

21. Filippatos et al. International REgistry to assess medical Practice with lOngitudinal obseRvation for Treatment of Heart Failure (REPORT-HF): rationale for and design of a global registry. *European Journal of Heart Failure* (2015) 17, 527-533.
22. Adams KF Jr, Fonarow GC, Emerman CL, LeJemtel TH, Costanzo MR, Abraham WT, Berkowitz RL, Galvao M, Horton DP. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: rationale, design, and preliminary observations from the first 100,000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). *AmHeartJ*2005; 149:209-216.
23. Cleland JG, Swedberg K, Follath F, Komajda M, Cohen-Solal A, Aguilar JC, Dietz R, Gavazzi A, Hobbs R, Korewicki J, Madeira HC, Moiseyev VS, Preda I, van Gilst WH, Widimsky J, Freemantle N, Eastaugh J, Mason J. The EuroHeart Failure survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. *Eur Heart J.*, 2003; 24:442–463.
24. Roger VL, O'Donnell CJ. Population health, outcomes research, and prevention: example of the American Heart Association 2020 goals. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2012; 5:6-8.
25. Da Rosa et al. Registro de Insuficiencia Cardíaca CONARECXVIII. 3º Congreso Argentino de Informática y Salud, CAIS 2012. 41 JAIIO - CAIS 2012 - ISSN: 1853-1881 – Página 132.

## Anexo 1

Material educativo de apoyo en seis clases para el paciente y sus cuidadores. Puede descargar el contenido de material educativo en el siguiente link: <http://www.clinicabiblica.com/index.php/es/pacientes/programa-de-insuficiencia-cardiaca>.



Primer Consenso Centroamericano y El Caribe de Sociedades de Cardiología para el diagnóstico y manejo de la Falla Cardíaca  
Clínica de Falla Cardíaca y El Registro Centroamericano y El Caribe de Falla Cardíaca  
*M. Speranza Sánchez, et al.*

## Anexo 2

### Cuestionario sobre la insuficiencia cardíaca (Kansas City) (KCCQ-12)

Las siguientes preguntas se refieren a la **insuficiencia cardíaca** y cómo puede afectar su vida. Por favor, lea y conteste las siguientes preguntas. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Por favor, elija la respuesta que corresponda mejor a su situación.

1. La **insuficiencia cardíaca** afecta a las personas de diferentes maneras. Algunas sienten más la falta de aire mientras que otras sienten más la fatiga. Por favor, indique en qué medida la **insuficiencia cardíaca** (por ejemplo, falta de aire o fatiga) ha limitado su capacidad para realizar las siguientes actividades durante las últimas 2 semanas.

Por favor, marque con una X un cuadrado en cada línea

Actividad	Extremadamente limitado/a	Bastante limitado/a	Moderadamente limitado/a	Ligeramente limitado/a	Nada limitado/a	Limitado/a por otras razones o no realicé esta actividad
a. Ducharse/bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Caminar una cuadra en terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Correr o apresurarse (como para alcanzar el autobús)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántas veces tuvo **hinchazón** de los pies, tobillos o piernas al despertarse en la mañana?

Todas las mañanas	3 o más veces por semana pero no todos los días	1-2 veces por semana	Menos de una vez por semana	Nunca en las últimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Durante las últimas 2 semanas, en promedio, ¿cuántas veces la **fatiga** ha limitado su capacidad para hacer lo que desea?

Todo el tiempo	Varias veces al día	Al menos una vez al día	3 o más veces por semana pero no todos los días	1-2 veces por semana	Menos de una vez por semana	Nunca en las últimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Durante las últimas 2 semanas, en promedio, ¿cuántas veces la **falta de aire** ha limitado su capacidad para hacer lo que desea?

Todo el tiempo	Varias veces al día	Al menos una vez al día	3 o más veces por semana pero no todos los días	1-2 veces por semana	Menos de una vez por semana	Nunca en las últimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Durante las últimas 2 semanas, en promedio, ¿cuántas veces se ha visto obligado/a a dormir sentado/a en un sillón o apoyado/a en por lo menos 3 almohadas al sentir que le **falta el aire**?

Todas las noches	3 o más veces por semana pero no todas las noches	1-2 veces por semana	Menos de una vez por semana	Nunca en las últimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Durante las últimas 2 semanas, ¿en qué medida la **insuficiencia cardíaca** ha limitado su capacidad para disfrutar de la vida?

<b>Extremadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Ligeramente</b>	<b>Para nada</b>
<input type="checkbox"/>				

7. Si tuviera que vivir el resto de su vida con **insuficiencia cardíaca** tal como la padece en este momento, ¿cómo se sentiría al respecto?

Completamente insatisfecho/a	Bastante insatisfecho/a	Algo satisfecho/a	Bastante satisfecho/a	Completamente satisfecho/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ¿Qué tanto afecta la **insuficiencia cardíaca** su estilo de vida? Por favor, indique en qué medida la **insuficiencia cardíaca** puede haber limitado su participación en las siguientes actividades durante las últimas 2 semanas.

Por favor, marque con una **X** un cuadrado en cada línea

Actividad	Extremadamente limitado/a	Bastante limitado/a	Moderadamente limitado/a	Ligeramente limitado/a	Nada limitado/a	Limitado/a por otras razones o no realicé esta actividad
a. Pasatiempos, actividades recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Trabajar o hacer tareas de la casa en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ir a visitar a familiares o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo 3

Aplicación para el Registro de Falla Cardíaca.



## Registro de Insuficiencia Cardiaca

Identificación:




Cargar

Edad:  años

Sexo:  Femenino  Masculino

Raza de origen:  Blanca  Negra  Latinoamericana  Asiática

### Antecedentes Personales Patológicos y No Patológicos

Provincia:

- San José  
 Heredia  
 Puntarenas

- Alajuela  
 Limón

- Cartago  
 Guanacaste

Antecedentes:

Sí

Sin APP conocidas

No se cuenta con el dato

Detalle de Antecedentes:

- HTA  
 Dislipidemia  
 Alcohollismo

- DM Tipo 2  
 Tabaquismo  
 Drogas ilícitas

- Sedentarismo  
 DM Tipo 1

Comorbilidades:

Sí

Sin Comorbilidades conocidas

No se cuenta con el dato

Detalle Comorbilidades:

- IRC  
 Vasculopatía  
 EPOC  
 Angina estable  
 Cáncer

- Enfermedad Tiroidea  
 Fibrilación atrial crónica  
 SCA  
 Bypass coronario  
 Anemia

- CRT-Def  
 Angioplastia  
 AVC  
 Reemplazo valvular

### Antecedentes de la enfermedad actual

Síntomas de arriba:

Sí

No

Detalle Síntomas de arriba:

- Disnea  
 Fatiga  
 Bendopnea  
 Palpitaciones

- Tos  
 Angina  
 Nicturia  
 Síncope

- Edemas  
 Ortopnea  
 Asintomático

Hospitalización anterior por IC:

Sí

No

Hospitalizaciones por IC (en los últimos 12 meses):

Clasificación Funcional:

I

II

III

Etapas de HFSA- ACC/AHA:

A  
 D

B

C

Valoración previa de la FVT:

Sí

No

FEVI:

<= 25%  
 46 - 54%

26 - 35%  
 >= 55%

36 - 45%  
 No tiene

Etiología de la IC:

- Genética  
 Isquémica  
 Valvular  
 Metabólica

- Hipertensiva  
 Idiopática  
 Congénita  
 Desconocida

- Chagásica  
 Tóxica  
 Periparto  
 Otra

### Medicación Previa

Medicación Previa:

Sí

No

Detalle Medicación Previa:

Furosemda

Tiazidas

Estatinas

Digoxina

ECA/ARA2

Ivabradina

Vasodilatadores

Antiagregantes plaquetarios

Anticoagulantes

Sacubitril / Valsartán

Amiodarona

Espironolactona/Eplerenone

Betabloqueadores

Trimetazidina

Dispositivos previos:

Sí

No

Detalle Dispositivos previos:

MPD unicameral

CDI

MPD bicameral

Desconocido

Resincro

### Forma de presentación

Detalle:

Choque

Estable

EAP

Congestión venosa sistémica

Saturación de Oxígeno:

< 92

> 92

No se tienen datos

Factor de descompensación:

Sí

No tiene

Detalle Factor de descompensación:

Infección

Abandono de tratamiento

Progresión de la enfermedad

HTA no controlada

Tratamiento insuficiente

Transgresión alimentaria

Arritmia

Isquemia

PAS:

< 85 mmHg

> 140 mmHg

85 - 115 mmHg

No tiene

116 - 140 mmHg

FC:

< 50 lpm

51 - 69 lpm

70 - 89 lpm

Rx de tórax:

Normal

Detalle

No se tienen datos

Detalle Rx de tórax:

Cardiomegalia

Congestión hilar

Derrame pleural

ECG:

Sinusal

Fibrilación atrial

Marcapaso

QRS:

Angosto

Marcapaso

BCRI

Trastorno inespecífico

BCRD

### ECO IV actual

ECO IV actual:

Sí

No se tienen datos

Valvulopatías:

Sí

No

No se tienen datos

FEVI:

<= 25%

46 - 54%

26 - 35%

>= 55%

36 - 45%

DDVI:

<= 53 mm

No se tienen datos

54 - 65 mm

>= 66 mm

Diástole:

Normal

Retardo

Restrictivo

### Laboratorios

Hb:

<= 12 mg/dl

> 12 mg/dl

No se tienen datos

Creatinina:

<= 1,9 mg/dl

>= 2 mg/dl

No se tienen datos

K<sup>+</sup>:

< 3,5 mEq/L

3,5 - 5 mEq/L

> 5 mEq/L

No se tienen datos

Na<sup>+</sup>:

< 135 mEq/L

> 135 mEq/L

No se tienen datos

Urea:

< 25 mg/dl

> 25 mg/dl

No se tienen datos

Troponina:

< 0,03 ng/L

> 0,03 ng/L

No se tienen datos

BNP:

Sí

No

Valor BNP:

NT-proBNP:

Sí

No

Valor NT-proBNP:

Glicemia:

< 100 mg/dl

100 - 140 mg/dl

> 140 mg/dl

No se tienen datos

Leucocitos:

< 5000 /mm<sup>3</sup>

5000 - 12000 /mm<sup>3</sup>

> 12000 /mm<sup>3</sup>

No se tienen datos

Pertenencia a programa hospitalario de IC:

Sí

No

Registro de muerte:

Sí

No

Detalle Registro de Muerte:

CV

No CV

Otras

Tipo CV:

Muerte súbita

Empeoramiento de IC

Este paciente fue atendido en:

Seguro Social

Medicina Privada

Mixto

### Confirmación Censo

Finalizar Censo:

De acuerdo

Inicio Reportes Usuario: Admin Cambiar Contraseña

Sí  No

Valor NT-proBNP:

1

Glicemia:

< 100 mg/dl  100 - 140 mg/dl  > 140 mg/dl

No se tienen datos

Leucocitos:

< 5000 /mm<sup>3</sup>  5000 - 12000 /mm<sup>3</sup>  > 12000 /mm<sup>3</sup>

No se tienen datos

Pertenencia a programa hospitalario de IC:

Sí

Registro de muerte:

Sí

Detalle Registro de Muerte:

CV  No CV  Otras

Tipo CV:

Muerte súbita  Empeoramiento de IC

Este paciente fue atendido en:

Finalizar encuesta

⚠ ¿Qué desea realizar?

[Guardar y Finalizar Luego](#) [Guardar y Enviar](#)

Buscar Paciente

Digite el dato a buscar:

Identificación Nombre Primer Apellido

Sel.	Identificación	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

Sel.	Fecha	Usuario	Estado

Inicio Reportes Usuario: Administrador Del Sistema Cambiar Contraseña

Informes Registro de Insuficiencia Cardiaca

Filtros:  General  Rango Fechas