdirección de Programas y Desarrollo. Servicio Andaluz de Salud

Carmen Jódar Casanova. Médica de Familia. Distrito Sevilla. Servicio Andaluz de Salud

Jose Antonio Lis Jiménez. Enfermero. Hospital Alto Guadalquivir. Servicio Andaluz de Salud

Revisión

Carmen Pérez Romero. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

Diana Gosálvez Prados. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

Título: Vía de atención continuada para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja: Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad PAdAC (2025-2028).

Edita: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Junta de Andalucía. 2026

Responsable de la edición: Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones

Diseño y maquetación: Juan Antonio Castillo Guijarro. Escuela Andaluza de Salud Pública

ISBN: 978-84-129052-8-1

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias:

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: <https://repositoriosalud.es/>

Contenido

Objetivos.....	6
I. Vía de Atención Continuada para personas con enfermedad crónica compleja en fase estable (Anexo 1)	6
II. Vía de Atención Continuada para personas con enfermedad crónica compleja en fase de descompensación (Anexo 1)	15
Documentación de referencia	20
ANEXO 1. Mapeo de la Vía de Atención Continuada	22
ANEXO 2. Categorías de cronicidad y factores de riesgo para la identificación automática de pacientes con criterios de cronicidad compleja a partir de la Base Poblacional de Salud.....	23
ANEXO 4. Criterios mínimos de calidad para el seguimiento proactivo de personas con enfermedad crónica compleja priorizada	26
ANEXO 5. Formularios clínicos para la atención programada compartida de personas con enfermedad crónica compleja priorizada en fase de estabilidad	30
ANEXO 6. Formularios para el seguimiento proactivo programado de personas con enfermedad crónica compleja priorizada en fase de descompensación	32
ANEXO 7. Indicaciones para la solicitud de ecocardiografía desde atención primaria para la insuficiencia cardíaca	34
ANEXO 8. Indicaciones para la solicitud en pacientes con EPOC, de oxigenoterapia continua domiciliaria desde atención primaria	35
ANEXO 9. Criterios definitorios del ámbito de atención de pacientes en fase estable con EPOC.....	36
ANEXO 10. Criterios definitorios del ámbito de atención de pacientes en fase estable con insuficiencia cardíaca	37
ANEXO 11. Clasificación de la insuficiencia cardíaca crónica según fracción de eyección.....	38
ANEXO 12. Insuficiencia cardíaca crónica. Tratamiento recomendado en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada	39
ANEXO 13. Insuficiencia cardíaca crónica. Tratamiento recomendado en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección ligeramente reducida	40
ANEXO 14. Insuficiencia cardíaca crónica. Tratamiento recomendado en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida	41
ANEXO 15. EPOC. Estratificación de riesgo: probabilidad agudizaciones, progresión de la enfermedad, futuras complicaciones, mayor consumo de recursos sanitarios o mayor mortalidad.....	42
ANEXO 16. EPOC. Tratamiento farmacológico recomendado en pacientes con EPOC estable.....	43

Siglas y acrónimos

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria
ACV: Accidente cerebrovascular
AeD: Atención en Domicilio
AH-MIR: Atención hospitalaria de medicina interna
AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria
ARA: Antagonistas de los receptores de angiotensina
ARM: Antagonista del Receptor de Mineralocorticoides
DAI: Desfibrilador automático implantable
DBS: Datos básicos de salud
BDU: Base de Datos de Usuarios
BODEx: Índice pronóstico para pacientes con EPOC
BPS: Base Poblacional de Salud
CAT: *COPD Assessment Test*
cHDL: Colesterol de lipoproteínas de alta densidad
cLDL: Colesterol de lipoproteínas de baja densidad
CT: Colesterol total; DBS: Datos básicos de salud
CV: Cardiovasculares
DAI: Desfibrilador automático implantable
DECAMIRT: Cuestionario de evaluación del Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT)
EBAP: Equipo básico de atención primaria
ECG: Electrocardiograma
EGC: Enfermera gestora de casos
EII: Enfermedad inflamatoria intestinal
EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ESCP: Equipo de soporte de cuidados paliativos
ETT: Ecocardiograma transtorácico
EVA: Escala visual analógica
FAST: *Functional Assessment Staging*
FC: Frecuencia cardíaca
FE: Fracción de eyección
FEr: Fracción de eyección reducida
FEIr: Fracción de eyección con rango ligeramente reducido o intermedio
FEp: Fracción de eyección preservada
FEV: Volumen espiratorio forzado

FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo
FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo
GDS: *Global Deterioration Scale*
GPC: Guía de práctica clínica
GEsEPOC: Guía Española de la EPOC
Hb: Hemoglobina
Hct: Hematocrito
HTP: Hipertensión pulmonar
IAHS: Intervención avanzada en hábitos saludables
IC: Insuficiencia cardíaca
ICFeR: Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida
ICS: *Inhaled Corticosteroids*
IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
INR: Tiempo de coagulación
INRA: Inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina
IMC: Índice de masa corporal
IRC: Insuficiencia renal crónica
LABA: *Long-Acting Beta-Agonist*
LAMA: *Long-Acting Muscarinic Antagonist*
MRC: *Medical Research Council*
mMRC: *Modified Medical Research Council*
NYHA: *New York Heart Association*
OTD: Oxigenoterapia domiciliaria
PAI: Proceso Asistencial Integrado
PAdAC: Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad
PAP: Plan de Acción Personalizado
PAINAD: *Pain Assessment in Advanced Dementia*
PaO2: Presión parcial de oxígeno en sangre arterial
PaCO2: Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial
PCCP: Paciente Crónico Complejo Priorizado
PHAQ9: *Patient Health Questionnaire-9*
PROFUND: Índice pronóstico para pacientes pluripatológicos
QRS: Ondas Q, R y S del electrocardiograma
RT: Rasgos tratables
SAC: Servicio de Atención al Ciudadano
SaO2: Saturación arterial de oxígeno

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

SCORE2: *Systematic Coronary Risk Evaluation*

SCORE2-OP: *Systematic Coronary Risk Evaluation-Older Persons*

SNG: Sonda nasogástrica

SP: Seguimiento proactivo

SUAP: Servicio de urgencias de atención primaria

SUH: Servicio de urgencias de hospital

TA: Tensión arterial

TAS: Presión arterial sistólica

TAI: Test de Adhesión a Inhaladores

TRC: Terapia de resincronización

cardíaca

TRC-MP: Terapia de resincronización cardíaca con marcapasos

TTP: Tratamientos pulmonares

UAF: Unidad de Atención Familiar

UCA: Unidad de Continuidad Asistencial

URG: Urgencias

VAC: Vía de Atención Continuada

VI: Ventrículo izquierdo

VIE: Valoración integral exhaustiva

VIVIFRAIL: Proyecto de promoción del ejercicio físico

VMNI: Ventilación mecánica no invasiva

Objetivos

1. Estandarizar y mejorar la calidad de la atención de las personas con enfermedad crónica compleja priorizada, tanto en fase estable como en las agudizaciones de su patología crónica.
2. Potenciar la proactividad y el trabajo en equipo mediante consultas programadas.
3. Implementar la continuidad de la atención mediante una mejora de la comunicación entre niveles asistenciales.

I. Vía de Atención Continuada para personas con enfermedad crónica compleja en fase estable (Anexo 1)

1. Criterios de entrada a la Vía de Atención Continuada (VAC) (paciente estable)

Esta Vía de Atención Continuada (VAC) incluye a las **personas catalogadas en situación de cronicidad compleja**.

Cuando el procedimiento de inclusión sea automático desde los sistemas de información (descripción más adelante), se utilizarán de forma adaptada:

1. **Los criterios de cronicidad compleja son los establecidos en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) Atención a Pacientes Pluripatológicos publicado por la Consejería de Salud en 2018:**
 - a. Persona con criterios de pluripatología (alguna patología de las indicadas en al menos 2 de las 6 categorías de cronicidad (A, B, C, D, E, F del Anexo 2), o
 - b. Persona con patología incluida en alguna de las 6 categorías de

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

cronicidad (A, B, C, D, E, F del Anexo 2) y además al menos uno de los dos factores de riesgo (1 o 2 del Anexo 2).

Cuando el procedimiento de inclusión sea manual (descripción más adelante) por los profesionales sanitarios responsables de la atención al paciente, los criterios de inclusión aconsejado son los siguientes:

- a. Persona con criterios de pluripatología (alguna patología de las indicadas en al menos dos de las 8 categorías de cronicidad (A, B, C, D, E, F, G o H del Anexo 3), o
- b. Persona que presenta alguna patología incluida en una de las categorías de la definición de paciente pluripatológico y al menos uno de los siguientes criterios de complejidad:
 - Polimedicación extrema (10 o más principios activos de prescripción crónica).
 - Úlceras por presión en estadio II o superior.
 - Delirium actual o episodios de delirium en ingresos hospitalarios previos.
 - Desnutrición (Índice de Masa Corporal, IMC < 18,5).
 - Sonda nasogástrica (SNG) de alimentación permanente.
 - Trastorno mental grave (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, depresión mayor).
 - Alcoholismo.
 - Riesgo sociofamiliar (puntuación en la escala de Gijón mayor a 10 puntos).
 - Al menos 2 ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses.

2. La situación clínica y social de la persona debe ser estable y con suficiente tiempo de evolución de la enfermedad, para que esté establecido el diagnóstico de forma definitiva y tenga un tratamiento farmacológico para sus patologías.

Se seleccionarán a las personas con criterios de cronicidad compleja priorizada (PCCP), caracterizadas por tener los criterios de complejidad referidos anteriormente y cuya patología crónica basal sea:

- Insuficiencia cardíaca, y/o
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

En siguientes periodos se irán incluyendo a otras personas con condiciones crónicas de salud, en función de su grado de complejidad y según las indicaciones del Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad (PAAdAC).

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

2. Procedimiento de inclusión e identificación

Inclusión: Se incluirán PCCP en esta VAC mediante los siguientes mecanismos

- **De forma automática:** se realizará una identificación poblacional a partir de la codificación clínica estandarizada (CIE-10-ES) y la base poblacional de salud. Esta inclusión se verá reflejada en la Historia de Salud mediante un icono (árbol azul con fondo blanco) en la parte superior de la hoja de problemas.
- **De forma manual** por el personal sanitario responsable de la atención al PCCP. Esta inclusión manual no conlleva actualmente la aparición del icono del árbol:
 - I. En atención primaria: la inclusión o exclusión será responsabilidad de los equipos básicos de atención primaria (EBAP) (profesionales de medicina y enfermería) responsables de cada paciente, con apoyo si se requiere de la enfermera gestora de casos (EGC). Esta inclusión se hará en los sistemas de registro disponibles en la historia digital.
 - II. En el Hospital: se realizará la inclusión a propuesta de profesionales de medicina interna, con apoyo si se requiere de la EGC y de forma coordinada con atención primaria.
- El sistema muestra los/las pacientes de quienes el/la profesional es responsable de forma diferenciada, así como las tareas realizadas y las pendientes. No se enviará esta notificación de inclusión ni de las tareas pendientes no realizadas al buzón de cada profesional. La exclusión como PCCP se tramitará a través de la EGC hacia los Sistemas de Información y Acompañamiento al Usuario.

Obtención de pacientes: La obtención de pacientes asignados se realizará a través de los siguientes procedimientos:

- InfoWEB: Listados periódicos de la base poblacional, mediante el apartado de “pacientes crónicos complejos” de InfoWEB, con una periodicidad mensual.
- ClicSalud Asistencial: A través de ClicSalud Asistencial, en el proceso “Atención al Paciente Crónico Complejo”, que ofrece el listado de pacientes incluidos en esta VAC. En la historia de salud digital se identifican por el icono correspondiente a PCCP (árbol azul con fondo blanco).

3. Itinerario proactivo de seguimiento de personas con enfermedad crónica compleja priorizada en situaciones de estabilidad

Seguimiento proactivo: Se establece un **seguimiento proactivo de las personas con enfermedad crónica compleja priorizada estable en atención primaria**, a realizar por el personal médico y de enfermería de referencia del equipo.

- **Periodicidad:** Se propone la realización mínima de 3 visitas programadas anuales. Este número se puede incrementar en función de la complejidad de la persona. Cada profesional puede reprogramar de forma manual las visitas establecidas con la periodicidad preconfigurada y adelantarlas o atrasarlas
- **Coordinación:** Se propone la conveniencia de tener al menos una consulta programada conjunta (medicina-enfermería), en el centro de salud o en el domicilio, de forma anual.

Actividades recomendadas: En el **Anexo 4** se expone el **conjunto mínimo de acciones necesarias para ofrecer una adecuada estandarización y calidad para el seguimiento proactivo de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y EPOC**.

- **Contenidos:**
 - I. Se detalla la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias necesarias en cada encuentro clínico para valorar, de forma conjunta, todas las necesidades de los/las pacientes con patologías crónicas en el menor número posible de consultas.
 - II. Se incluye la valoración integral exhaustiva (VIE) y la realización del plan de acción personalizado (PAP).
- **Información:** Se informará verbalmente a el/la paciente y a su familia del resultado de la valoración. Se les podrá hacer entrega del PAP y cada una de las valoraciones que se hacen mediante formularios clínicos.
- **Planificación del seguimiento:**
 - I. Tras cada cita, el sistema planifica una tarea para realizar la cita y otra para el seguimiento, siendo gestionada esta última por el/la profesional desde la aplicación de “Citación”.
 - II. Se tendrán en cuenta tanto citas programadas como ingresos en servicios hospitalarios para ofertar las siguientes consultas programadas en el centro de salud de forma que no se solapen entre sí.

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

- **Comunicación con el hospital.** Cuando el equipo de atención primaria de referencia de el/la paciente considere que requiere soporte (recursos) o consulta de apoyo a especialistas del ámbito hospitalario, se contactará vía telefónica o a través de teleconsulta, atendiendo a la prioridad de respuesta.
 - I. Teléfono: El contacto telefónico se realizará fundamentalmente al equipo de la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA). Se establecerán criterios (no exhaustivos) de indicación de esta consulta telefónica.
 - II. Teleconsulta: Tendrán un formato de formulario clínico estructurado específico para este circuito, que facilite la sistematización de esta vía de comunicación y permita registrar las solicitudes y las respuestas. Serán respondidas desde el ámbito hospitalario en ≤ 5 días hábiles cuando se marque como “teleconsulta no prioritaria”, y en ≤ 48 horas cuando se trate de una “teleconsulta prioritaria”. Los criterios aconsejados (no exhaustivos) de teleconsulta con cada servicio del ámbito hospitalario que precise la persona con enfermedad crónica, son los siguientes:
 - Consultar problemas diagnósticos: dudas diagnósticas, realización de pruebas complementarias de forma urgente, otras pruebas no disponibles en atención primaria (Anexo 7, criterios para la solicitud de ecocardiografías).
 - Actuaciones terapéuticas: ajuste de la medicación habitual, uso de nuevos tratamientos, tratamientos no disponibles en atención primaria, fármacos con visado hospitalario, o terapias hospitalarias que pueden administrarse en domicilio y que precisen intervención del hospital (Anexo 8, criterios para la oxigenoterapia crónica domiciliaria).
 - Pacientes en riesgo de reagudización (con síntomas y signos que precisen una intervención precoz para evitar la inestabilidad clínica).
 - Pacientes con una agudización que no precise ingreso hospitalario y pueda ser tratada de forma ambulatoria.
- **Registro de actividad:** Se registrarán en la Historia Digital de Salud, todas las actividades realizadas, juicios clínicos y diagnósticos, plan terapéutico inicial y de cuidados, y los momentos y contenidos de información facilitados a la persona y a sus familiares.

Formularios: Los formularios clínicos de las distintas visitas de atención al PCCP están disponibles y deben realizarse dentro de los sistemas de información desarrollados para ello en la historia digital.

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

El **Anexo 5** muestra el **contenido de cada una de las revisiones programadas en los formularios clínicos**, indicando qué profesionales son responsables de las mismas. Estas consultas presenciales pueden realizarse en el centro de salud, en el domicilio o en el centro residencial de el/la paciente, según sea preciso.

El contenido se adaptará a la multimorbilidad (patologías crónicas concomitantes) de la persona atendida, a medida que se incluyan en el seguimiento otras patologías crónicas.

4. Creación de agendas compartidas específicas

Agendas: Se crearán unas agendas específicas para la atención de este perfil de pacientes, en el mismo horario para profesionales médicos y de enfermería, que pueden ajustarse según el número de PCCP de un mismo cupo.

Tiempo de agenda: Los tiempos asignados para las citas serán:

- Telefónica programada: 10 minutos.
- Teleconsulta: 10 minutos.
- Presencial programada: 20 minutos.
- Domiciliaria programada: 30 minutos.

5. Activación del programa de autoseguimiento

Se incluirán a todas las personas en fase de estabilidad o inestabilidad, en la que su médico/a de familia, enfermera o EGC considere que es útil para la mejora del control de su enfermedad, el conocimiento de las constantes vitales y de la situación clínica.

Objetivo: El objetivo fundamental es identificar precozmente síntomas y/o signos de descompensación u otros problemas psicosociales, así como mejorar la autorresponsabilidad a partir de la participación activa de cada paciente sobre su enfermedad.

Activación: La activación del autoseguimiento se realizará por el personal sanitario desde cualquier programa (en este caso, desde el Programa General-Fase Estable), y se activará en una primera fase para PCCP que sean susceptibles de su uso, siguiendo las indicaciones del procedimiento de autocuidados, donde se definen los umbrales, puntos de corte, definiciones de alarmas, alertas y actuaciones en cada caso por cada perfil profesional. Cada paciente podrá entonces registrar y visualizar el contenido en ClicSalud Web y en la App Salud Andalucía.

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

Requisitos:

- El paciente/familiar/persona cuidadora tiene capacidad para el uso de las herramientas habilitadas para este autoseguimiento, y
- El paciente/familiar/persona cuidadora acepta su utilización.

6. Inclusión en programas de educación terapéutica

Se incluirá a la persona en un programa de educación terapéutica sobre su enfermedad crónica para mejorar el conocimiento y manejo activo de su enfermedad, desde una perspectiva integral que incluya los aspectos físicos, emocionales y sociales.

Objetivo: El objetivo principal es que las personas adquieran confianza, autonomía y calidad de vida, incorporando estilos de vida más saludables, consiguiendo habilidades en el manejo de su enfermedad y facilitando mayor adherencia a su tratamiento.

Activación: En cada atención programada se valorará la necesidad de realizar una educación específica sobre su enfermedad crónica, con especial atención a pacientes con las siguientes características:

- Diagnóstico reciente de la enfermedad crónica: NANDA 00148 Temor relacionado con diagnóstico reciente de enfermedad crónica.
- Desconocimiento sobre su enfermedad. NANDA 00126 Conocimientos deficientes relacionados con falta de información sobre la enfermedad.
- Presencia de estilos de vida inadecuados. NANDA 00168 Estilo de vida sedentario relacionado con falta de actividad física y hábitos poco saludables.
- Mala adherencia al tratamiento. NANDA 00079 Incumplimiento relacionado con complejidad del régimen terapéutico y las creencias sobre el tratamiento.

7. Valoración de necesidad de atención en domicilio

En caso de encontrarse el/la paciente en situación de pasar la mayor parte del tiempo en cama, pudiendo abandonarla sólo con la ayuda de otras personas, o las que tienen dificultad importante para desplazarse, produciendo gran limitación para salir de su domicilio, se realizará la atención en el domicilio siguiendo las recomendaciones de la Vía Clínica de Atención Domiciliaria. Esta actividad se agendará desde la aplicación de “Citación”.

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

Los recursos procedentes del hospital a activar como soportes o apoyo a la atención domiciliaria son: Los equipos de soporte de cuidados paliativos (pueden proceder de atención primaria según área) y los equipos hospitalarios de atención en domicilio (según estén integrados en el hospital de referencia y donde los hubiere). Las actuaciones de estos equipos se realizarán de manera coordinada con los EBAP de referencia de cada paciente.

8. Inclusión en seguimiento por trabajador/a social

Se realizará una valoración personalizada para identificar la necesidad de intervención por profesionales de trabajo social en aquellas personas con enfermedad crónica compleja que presenten las siguientes características psicosociales:

- Vive solo/a.
- Convive con otra persona/personas funcionalmente limitadas.
- Ausencia de red de apoyo social.
- Claudicación de la red de apoyo social.
- Dificultad para recibir cuidados básicos en domicilio.

Los criterios de inclusión, según la clasificación de diagnósticos NANDA, se harán en función de aspectos deficitarios de las siguientes áreas:

- 1203 Soledad.
- 0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria.
- 0204 Consecuencias de la inmovilidad fisiológicas.
- 1205 Autoestima.
- 1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas.
- 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.
- 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.
- 1502 Habilidades de interacción social.
- 1503 Implicación social.
- 1302 Superación de problemas.
- 2602 Funcionamiento de la familia.

9. Límite final

- Exitus de el/la paciente. Esta identificación para el sistema tiene una demora variable que pudiera llegar a 90 días asociada a la oficialización desde el ministerio a la Base de Datos de Usuarios (BDU).

10. Límite marginal

- Descompensación tratable en atención primaria.
- Periodo postalta de hospitalización.

II. Vía de Atención Continuada para personas con enfermedad crónica compleja en fase de descompensación (Anexo 1)

1. Criterios de entrada a la Vía de Atención Continuada (VAC) (paciente inestable)

Se incluirán en la VAC para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja en fase de inestabilidad a quienes presenten alguna de las siguientes situaciones de probable inestabilidad:

Fase de descompensación en domicilio:

- Agudización de la IC o de la EPOC, a criterio de su profesional de medicina o de enfermería de familia, o de la EGC.
- En caso de aparición de variables psicosociales que supongan un riesgo de agudización de su patología de base.

Fase de seguimiento postalta:

- Alta hospitalaria en los últimos 7 días.
- Visita a urgencias 2 o más veces en los últimos 10 días.

2. Procedimiento de inclusión e identificación

Inclusión:

- Atendiendo al ámbito donde haya sido identificada la agudización, el PCCP entrará en el programa de seguimiento de esta VAC por las siguientes vías:
 - I. Atención primaria: Constatación, en cualquier encuentro clínico programado o a demanda, de síntomas o signos que sugieran agudización de su patología o riesgo de agudización (tanto clínico como biopsicosocial) o tras atención en el servicio de urgencias de

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

atención primaria (SUAP).

- II. Hospital: Atención en el servicio de urgencias de hospital (SUH), o al alta tras ingreso hospitalario.
- La inclusión en esta VAC para PCCP en fase de inestabilidad se realizará de las siguientes formas:
 - I. Automática, tras el alta hospitalaria o ≥ 2 asistencias en servicios de urgencias en los últimos 10 días, o
 - II. Manual por parte del EBAP referente de cada paciente.
- Comunicación de la fase de inestabilidad al equipo de referencia. Tras la identificación de criterios de inclusión en esta vía de inestabilidad, la comunicación de esta asistencia al EBAP se realizará de la siguiente forma:
 - I. Atención realizada en atención primaria:
 - SUAP: El SUAP que ha atendido al paciente establecerá la indicación de cita hacia el equipo de atención primaria, que será gestionada por el Servicio de Atención al Ciudadano (SAC).
 - Por profesional de otra Unidad de Atención Familiar (UAF): El SAC facilitará una cita con su médico/a de familia en el plazo establecido. Informará al personal sanitario responsable de la inclusión de pacientes en esta VAC para las fases de inestabilidad.
 - II. Atención realizada en hospital por SUH o tras un ingreso en el hospital:
 - El personal médico del servicio de urgencias que ha atendido a cada paciente establecerá la indicación de cita hacia el equipo de atención primaria, que será gestionada por el SAC del hospital.
 - En el proceso de alta de hospitalización se realizará transferencia a través de las EGC de ambos ámbitos asistenciales y se incluirá en la plataforma de autocuidados.

Identificación:

- El personal de medicina y de enfermería de familia tendrán acceso al listado de pacientes de su cupo que se incluyen en esta VAC, disponibles en el listado “mis pacientes”. El equipo de atención primaria podrá incluir manualmente al paciente con PCCP. La exclusión como PCCP se

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

tramitará a través de la EGC hacia los Sistemas de Información y Acompañamiento al Usuario.

- La historia digital de el/la paciente mostrará un icono que indica que esa persona es PCCP (árbol azul con fondo blanco) y luego, desde la historia, determina en qué programa se incluye.

3. Itinerario proactivo de seguimiento PCCP en situaciones de agudización

Al igual que en la situación de estabilidad, se establece un seguimiento proactivo de las personas con enfermedad crónica compleja priorizada inestable en atención primaria, a realizar por el personal de medicina y enfermería del equipo de referencia de cada paciente. El objetivo principal de este programa es conseguir la situación de estabilidad y capacitación para los autocuidados.

Seguimiento proactivo: Cada PCCP en fase de inestabilidad debe tener un seguimiento proactivo con revisiones programadas con su médico/a y enfermero/a de familia, independientemente del profesional y ámbito donde inicialmente se valore. La inestabilidad clínica implica la necesidad de un seguimiento proactivo de cada paciente hasta conseguir el retorno a una situación estable. En esta situación de agudización, se han establecido dos situaciones clínicas fundamentales: la agudización en la que se plantea una intencionalidad de control en domicilio, y la agudización entendida como la fase precoz tras alta hospitalaria y la ocurrida tras, al menos, dos asistencias en urgencias en los últimos 10 días.

● Periodicidad:

Fase de descompensación atendible en atención primaria o fase de seguimiento tras alta de hospitalización. Se aconseja realizar una primera valoración clínica en las primeras 48 horas desde el aviso (la tarea de primera valoración se genera en el momento de entrada en telecuidados). Tras esta primera valoración, la siguiente se establecerá en el intervalo entre 1 a 14 días en caso que el/la paciente no se haya incluido en autoseguimiento o en telemonitorización, y entre 1 a 30 días en caso que el/la paciente se haya incluido en autoseguimiento o en telemonitorización.

● Coordinación:

La visita será coordinada (medicina y enfermería) presencial o no presencial y en centro de salud, domicilio o centro residencial de personas mayores, hasta mejoría clínica.

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

Actividades recomendadas: En el **Anexo 4** se expone el conjunto mínimo de acciones necesarias para ofrecer una adecuada estandarización y calidad para el seguimiento proactivo de PCCP con agudización, fundamentalmente de IC o EPOC.

● **Contenidos.**

- I. Se detalla la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias necesarias en cada encuentro clínico para valorar de forma conjunta todas las necesidades de pacientes con patologías crónicas en el menor número posible de consultas.
- II. Activación de programas de educación terapéutica. Se seguirá el mismo procedimiento descrito en la fase de estabilidad.
- III. Programa de telecuidados. El objetivo es que, en ese tiempo, el/la paciente alcance una situación de estabilidad y capacitación para los autocuidados que le permita volver a la VAC para PCCP estables, evitando reingresos y descompensaciones. Según la capacitación de el/la paciente/entorno para interacción con la tecnología, se establecen dos opciones de telecuidados.
 - Programa de autoseguimiento: Los criterios de inclusión y la activación son los mismos que los descritos en la fase de estabilidad.
 - Programa de telemonitorización: Se activará cuando el paciente/entorno con indicación de autoseguimiento, no tenga capacidad de realizar un registro manual. La duración establecida para el programa de telemonitorización es de 3 meses.
- IV. Valoración de necesidad de atención en domicilio o en UCA: Se activarán las vías clínicas correspondientes.

● **Planificación del seguimiento**

- I. Tras cada cita programada, el/la paciente recibirá una cita para el próximo control en atención primaria.
- II. Fines de semana: Cuando su médico/a o enfermero/a considere que el riesgo de descompensación, u otra situación clínica, recomienden mantener valoraciones proactivas telefónicas durante el fin de semana o festivos, activará el seguimiento proactivo por el Centro de Emergencias Sanitarias 061, indicando el día que hay que hacerlo, y cumplimentando el campo de observaciones con la orientación de aspectos a seguir y actuaciones a realizar (consultar documento de referencia para el desarrollo del programa).
- III. Continuidad de la atención tras la recuperación de la fase de inestabilidad: Cuando el PCCP se recupere de la agudización y se

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

encuentre estable, se procederá a citar de forma programada para un seguimiento proactivo en la VAC del PCCP en fase de estabilidad. La primera valoración en fase de estabilidad será para realizar la VIE/PAP.

● **Registro de actividad:**

Se registrarán en la Historia Digital de Salud todas las actividades realizadas, juicios clínicos y diagnósticos, plan terapéutico inicial y de cuidados, y los momentos y contenidos de información facilitados a la persona y sus familiares.

Formulario de evaluación de inestabilidad: Las actividades propuestas, figurarán en los formularios específicos, que servirán tanto de orientación de estas actividades, como de registro.

El **Anexo 6** muestra el **contenido de las revisiones programadas en los formularios clínicos**, indicando qué profesionales son responsables de las mismas. Estas consultas presenciales pueden realizarse en el centro de salud o en el domicilio de el/la paciente, según sea preciso.

4. Activación / Comunicación con el hospital

Se proponen los mecanismos de comunicación, criterios de priorización y dispositivos de activación (hospitalización a domicilio, equipo de soporte de cuidados paliativos (ESCP) o UCA) descritos en la situación de estabilidad.

5. Limite final

- Recuperación completa y vuelta a la estabilidad clínica, tras finalización del programa.
- Ingreso hospitalario. En esta situación, el/la paciente pasa a la situación de "sin seguimiento activo" y, al alta de hospitalización, volvería a entrar en Telecuidados-Alta de Hospitalización.
- Cuidados paliativos. La inclusión en el Plan de Cuidados Paliativos generará la salida de el/la paciente de la categoría de PCCP.
- Exitus de el/la paciente. Esta identificación para el sistema tiene una demora variable que pudiera llegar a 90 días asociada a la oficialización desde el ministerio a la BDU.

Documentación de referencia

El contenido de la presente Vía Clínica de Atención Continuada (VAC) para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja se sustenta en las pautas y recomendaciones que se establecen en la siguiente documentación de referencia:

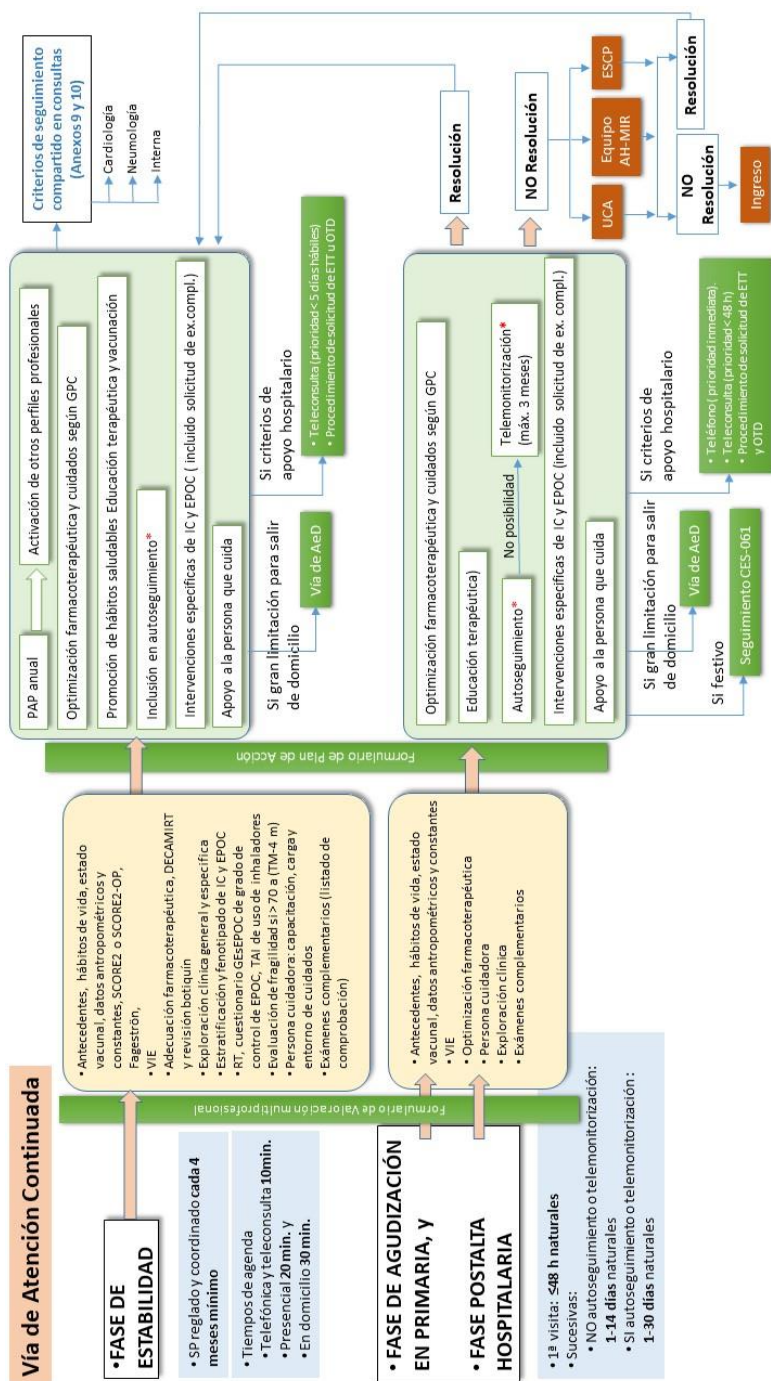
- Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Zonas con necesidades de transformación social (ZNTS) [Internet]. Disponible en:
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/inclusion-social-juventud-familia-e-igualdad/areas/inclusion/zonas-transformacion/paginas/introduccion-zonas-transformacion.html>
- Consejería de Salud. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado [Internet]. 3.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2018
- Consejería de Salud y Bienestar Social. Insuficiencia cardiaca: proceso asistencial integrado [Internet]. 2.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social; 2012
- Consejería de Salud y Familias. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: proceso asistencial integrado [Internet]. 4.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2019
- de Miguel Díez J, coord. Criterios de derivación en EPOC. Continuidad asistencial [Internet]. Disponible en:
https://www.semg.es/images/2024/documentos/Criterios_EPOC_DEF.pdf
- Distrito Sanitario Sevilla. Procedimiento Normalizado de Trabajo: Intervenciones en pacientes crónicos complejos priorizados en situación de estabilidad clínica (PNT CCP 23_10_23). Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2023
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2024 Report [Internet]. Disponible en: <https://goldcopd.org>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Guía GOLD 2024 [Internet]. Disponible en:
https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/12/Guias-GOLD-2024_v3_ES_Final_WMV.pdf

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

- Grupo de Trabajo de GesEPOC. Guía Española de la EPOC (GesEPOC) 2021: guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2021;57(Supl 1):11–81. doi:10.1016/j.arbres.2020.11.001
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Actualización 2023 de la Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2024. Disponible en: https://secardiologia.es/images/2024/Gu%C3%ADas/Gu%C3%ADa_ESC_2023_Actualizaci%C3%B3n_IC.pdf
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2022;75(6):523.e1–523.e114
- Junta de Andalucía. Decreto-Ley 7/2013, de 30 de abril, de medidas extraordinarias y urgentes para la lucha contra la pobreza y la exclusión social. BOJA. 2013;(85)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Orden de 3 de marzo de 1999 para la regulación de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio en el Sistema Nacional de Salud. BOE. 1999;(62). Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/o/1999/03/03/\(4\)](https://www.boe.es/eli/es/o/1999/03/03/(4))
- Miravittles M, Calle M, Molina J, et al. Actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC): tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol. 2022;58:69–81
- NANDA International. Diagnósticos enfermeros NANDA-I. Definiciones y clasificación 2024-2026. 13.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2024
- Rodríguez González-Moro JM, et al. Guía SEPAR de las terapias respiratorias domiciliarias. Oxigenoterapia continua domiciliaria. Open Respir Arch. 2020;2(2):33–4
- Servicio Andaluz de Salud. Telecuidados: nuevas herramientas de seguimiento proactivo de pacientes crónicos [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ayudadigital/novedades/aviso/telecuidados-nuevas-herramientas-de-seguimiento-proactivo-de-pacientes-cronicos>
- Soler-Cataluña JJ, Piñera P, Trigueros JA, et al. Spanish COPD Guidelines (GesEPOC) 2021 Update: Diagnosis and Treatment of COPD Exacerbation Syndrome. Arch Bronconeumol. 2022;58(2):159–170. doi:10.1016/j.arbres.2021.05.011

ANEXO 1. Mapeo de la Vía de Atención Continuada



AeD: Atención en Domicilio; **AH-MIR:** Atención hospitalaria de medicina interna; **DECAMIRT:** Cuestionario de evaluación del Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT); **EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; **ESCP:** Equipo de soporte de cuidados paliativos; **ETT:** Ecocardiograma transtorácico; **GE-EPOC:** Guía Española de la EPOC; **GPC:** Guía de práctica clínica; **IC:** Insuficiencia cardíaca; **PAP:** Plan de Acción Personalizado; **RT:** Rasgos tratables; **SCORE2:** Systematic Coronary Risk Evaluation; **SCORE2-OP:** Systematic Coronary Risk Evaluation-Older Persons; **OTD:** Oxigenoterapia domiciliaria; **SP:** Seguimiento proactivo; **TAI:** Test de Adhesión a Inhaladores; **UCA:** Unidad de Continuidad Asistencial.

ANEXO 2. Categorías de cronicidad y factores de riesgo para la identificación automática de pacientes con criterios de cronicidad compleja a partir de la Base Poblacional de Salud

	CÓDIGO CATEGORÍA CRONICIDAD O FACTOR DE RIESGO	DESCRIPCIÓN CATEGORÍA O FACTOR DE RIESGO	CÓDIGO PATOLOGÍA CRÓNICA BPS	DESCRIPCIÓN
CATEGORÍAS DE CRONICIDAD	A	CARDIOPATÍA	0910	Cardiopatía isquémica
			0914	Insuficiencia cardíaca
	B	IRC Y AUTOINMUNES	1305	Artritis reumatoide y enfermedades relacionadas
			1306	Enfermedad del colágeno y vasculitis
			1401	Insuficiencia renal crónica
	C	E. RESP. CR.	1001 modificado	EPOC con 40 años o más
			1002	Asma
	D	CIRROSIS Y EII	1103	Cirrosis hepática
			1105	Enteritis regional y colitis ulcerosa
	E	ACV Y NEURO	0500	Demencia
			0501	Otro trastorno mental orgánico
			0602	Enfermedad de Parkinson
			0603	Síndrome extrapiramidal
			0604	Enfermedad neurológica con déficit motor no ACV
			0902	Enfermedad cerebrovascular mal definida y otra
			0904	Oclusión o estenosis arterias precerebrales
			0905	Secuela enfermedad cerebrovascular
	F	ARTERIOPATÍA EXTREM.	0906	Arteriopatía de extremidades
FACTORES DE RIESGO	1	T. MENTAL GRAVE	0505	Trastorno esquizofrénico
			0510	Trastorno personalidad y comportamiento adulto
			0511	Discapacidad intelectual
	2	ALCOHOLISMO	0502	Dependencia alcohol

ACV: Accidente cerebrovascular; BPS: Base Poblacional de Salud; EII: Enfermedad inflamatoria intestinal; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IRC: Insuficiencia renal crónica.

ANEXO 3. Criterios de pluripatología y de complejidad recogidos en el Proceso Asistencial Integrado Atención a Pacientes Pluripatológicos

Criterios de pluripatología:

1. Categoría A:
 - A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (*New York Heart Association*)^a (síntomas con actividad física habitual).
 - A.2. Cardiopatía isquémica.
2. Categoría B:
 - B.1. Vasculitis y Enfermedades autoinmunes sistémicas.
 - B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60ml/min o índice albúmina creatinina >30mg/g.
3. Categoría C:
 - C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC (*Medical Research Council*)^b (disnea a paso habitual en llano), o volumen espiratorio forzado en el primer segundo FEV1<70% o Saturación O2 ≤ 90.
4. Categoría D:
 - D.1. Enfermedad inflamatoria intestinal.
 - D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular^c o hipertensión portal^d.
5. Categoría E:
 - E.1. Ataque cerebrovascular.
 - E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).
 - E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo persistente, al menos moderado^e.

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

6. Categoría F:
 - F.1. Arteriopatía periférica sintomática.
 - F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
7. Categoría G:
 - G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina Hb<10g/dL en dos determinaciones separadas más de tres meses.
 - G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
8. Categoría H:
 - H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque, por sí misma, una limitación para que el paciente pueda trasladarse, por sí mismo, con seguridad de la cama al sillón o silla de ruedas.
 - H.2. Haber presentado una fractura de cadera osteoporótica.

^a Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

^b Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad.

respiratoria o tener que para a descansar al andar en llano al propio paso.

^c Tiempo de coagulación INR > 1,7, albumina < 3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.

^d Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

^e Pfeiffer con 5 o más errores o Mini-examen cognoscitivo de Lobo con menos de 23 puntos.

Criterios de complejidad:

1. Trastorno mental grave (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, depresión mayor).
2. Polimedicación extrema (10 o más principios activos de prescripción crónica).
3. Riesgo sociofamiliar (puntuación en la escala de Gijón mayor a 10 puntos).
4. Úlceras por presión en estadio II o superior.
5. Delirium actual o episodios de delirium en ingresos hospitalarios previos.
6. Desnutrición (IMC<18,5).
7. Alimentación por sonda de prescripción crónica (3 o más meses).
8. Dos o más ingresos hospitalarios en los 12 meses previos.
9. Alcoholismo.

ANEXO 4. Criterios mínimos de calidad para el seguimiento proactivo de personas con enfermedad crónica compleja priorizada

INSUFICIENCIA CARDÍACA		ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC de bajo riesgo y situaciones consensuadas de EPOC de alto riesgo)	
EVALUACIÓN			
Anamnesis y exploración			
• Alergias. • Estado vacunal. • Hábitos de vida: consumo de tóxicos, actividad física, actividad sexual, alimentación, sueño (registrar en el programa DBS de hábitos y apoyo social). • Cálculo del riesgo vascular a través del SCORE2 o del SCORE2-OP para escenario de bajo riesgo, identificando edad, sexo, TAS, CT, cHDL, cLDL y tabaquismo). Si tabaquismo, evaluar grado de dependencia física (test de Fagetröm). • Optimización farmacoterapéutica: adecuación, conciliación, deprescripción. • Valoración del consumo de fármacos (test de adherencia al tratamiento: DECAMIRT) y revisión del botiquín. Cuestionario TAI (EPOC) para evaluar a cumplimiento de terapia inhalada. • Datos antropométricos y constantes: IMC (especificando peso), TA, FC, SaO₂, temperatura y glucemia capilar. • Exploración física general, orientada a identificación de hipoperfusión y/o congestión central o periférica. • Evaluación de fragilidad (si ≥70 años) mediante velocidad de la marcha a 4 metros. • Identificación de la persona cuidadora principal, capacitación, entorno de cuidados y valoración de la carga (Zarit reducida) (registrar en el programa DBS de hábitos y apoyo social).			
• Exploración clínica orientada a la confirmación de estratificación de IC y búsqueda de síntomas y signos habituales de IC.		• Exploración clínica orientada a la estratificación de la EPOC: Espirometría anual, escala de disnea modificada del Medical Research Council (mMRC), exacerbaciones el año previo. • Determinación de: > Fenotipo. > Presencia de rasgos tratables (RT). > Grado de control de la enfermedad (cuestionario específico GEsEPOC). • Impacto de la disnea en calidad de vida (CAT).	
Valoración integral exhaustiva			
• Valoración pronóstica: PROFUND. • Valoración Social: Escala de Gijón. • Valoración del dolor: EVA, PAINAD (si deterioro cognitivo).			

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

• Valoración funcional: ABVD (Barthel) y AIVD (Lawton-Brody), cribado de caídas, riesgo de úlceras por presión (Norton), valoración de la deglución e hidratación, incontinencia urinaria y fecal, disnea para IC (NYHA), disnea para EPOC (nMRC), dispositivos para el cuidado, ayudas técnicas o instrumentales (movilización, evitación de caídas desde la cama u otras ayudas), ayudas terapéuticas relacionadas con el soporte respiratorio. • Valoración cognitiva: Cribado en > 65 años: test de Pfeiffer simplificado. En sospecha de deterioro cognitivo: miniexamen cognoscitivo de Lobo. Si diagnóstico de demencia: estadiaje según GDS y FAST. • Valoración afectiva: Test de Yesavage o PHAQ9 <65 años.	
Registros Diagnóstico y pronóstico	
• Registro y actualización del diagnóstico de la insuficiencia cardíaca en la hoja de problemas (según fracción de eyección).	• Registro y actualización del diagnóstico de la EPOC en la hoja de problemas (según clasificación GEsEPOC).
• Revisión y actualización de las patologías registradas en la hoja de problemas.	
Exámenes complementarios	
• Hemograma (hemoglobina, leucocitos y plaquetas) 3 veces al año (criterio de eosinofilia para EPOC). • Electrolitos séricos (incluido calcio y magnesio). • Urea y creatinina sérica con tasa de filtración glomerular estimada. • Perfil lipídico. • Glucosa (hemoglobina glicosilada si tiene diabetes mellitus). • Pruebas de función hepática. • Estudio de función tiroidea. • Analítica de orina (sistemático y cociente albúmina/creatinina).	
• ECG anual. • Ecocardiografía: se solicitará su realización si hay deterioro clínico no previsible, y a los 6 meses de optimización final del tratamiento estándar de la ICFeR.	• Alfa-1 antitripsina (1ª consulta). • Espirometría forzada a los 3 meses de inicio de nuevo tratamiento inhalado. Si estabilidad, anual los 3 primeros años y posteriormente cada 2-3 años, y/o en caso de deterioro respiratorio progresivo. • Proteína C reactiva, radiografía de tórax, electrocardiograma y en caso de empeoramiento clínico.
PLAN TERAPÉUTICO	
• Inclusión en el programa de educación terapéutica en formato individual o grupal según las características y necesidades individuales detectadas en la valoración inicial y de promoción de hábitos saludables. > Ejercicio multicomponente (VIVIFRIL). > Promoción de alimentación equilibrada, prevención de la desnutrición y de la obesidad, control de líquidos e ingesta de (menos de 5 gramos de sal al día), abstinencia alcohol. > Higiene del sueño, reconociendo las alteraciones y medidas para optimizarlo. > Plan de deshabituación tabáquica, cigarrillos electrónicos y drogas recreativas. > Planificación de ocio, conducción y viajes. • Inclusión en programa de actividad física. • Inclusión en plataforma de autocuidados. • Vacunación. • Optimización farmacoterapéutica.	

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

- Adaptación y entrenamiento en actividades de la vida diaria o cuidados y prevención de lesiones relacionadas con la dependencia. - Apoyo a la persona que cuida. - Activación de profesionales u otros recursos (teleconsulta o presencial): trabajo social, rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, equipo de atención hospitalaria o de cuidados paliativos, equipo de salud mental, etc.), instrumentales o apoyo institucional, si se identifica mala evolución de la enfermedad pese a correcto diagnóstico y tratamiento, mala adherencia de forma persistente, inmovilidad, déficit de actividades instrumentales, mal afrontamiento, dificultades en la adherencia y otras situaciones de complejidad y/o de riesgo social (personas migrantes o sin hogar, con discapacidad, pertenecientes a minorías étnicas o residentes en zona de exclusión social).	
- Optimización del tratamiento atendiendo a los fenotipos de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en FE conservada (FEVI $\geq$ 50%), FE ligeramente reducida (FEVI 41-49%) y FE reducida (FEVI $\leq$ 40%). - Tratamiento de comorbilidades cardíacas y no cardíacas.	- Elección del tratamiento inhalado: LABA/LAMA/ICS. - Abordaje farmacológico o no farmacológico de rasgos tratables: (déficit de I-1 antitripsina, disnea grave, bronquitis crónica, infección bronquial crónica, bronquiectasias, HTP precapilar, insuficiencia respiratoria crónica, desnutrición y obesidad) con tratamiento farmacológico o no farmacológico. - Tratamiento de comorbilidades.
VISITAS SUCESIVAS (cuatrimestral adaptable)	
Exploración física orientada a identificación de congestión central o periférica y a constantes vitales.	- Exploración clínica orientada a la revisión de estratificación de la EPOC de actualización del fenotipo, situación de RT y al grado de control de la enfermedad. - Actualización del Índice BODEx y de calidad de vida (CAT). - Espirometría anual (valorar a los 3 meses de modificación del tratamiento). - Cuestionario TAI y comprobación de la técnica inhalatoria. - Evaluación farmacológica: Adecuación y cribado de adherencia (DECAMIRT). Deprescripción de acuerdo con criterios STOPP-START. Revisión del botiquín domiciliario. Ajuste de tratamiento y cuidados según el grado de control de la enfermedad.
- Revisión del grado de consecución de las intervenciones del PAP. Realización anual de VIE y PAP. - Seguimiento de educación terapéutica y promoción de hábitos de vida saludables. - Evaluación y adecuación de autocuidados. - Vacunación. - Realización de exámenes complementarios establecidos. - Optimización farmacoterapéutica. - Activación de otros equipos profesionales. - Identificación de criterios para soporte o atención hospitalaria: - Teleconsulta. - Consulta presencial. - Vía clínica de Atención en Domicilio con apoyo de: - Equipo de Medicina Interna, o	

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

- Equipo de Cuidados Paliativos.
- > UCA.
- > Urgencia.

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria; **AIVD:** Actividades instrumentales de la vida diaria; **BODEx:** Índice pronóstico para pacientes con EPOC; **CAT:** *COPD Assessment Test*; **cHDL:** Colesterol de lipoproteínas de alta densidad; **cLDL:** Colesterol de lipoproteínas de baja densidad; **CT:** Colesterol total; **DBS:** Datos básicos de salud; **DECAMIRT:** Cuestionario de evaluación del Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT); **ECG:** Electrocardiograma; **EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; **EVA:** Escala visual analógica; **FAST:** *Functional Assessment Staging*; **FC:** Frecuencia cardíaca; **GDS:** *Global Deterioration Scale*; **FE:** Fracción de eyección; **FEVI:** Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; **GEsEPOC:** Guía Española de la EPOC; **HTP:** Hipertensión pulmonar; **IC:** Insuficiencia cardíaca; **ICFer:** Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida; **ICS:** *Inhaled Corticosteroids*; **IMC:** Índice de masa corporal; **LABA:** *Long-Acting Beta-Agonist*; **LAMA:** *Long-Acting Muscarinic Antagonist*; **mMRC:** *Modified Medical Research Council*; **NYHA:** *New York Heart Association*; **PAP:** Plan de Acción Personalizado; **PAINAD:** *Pain Assessment in Advanced Dementia*; **PHAQ9:** *Patient Health Questionnaire-9*; **PROFUND:** Índice pronóstico para pacientes pluripatológicos; **RT:** Rasgos tratables; **SaO₂:** Saturación arterial de oxígeno; **SCORE2:** *Systematic Coronary Risk Evaluation*; **SCORE2-OP:** *Systematic Coronary Risk Evaluation-Older Persons*; **TA:** Tensión arterial; **TAS:** Presión arterial sistólica; **TAI:** Test de Adhesión a Inhaladores; **UCA:** Unidad de Continuidad Asistencial; **VIE:** Valoración integral exhaustiva; **VIVIFRIL:** Proyecto de promoción del ejercicio físico.

ANEXO 5. Formularios clínicos para la atención programada compartida de personas con enfermedad crónica compleja priorizada en fase de estabilidad

Visita inicial y sucesivas. Se entiende por visita inicial la realizada por primera vez para aplicar la actual VAC

VISITA INICIAL Y SUCESIVAS: Profesionales de medicina y enfermería, de forma coordinada	
Anamnesis y exploración	
• Identificación de el/la paciente. • Valoración clínica: > Constantes, incluyendo peso y talla para cálculo de IMC. > Signos y síntomas. > Grado de control de la EPOC (cuestionario específico GEsEPOC). > Evaluación de cumplimiento de terapia inhalada con cuestionario TAI. > Identificación de rasgos tratables > Impacto de la disnea en calidad de vida (CAT). • Detección de riesgo social. • Considere la utilidad de revisión de los siguientes parámetros para mejorar valoración global. > Alergias. > Estado vacunal . > Hábitos de vida: consumo de tóxicos, actividad física, actividad sexual, alimentación, sueño > Cálculo del riesgo vascular con SCORE2 o del SCORE2-OP para escenario de bajo riesgo. > Adherencia al tratamiento con cuestionario DECAMIRT. > Evaluación de fragilidad mediante velocidad de la marcha a 4 metros. > Estratificación de grado NYHA de IC fenotipo según FE. > Determinación de riesgo de EPOC (bajo y alto riesgo), del fenotipo (no agudizador, agudizador no eosinófilo, agudizador con eosinofilia) y de la presencia de rasgos tratables. > VIE y PAP. • Recuerde si considera, los siguientes aspectos: > Registrar en el Módulo de "Problemas" los diagnósticos identificados y en su caso fenotipo de IC según FE (FE preservada, FE ligeramente reducida y FE reducida. Anexo 11) y de EPOC según riesgo (bajo o alto riesgo) y estratificación de disnea (Anexo 15) > Valorar necesidad de solicitud previa a la próxima revisión de: - Para IC: ECG anual. Ecocardiografía: Si hay deterioro clínico no previsible, y a los 6 meses de optimización final del tratamiento estándar de la ICFeR. - Para EPOC:	

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

- Alfa 1 antitripsina (1ª consulta).
- Espirometría forzada a los 3 meses de inicio de nuevo tratamiento inhalado. Si estabilidad, anual los 3 primeros años y posteriormente cada 2-3 años, y/o en caso de deterioro respiratorio progresivo.
- Si empeoramiento clínico: Proteína C Reactiva, radiografía de tórax, ECG y en caso de empeoramiento clínico
- Para ambos: Analítica con Hemograma (hemoglobina, leucocitos y plaquetas) 3 veces al año (criterio de eosinofilia para EPOC), Electrolitos séricos (incluido calcio y magnesio), Urea y creatinina sérica con tasa de filtración glomerular estimada, Perfil lipídico con periodicidad según estrato de riesgo vascular, Glucosa (hemoglobina glicosilada si tiene diabetes mellitus), Pruebas de función hepática, Estudio función tiroidea, Orina Sistemático y cociente albúmina/creatinina).
- Valore si requiere:
 - Inclusión en programa de educación terapéutica.
 - Inclusión en programa de autoseguimiento.
 - Activación de profesionales u otros recursos.

PLAN TERAPÉUTICO

CUIDADOS

- Inclusión en el programa de educación terapéutica en formato individual o grupal según las características y necesidades individuales detectadas en la valoración inicial y de promoción de hábitos saludables.
 - > Ejercicio multicomponente (VIVIFRIL).
 - > Promoción de alimentación equilibrada, prevención de la desnutrición y de la obesidad, control de líquidos e ingesta de (< 5 g sal al día), abstinencia alcohol, hábitos de DBS (incluyen intervención básica sobre hábitos saludables) + Formularios para la IAHS (intervención avanzada en hábitos saludables).
 - > Higiene del sueño, reconociendo las alteraciones y medidas para optimizarlo.
 - > Abandonar tabaco, cigarrillos electrónicos y drogas recreativas.
 - > Planificación de ocio, conducción y viajes.
 - > Inclusión en programa de actividad física.
 - > En EPOC: Comprobación de la técnica inhalatoria y la pertinencia del dispositivo de tratamiento vía inhalada.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardíaca (anexos 12-14). Optimización del tratamiento atendiendo a los fenotipos de la Fracción de eyección del Ventrículo izquierdo (FEVI) en FE conservada (FEVI ≥ 50%), FE ligeramente reducida (FEVI 41-49%) y FE reducida (FEVI ≤ 40%) y tratamiento de comorbilidades. | <ul style="list-style-type: none"> • EPOC (Anexo 16) Elección del tratamiento inhalado: LABA/LAMA/ICS) Abordaje farmacológico o no farmacológico de rasgos tratables: (déficit de I-1 antitripsina, disnea grave, bronquitis crónica, infección bronquial crónica, bronquiectasias, HTP precapilar, Insuficiencia respiratoria crónica, desnutrición y obesidad) con tratamiento farmacológico o no farmacológico. |
|--|---|

CAT: COPD Assessment Test; **DECAMIRT:** Cuestionario de evaluación del Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT); **DBS:** Datos básicos de salud; **ECG:** Electrocardiograma; **EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; **FE:** Fracción de eyección; **FEVI:** fracción de eyección del ventrículo izquierdo; **GESEPOC:** Guía Española de la EPOC; **HTP:** Hipertensión pulmonar; **IAHS:** Intervención avanzada en hábitos saludables; **IC:** Insuficiencia cardíaca; **ICFe:** Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida; **ICS:** Inhaled Corticosteroids; **IMC:** Índice de masa corporal; **LABA:** Long-Acting Beta-Agonist; **LAMA:** Long-Acting Muscarinic Antagonist; **NYHA:** New York Heart Association; **PAP:** Plan de Acción Personalizado; **SCORE2:** Systematic Coronary Risk Evaluation; **SCORE2-OP:** Systematic Coronary Risk Evaluation-Older Persons; **TAI:** Test de Adhesión a Inhaladores; **VIE:** Valoración integral exhaustiva; **VIVIFRIL:** Proyecto de promoción del ejercicio físico.

ANEXO 6. Formularios para el seguimiento proactivo programado de personas con enfermedad crónica compleja priorizada en fase de descompensación

Fase de descompensación atendible en primaria y fase de seguimiento postalta

VISITA INICIAL y SUCEVAS Profesionales de medicina y enfermería, de forma coordinada	
INSUFICIENCIA CARDÍACA	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC de bajo riesgo y situaciones consensuadas de EPOC de alto riesgo)
EVALUACIÓN	
Anamnesis y exploración	
- Optimización farmacoterapéutica: adecuación, conciliación, deprescripción, adherencia terapéutica (DECAMIRT) y revisión del botiquín. Cuestionario TAI (EPOC) para evaluar el cumplimiento de terapia inhalada. - Estado vacunal. - Datos antropométricos y constantes: IMC (especificando peso), TA, FC, SaO₂, temperatura y glucemia capilar. - Exploración física general, orientada a identificación de hipoperfusión y/o congestión central o periférica. - Valoración de la situación de la persona cuidadora principal, capacitación, entorno de cuidados y valoración de la carga (Zarit reducida) (Registrar en el programa DBS de hábitos y apoyo social).	
Exploración clínica orientada a la identificación de síntomas y signos de descompensación de IC, así como las posibles causas (cuestionario específico atendiendo a disnea, ortopnea, edemas, dolor torácico y otros síntomas asociados a descompensación de IC).	- Cuestionario de estratificación de gravedad: leve, moderado o grave. - Cuestionario de estatificación de rasgos tratables.
Exámenes complementarios (según situación clínica)	
- Hemograma (hemoglobina, leucocitos y plaquetas). - Electrolitos séricos (incluido calcio y magnesio). - Urea y creatinina sérica con tasa de filtración glomerular estimada. - Glucosa (hemoglobina glicosilada si tiene diabetes mellitus). - Pruebas de función hepática.	

VÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

para el seguimiento proactivo de la persona con enfermedad crónica compleja

• Estudio de función tiroidea. • Proteína C reactiva. • Analítica de orina (sistemático y cociente albúmina/creatinina). • Electrocardiograma. • Radiografía de tórax.	
Registros	
• Registro y actualización del diagnóstico de la insuficiencia cardíaca en la hoja de problemas (según fracción de eyección).	• Registro y actualización del diagnóstico de la EPOC en la hoja de problemas (según clasificación GEsEPOC).
• Revisión y actualización de las patologías registradas en la hoja de problemas.	
PLAN TERAPÉUTICO	
• Inclusión en el programa de educación terapéutica si no inclusión previa. • Inclusión en plataforma de autocuidados si no inclusión previa. Inclusión en telemonitorización si cumple criterios. • Adaptación y entrenamiento en actividades de la vida diaria o cuidados y prevención de lesiones relacionadas con la dependencia. • Apoyo a la persona que cuida. • Activación de profesionales u otros recursos (teleconsulta o presencial): trabajo social, rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, equipo de atención hospitalaria o de cuidados paliativos, equipo de salud mental, etc.), UCA, URG, instrumentales o apoyo institucional, si se identifica mala evolución de la enfermedad pese a correcto diagnóstico y tratamiento, mala adherencia de forma persistente, inmovilidad, déficit de actividades instrumentales, mal afrontamiento, dificultades en la adherencia y otras situaciones de complejidad y/o de riesgo social (personas migrantes o sin hogar, con discapacidad, pertenecientes a minorías étnicas o residentes en zona de exclusión social).	
• Aplicación de esquema terapéutico recomendado ante descompensación de IC: > Optimización del tratamiento atendiendo a los fenotipos de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en FE conservada (FEVI $\geq$ 50%), FE ligeramente reducida (FEVI 41-49%) y FE reducida (FEVI $\leq$ 40%). > Tratamiento de comorbilidades cardíacas y no cardíacas.	• Aplicación de esquema terapéutico recomendado ante descompensación de EPOC: > Elección del tratamiento inhalado: LABA/LAMA/ICS. > Abordaje farmacológico o no farmacológico de rasgos tratables: (déficit de I-1 antitripsina, disnea grave, bronquitis crónica, infección bronquial crónica, bronquiectasias, HTP precapilar, Insuficiencia respiratoria crónica, desnutrición y obesidad) con tratamiento farmacológico o no farmacológico. > Tratamiento de comorbilidades.

DBS: Datos básicos de salud; **DECAMIRT:** Cuestionario de evaluación del Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT); **EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; **FC:** Frecuencia cardíaca; **FEVI:** Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; **GEsEPOC:** Guía Española de la EPOC; **HTP:** Hipertensión pulmonar; **IC:** Insuficiencia cardíaca; **ICS:** *Inhaled Corticosteroids*; **IMC:** Índice de masa corporal; **LABA:** *Long-Acting Beta-Agonist*; **LAMA:** *Long-Acting Muscarinic Antagonist*; **SaO₂:** Saturación arterial de oxígeno; **TA:** Tensión arterial; **TAI:** Test de Adhesión a Inhaladores; **UCA:** Unidad de Continuidad Asistencial; **URG:** Urgencias.

ANEXO 7. Indicaciones para la solicitud de ecocardiografía desde atención primaria para la insuficiencia cardíaca

1. Seguimiento:

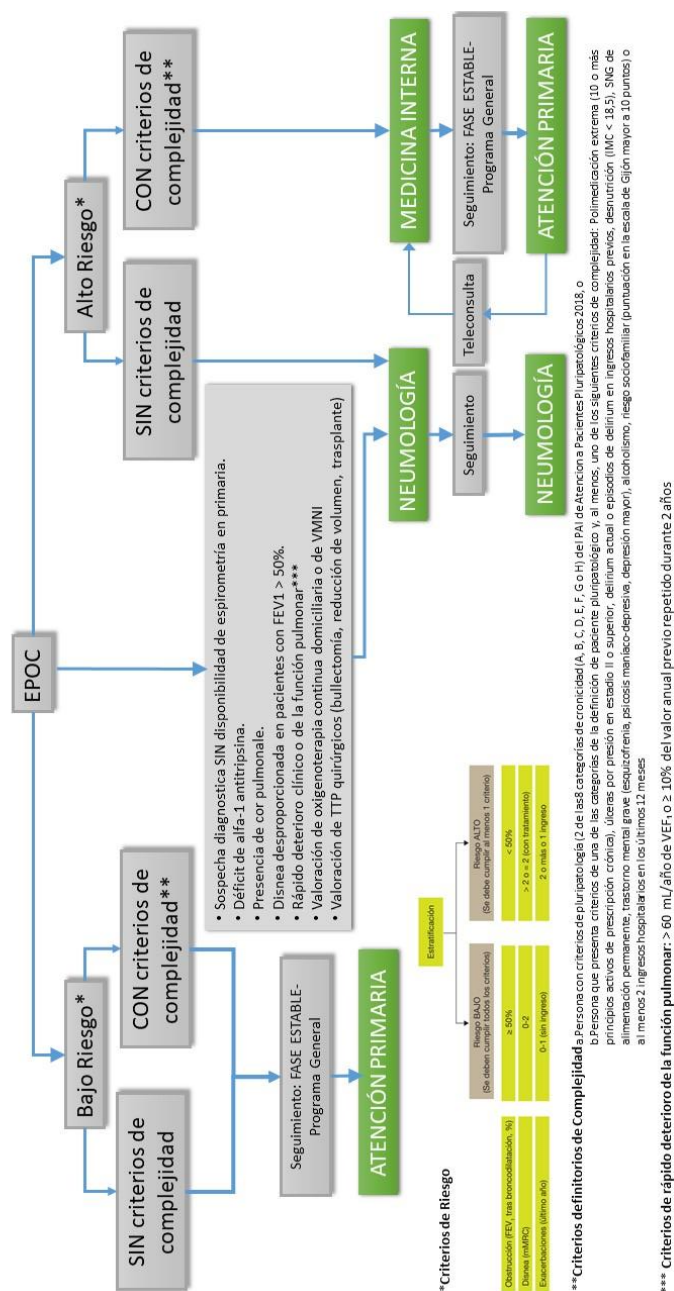
- Si hay deterioro clínico no previsible.
- A los 6 meses de optimización final del tratamiento estándar de la IC con fracción de eyección reducida (IC-FEr).

ANEXO 8. Indicaciones para la solicitud en pacientes con EPOC, de oxigenoterapia continua domiciliaria desde atención primaria

- 1.** EPOC estable u otras enfermedades causantes de hipoxemia crónica, con presión parcial de oxígeno en sangre arterial PaO₂ (medida mediante gasometría arterial) ≤ 55 mmHg (en reposo y respirando aire ambiente).
- 2.** EPOC estable u otras enfermedades causantes de hipoxemia crónica con PaO₂ entre 56-59 mmHg con alguna de las siguientes:
 - a. Evidencia clínica o electrocardiográfica de hipertensión pulmonar.
 - b. Alteraciones del ritmo cardíaco.
 - c. Insuficiencia cardíaca derecha.
 - d. Trastornos isquémicos.
 - e. Hematocrito (Hct) > 55 %

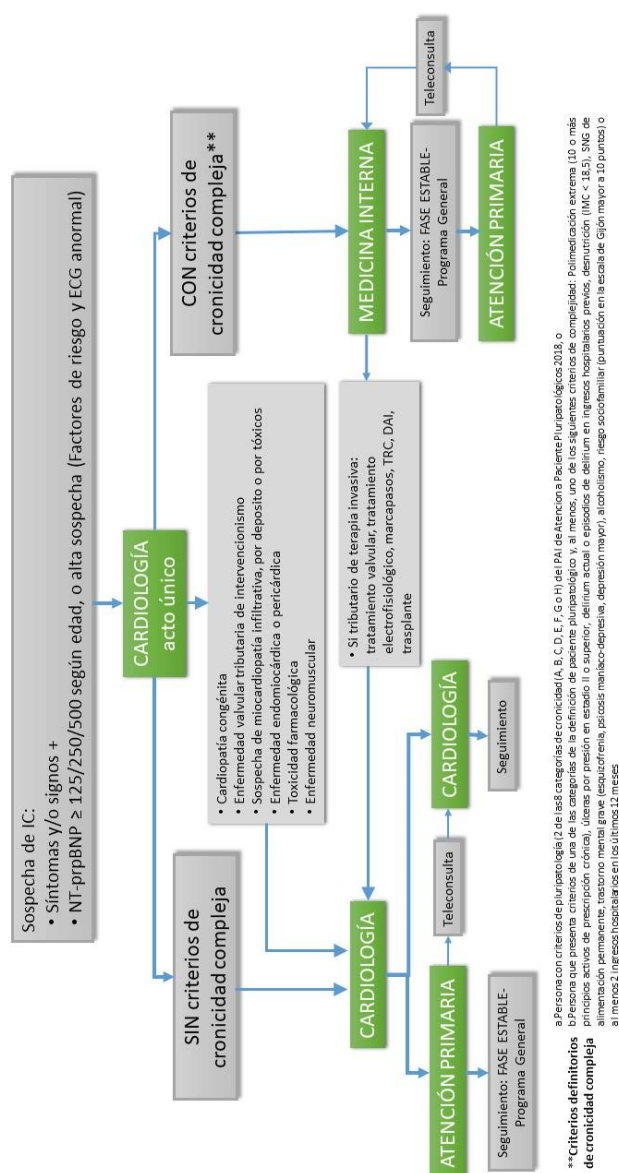
A un flujo suficiente para obtener una PaO₂ de ≥ 60 mmHg o SapO₂ ≥ 90 %, sin aumentar la presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO₂).

ANEXO 9. Criterios definitorios del ámbito de atención de pacientes en fase estable con EPOC



EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; **FEV:** Volumen espiratorio forzado; **FEVI:** Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; **IMC:** Índice de masa corporal; **mMRC:** *Modified Medical Research Council*; **mMRC:** *Modified Medical Research Council*; **PAI:** Proceso Asistencial Integrado; **TTP:** Tratamientos pulmonares; **SNG:** Sonda nasogástrica; **VMNI:** Ventilación mecánica no invasiva.

ANEXO 10. Criterios definitorios del ámbito de atención de pacientes en fase estable con insuficiencia cardiaca



DAI: Desfibrilador automático implantable; **ECG:** Electrocardiograma; **IC:** Insuficiencia cardíaca; **IMC:** Índice de masa corporal; **PAI:** Proceso Asistencial Integrado; **TRC:** Terapia de resincronización cardíaca; **SNG:** Sonda nasogástrica.

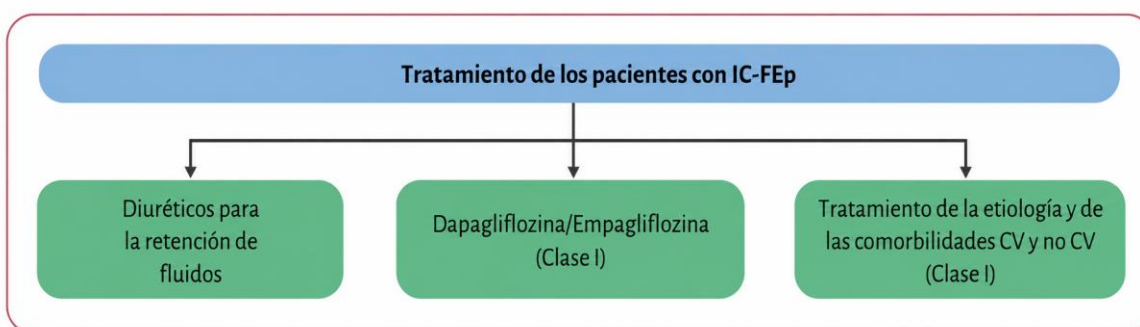
ANEXO 11. Clasificación de la insuficiencia cardíaca crónica según fracción de eyección

Tipo de IC		IC-FEr	IC-FElr	IC-FEp
Criterios	1	Síntomas ± signos	Síntomas ± signos	Síntomas ± signos
	2	FEVI ≤ 40%	FEVI 41-49%	FEVI ≥ 50%
	3	—	—	Evidencia objetiva de anomalías cardíacas estructurales y/o funcionales compatibles con la presencia de disfunción diastólica/elevación de presiones de llenado del VI, incluida la elevación de péptidos natriuréticos

IC: Insuficiencia cardíaca; **FE:** Fracción de eyección; **FEr:** Fracción de eyección reducida; **FElr:** Fracción de eyección con rango ligeramente reducido o intermedio; **FEp:** Fracción de eyección preservada; **FEVI:** Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; **VI:** Ventrículo izquierdo.

Fuente: Adaptado de Actualización 2023 de la Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2024

ANEXO 12. Insuficiencia cardíaca crónica. Tratamiento recomendado en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada

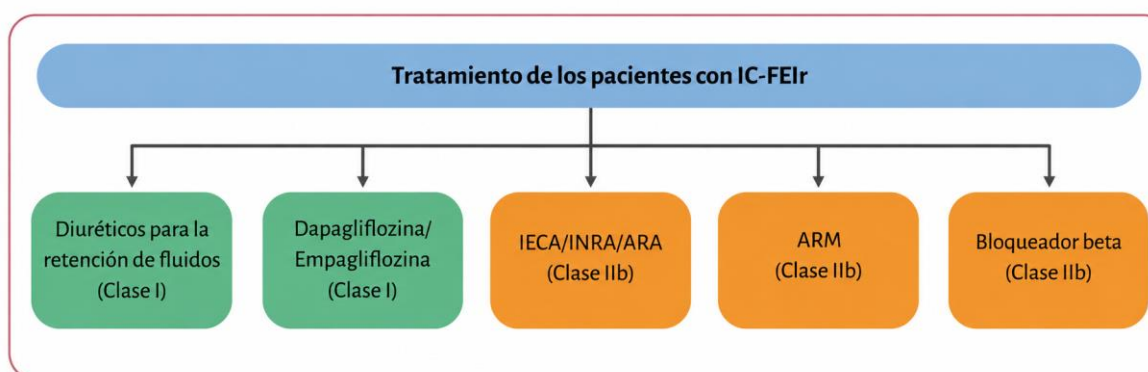


IC: Insuficiencia cardíaca; FEp: Fracción de eyección preservada; CV: Cardiovasculares.

Fuente: Adaptado de Actualización 2023 de la Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2024

ANEXO 13. Insuficiencia cardíaca crónica.

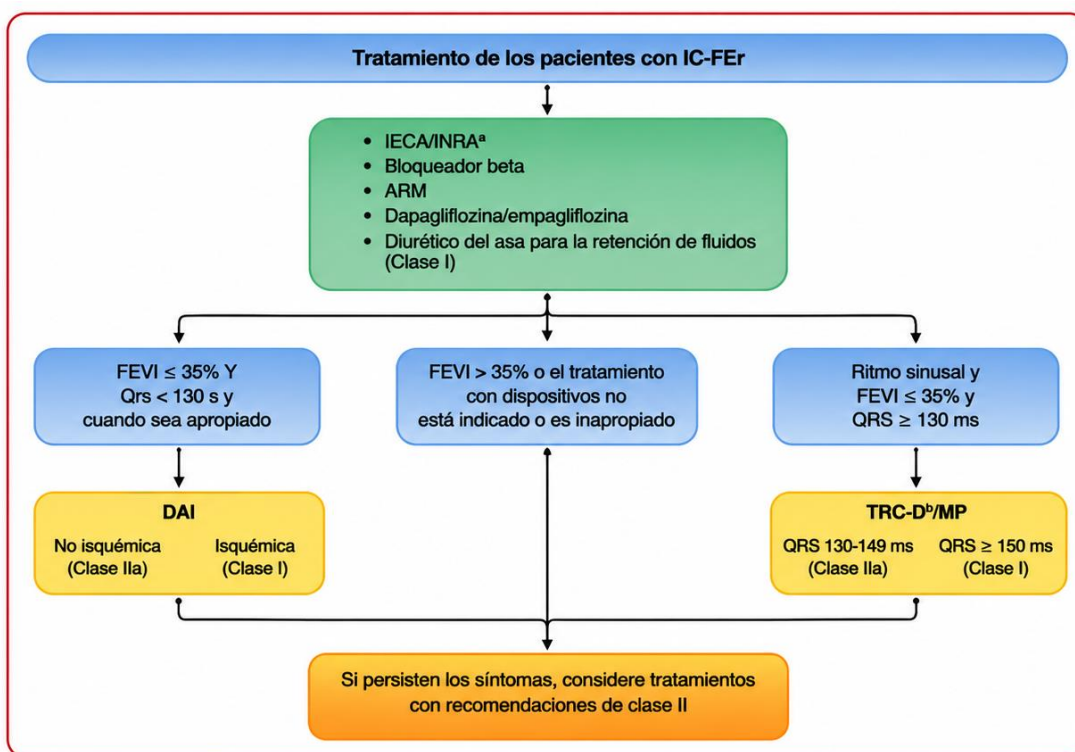
Tratamiento recomendado en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección ligeramente reducida



ARA: Antagonistas de los receptores de angiotensina; **ARM:** Antagonista del Receptor de Mineralocorticoides; **IC:** Insuficiencia cardíaca; **FEIr:** Fracción de eyección con rango ligeramente reducido o intermedio; **IECA:** Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; **INRA:** Inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina.

Fuente: Adaptado de Actualización 2023 de la Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2024

ANEXO 14. Insuficiencia cardíaca crónica. Tratamiento recomendado en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida



^a Como sustituto de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA).

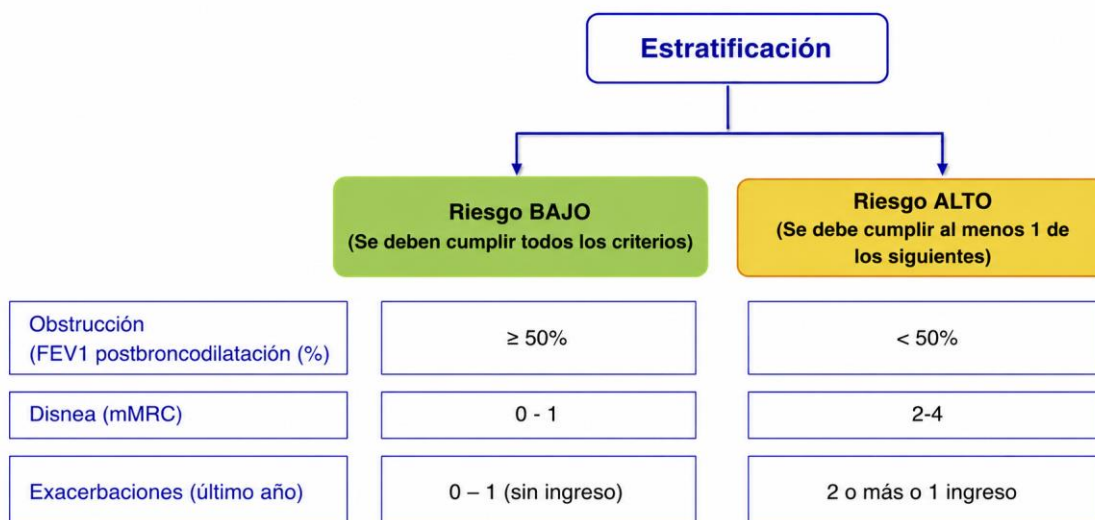
^b Cuando sea apropiado.

ARM: Antagonista del Receptor de Mineralocorticoides; **IC:** Insuficiencia cardíaca; **DAI:** Desfibrilador automático implantable; **FEr:** Fracción de eyección reducida; **FEVI:** Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; **IECA:** Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; **INRA:** Inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina; **QRS:** Ondas Q, R y S del electrocardiograma; **TRC-MP:** Terapia de resincronización cardíaca con marcapasos.

Fuente: Adaptado de la Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2022;75(6):523.e1–523.e114

ANEXO 15. EPOC.

Estratificación de riesgo: probabilidad agudizaciones, progresión de la enfermedad, futuras complicaciones, mayor consumo de recursos sanitarios o mayor mortalidad

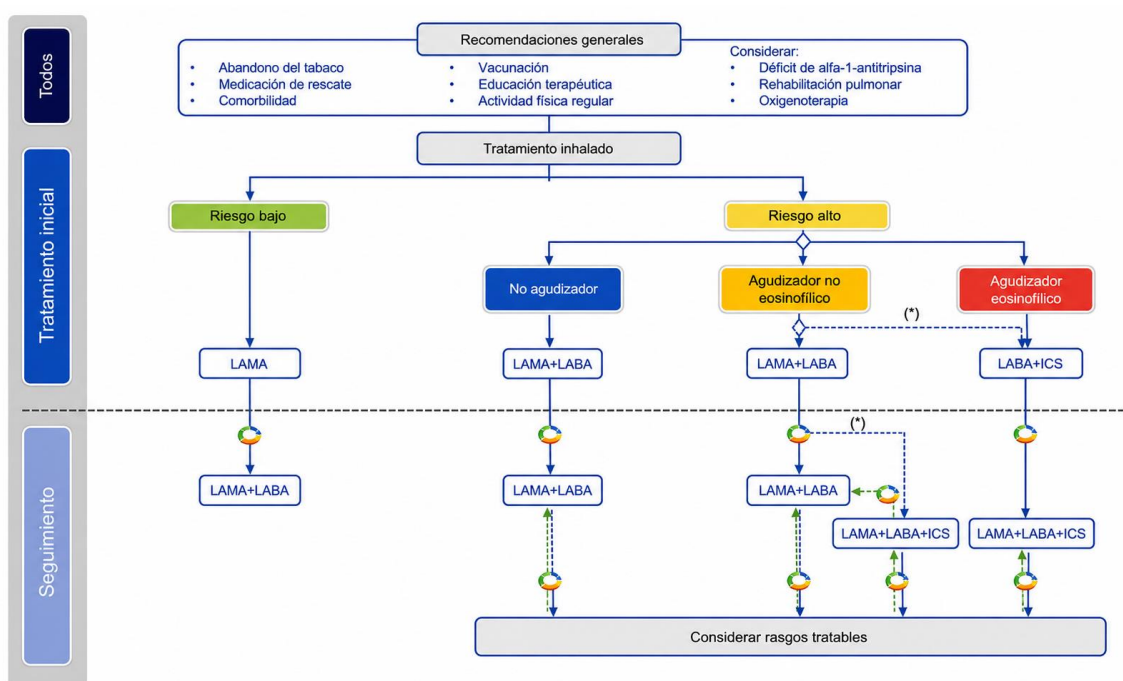


FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; **mMRC:** *Modified Medical Research*

Fuente: Adaptado de Miravittles M, Calle M, Molina J, et al. Actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC): tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol. 2022;58:69–81

ANEXO 16. EPOC.

Tratamiento farmacológico recomendado en pacientes con EPOC estable



* De segunda elección en pacientes con eosinófilos en sangre >100 células/mm³, según la frecuencia, gravedad y etiología de las agudizaciones, valorando el riesgo de neumonía.

ICS: Inhaled Corticosteroids; **LABA:** Long-Acting Beta-Agonist; **LAMA:** Long-Acting Muscarinic

Fuente: Adaptado de Miravittles M, Calle M, Molina J, et al. Actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC): tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol. 2022;58:69–81

