

# Insuficiencia Cardíaca (IC)

Paciente con diagnóstico de IC<sup>1</sup> (estadios C, D de AHA/ACC)<sup>2</sup>

**Evaluar**

¿Está filiada la causa de insuficiencia cardíaca?  
 ¿Tiene al menos un ecocardiograma realizado?  
 ¿La situación clínica indica derivación?

- Inestabilidad clínica y/o
- Dificultades para iniciar o conseguir tto. adecuado y/o
- Pacientes candidatos a terapias avanzadas (trasplante, resincronización, etc...):
  - QRS ancho y/o
  - menor de 60 años y/o
  - angor limitante

IC filiada y estudiada en paciente sin criterios de derivación clínicos

**Atención Primaria**

Revisiones periódicas en función de Clase Funcional (CF) y estabilidad<sup>3</sup>

1. Prevención secundaria de FRCV y ECV<sup>4</sup>
2. Educación y autocuidado<sup>8</sup>
3. Evaluar CF y estabilidad<sup>3</sup>
4. Control del tratamiento y modificación si precisa
5. Controles analíticos periódicos, especialmente si alta reciente, insuficiencia renal, anemia, altas dosis de diuréticos, inicio o cambio de tto con IECA, ARA II, BB, AA
6. ECG anual
7. Seguimiento y control del resto de comorbilidades del paciente según criterio médico
8. Rx tórax sólo si indicación clínica
9. Evaluar criterios de derivación<sup>5</sup>

**Atención Primaria**

Valorar solicitar cuidados paliativos a domicilio (recomendación a A.P.)

IC de causa no filiada o sin ecocardiograma

**Cardiología**

1. Estudio morfofuncional (ETT)
2. Dg. etiológico y funcional de IC (FEVI, f. diastólica)
3. Iniciar tratamiento y optimización hasta dosis máxima tolerada
4. Derivar a consultas monográficas los candidatos a terapias avanzadas
5. Educación y autocuidado<sup>6</sup>

IC filiada y estudiada en paciente con criterios de derivación clínicos

**Cardiología**

1. Evaluar indicación de ingreso
2. Detectar factores desencadenantes
3. Evaluar necesidad de estudio morfofuncional
4. Optimizar farmacoterapia
5. Tratamientos adicionales

- Inestabilidad clínica.
- Dificultades para conseguir tto. adecuado
- Pacientes candidatos a terapias avanzadas (trasplante, resincronización, etc...):
  - QRS ancho y/o
  - menor de 60 años y/o
  - angor limitante

Si CF III-IV y situación terminal

<sup>1</sup> Anexo I (página 9): Pacientes objetivo: definición de insuficiencia cardíaca

<sup>2</sup> Anexo II (página 10): Estadios de IC (AHA/ACC)

<sup>3</sup> Anexo III (página 11): CF: Clasificación Funcional de NYHA. Recomendación sobre la periodicidad de las visitas de seguimiento de IC en Atención Primaria según CF y estabilidad

<sup>4</sup> La prevención de secundaria de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y enfermedades cardiovasculares (ECV) se basará en los protocolos establecidos por la cartera de servicios de Atención Primaria.

<sup>5</sup> Se aportarán pruebas complementarias a criterio del médico de atención primaria

<sup>6</sup> Anexo IV (página 12): Aspectos fundamentales en la educación del paciente con IC, con habilidades asociadas y comportamientos de autocuidado apropiados

## ANEXO I: Definición de Insuficiencia Cardíaca (IC)

**Síndrome clínico** con las siguientes características:

- 1. Síntomas típicos de IC:** disnea con esfuerzo/reposo, fatigabilidad, cansancio, edema maleolar
- 2. Signos típicos de IC:** taquicardia, taquipnea, crepitantes, derrame pleural, PVY alta, edema periférico, hepatomegalia
- 3. Evidencia objetiva de anomalía cardíaca estructural y/o funcional en reposo:** cardiomegalia, S3, soplo cardíaco, anomalía en ecocardiograma, elevación de péptidos natriuréticos

*Fuente: ESC guidelines. Eur Heart J 2008;29:2388-442.*

## ANEXO II: Estadios de IC (AHA/ACC)

**Etapa A:** Pacientes en alto riesgo de desarrollar IC, sin anomalía estructural aparente.

**Etapa B:** Pacientes asintomáticos, con anomalía estructural ( antecedentes de IAM, Baja Fracción de Eyección, Hipertrofia Ventricular Izquierda, Enf. Valvular Asintomática).

**Etapa C:** Pacientes sintomáticos, con anomalía estructural.

**Etapa D:** Pacientes sintomáticos, con anomalía estructural, refractarios al tratamiento estándar.

**Clasificación Funcional**

- Clase funcional I:** Actividad ordinaria sin síntomas. No hay limitación de la actividad física
- Clase funcional II:** Ligera limitación de la actividad física, apareciendo síntomas (disnea, palpitaciones, fatiga) con esfuerzos habituales
- Clase funcional III:** Marcada limitación de la actividad física por aparición de síntomas con esfuerzos menores a los habituales
- Clase funcional IV:** Síntomas al menor esfuerzo o en reposo, incapacidad para realizar cualquier actividad física

**Plazos de seguimiento de pacientes con IC en consulta de Atención**

**Primaria en función de la Clase Funcional NYHA:**

1. Para pacientes con CF I-II, revisión anual.  
Si a los 2 años del diagnóstico, la FEVI está recuperada (>50%), ALTA
2. Si el paciente estuvo en CF III en algún momento de su evolución, revisión cada 6 meses.

**ANEXO IV: Aspectos fundamentales en la educación del paciente con IC, con habilidades asociadas y comportamientos de autocuidado apropiados**

<b>Aspectos educativos</b>	<b>Habilidades y comportamientos buscados</b>
<b>Definición y etiología de la IC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprensión de la causa de la enfermedad y el origen de los síntomas.</li> </ul>
<b>Signos y síntomas de IC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización y reconocimiento de signos y síntomas de IC.</li> <li>• Pesaje diario y vigilancia de ganancias bruscas.</li> <li>• ¿Cuándo es preciso contactar con el MAP?</li> <li>• Autocontrol de dosis de diuréticos.</li> </ul>
<b>Tratamiento farmacológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprensión de indicaciones, dosis y efecto de los fármacos.</li> <li>• Reconocimiento de principales efectos secundarios.</li> </ul>
<b>Control de factores de riesgo</b>	<p>Comprensión de la importancia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstinencia tabáquica.</li> <li>• Control adecuado de T.A. si hipertenso.</li> <li>• Control adecuado de glucemia si DM.</li> <li>• Evitar obesidad.</li> </ul>
<b>Recomendaciones dietéticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restricción de sodio en la dieta si precisa.</li> <li>• Evitar ingesta excesiva de líquidos.</li> <li>• Ingesta moderada de alcohol.</li> <li>• Vigilancia y prevención de malnutrición.</li> </ul>
<b>Recomendaciones sobre actividad física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tranquilizar al paciente respecto al riesgo asociado al ejercicio físico adecuado.</li> <li>• Comprensión de los beneficios asociados.</li> <li>• Importancia de la realización regular de ejercicio.</li> </ul>
<b>Actividad sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tranquilizar al paciente respecto al riesgo asociado a la actividad sexual, empatía con el paciente para discutir problemática.</li> <li>• Comprensión de problemas sexuales específicos y estrategias de solución.</li> </ul>
<b>Inmunizaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunación anual de gripe y neumococo.</li> </ul>
<b>Trastornos del sueño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprensión de la importancia de medidas preventivas (reducción de peso, abandono del tabaco y alcohol).</li> <li>• Opciones de tratamiento si precisa.</li> </ul>
<b>Adherencia al tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprensión de la importancia de seguir las recomendaciones terapéuticas y el plan de tratamiento, mantenimiento de la motivación.</li> </ul>
<b>Aspectos psicosociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entender que síntomas depresivos y disfunciones cognitivas son frecuentes en la IC, así como la importancia del apoyo social.</li> <li>• Posibilidades de tto. o apoyo en su caso.</li> </ul>
<b>Pronóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprensión del pronóstico, para una toma de decisiones realista.</li> <li>• Búsqueda de apoyo psicosocial si precisa.</li> </ul>