

SEGUIMIENTO TRAS ALTA HOSPITALARIA

TIEMPO		< 7 DÍAS	7-15 DÍAS	30 DÍAS	2 MESES	4 MESES	SEGUIMIENTO AMBULATORIO SEGÚN RIESGO DEL PACIENTE	
QUIÉN*		Enf AP	Médico AP +/- Enf	Médico AP	Enf AP	Médico AP		
QUÉ	Identificar descompensación	✓	✓	✓	✓	✓		
	Educación	✓	✓	✓	✓	✓		
	FC, PA, peso, ECG*	✓	✓	✓	✓	✓		
	Analítica		✓ Titulación	✓ Completa		✓ Completa		
	Optimizar tto	✓	✓	✓	✓			
ETT						✓ (tras TMO)		

*ECG: si se ajusta tto bbloq o el paciente refiere mareos
Analítica titulación: función renal + iones + NTproBNP
// Analítica completa: hemograma + titulación + perfil hepático + feritina + IST (valorar CA 125) //

*En paciente en seguimiento en UIC hospitalaria, alternar visitas entre AP y UIC.

SEGUIMIENTO EN PACIENTE AMBULATORIO

Paciente de bajo riesgo de descompensación

- NYHA I-II sin ingresos en los 12 meses previos
- Tratamiento optimizado

Paciente de alto riesgo de descompensación

- NYHA III-IV
- Ingreso reciente por descompensación
- Comorbilidades graves
- Elevada fragilidad
- Descargas frecuentes o recientes de DAI
- IC de inicio reciente
- Proceso de titulación de fármacos

BAJO RIESGO	Revisión cada 3-6 meses en AP y anual en cardiología / MI
BAJO RIESGO (UIC)	Revisión cada 3 meses, alternando AP y Cardiología UIC /UMIPIC
ALTO RIESGO	Revisión cada 1-3 meses en AP y cada 3-6 en cardiología /MI
ALTO RIESGO (UIC)	Seguimiento estrecho en la Unidad de IC , cuando estén estable, se pasaría al grupo de bajo riesgo
PACIENTES CON FALLO PREDOMINANTEMENTE DERECHO	Revisión en AP cada 15-30 días y en Cardiología / MI cada 1-2 meses hasta estabilización , y luego pasar a esquema de alto riesgo o situación avanzada/terminal según evolución
PACIENTES EN SITUACIÓN MUY AVANZADA/TERMINAL Y/O INCLUIDOS EN PROGRAMAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA	Seguimiento domiciliario por AP con apoyo telefónico desde la Unidad de IC / Cardiología / MI y alguna visita presencial si se considera muy necesario (aunque no suele hacer falta). Valorar ESAD u Hospitalización Domiciliaria

Bibliografía

*Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. T.A. McDonagh et al. / Rev Esp Cardiol. 2022;75(6):523.e1-523.e114.

*2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. .A. McDonagh et al. / European Heart Journal, Volume 44, Issue 37, 1 October 2023, Pages 3627-3639.

*Abordatge de la insuficiència cardíaca des d'Atenció Primària. Corredor Ibáñez MT, Llord Bové M, Morcillo Salamanca M, Planas Sanchez ML, Soto Romero A, Taltavull Aparicio JM et al. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, 2023.

*Advances in Management of Heart Failure. P. Heidenreich, A. Sandhu. BMJ 2024;385:e077025 .

*Frailty syndrome and self-care ability in elderly patients with heart failure. Uchmanowicz, I., Wleklík, M., & Gobbens, R. J. (2015). Clinical interventions in aging, 871-877.

*2023 ACC Expert Consensus on Management of HFpEF. Kittleson, M. M., et al. Journal of the American College of Cardiology, 81(18), 1835-1878.

*2021 Prevention and Reversal of Frailty in Heart Failure. Aili, S. R., et al. Circulation Journal, 86(1), 14-22.

Autores

A. M. Sahuquillo Martínez, A. Lebreault Polanco, F. García Romanos, M. N. Mendieta Lagos, J. Roca Pujol, M. A. Ribot Sanso, N. Ribas Piza, M. Fullana Bassa.

Abreviaturas

HTA: hipertensión arterial; **EEII:** extremidades inferiores; **ECG:** electrocardiograma; **IC:** insuficiencia cardíaca; **RS:** ritmo sinusal; **FA:** fibrilación auricular; **ETT:** ecocardiograma transtorácico; **FEVI:** fracción de eyección del ventrículo izquierdo; **iSGLT2:** inhibidor del co-transportador de sodio y glucosa tipo 2; **ARNI:** Inhibidor de la neprilisina y de receptor de angiotensina II; **IECA:** inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina; **BB:** Beta bloqueante; **Bbloq:** Beta bloqueante; **ARM:** antagonista de los receptores de los mineralocorticoides; **ARAI:** antagonistas de los receptores de la angiotensina II; **CV:** cardiovascular; **TFGe:** tasa de filtrado glomerular estimado; **FG:** tasa de filtrado glomerular estimado; **K+:** potasio; **FC:** frecuencia cardíaca; **IST:** Índice de saturación de transferrina; **TMO:** tratamiento médico óptimo; **VExUS:** venous excess ultrasound score; **DPN:** disnea paroxística nocturna; **ERC:** enfermedad renal crónica; **HCTZ:** hidroclorotiazida; **Ap:** Atención Primaria; **UIC:** Unidad de Insuficiencia Cardíaca; **Enf:** enfermería, **PA:** presión arterial; **TTO:** tratamiento; **NYHA:** New York Heart Association; **DAI:** desfibrilador automático implantable; **MI:** medicina interna; **UMIPIC:** unidad de Medicina Interna de insuficiencia cardíaca preservada; **ESAD:** equipo de soporte de Atención Domiciliaria; **SEC:** Sociedad Española de Cardiología.

Guía rápida de actuación en insuficiencia cardíaca crónica

Diagnóstico, tratamiento y seguimiento

DL PM 00591-2024

Guía rápida de actuación en insuficiencia cardíaca crónica

Diagnóstico, tratamiento y seguimiento

Grupo de Trabajo Multidisciplinar de Insuficiencia Cardíaca de Baleares

Proyecto liderado por la Unidad de Insuficiencia Cardíaca Comunitaria del Hospital de Manacor. Unidad avalada con el certificado SEC Excelente.

Con el aval de:



DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

HISTORIA CLÍNICA:

- Historia de cardiopatía isquémica
- Historia de HTA
- Exposición a cardiotóxicos/radiación
- Uso de diuréticos
- Ortopnea/disnea paroxística nocturna

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Estertores
- Edema bilateral EEII
- Soplo cardíaco
- Ingurgitación yugular
- Latido apical desplazado/ampliado lateralmente

ECG: Cualquier anomalía

0 ítems

1 o más ítems

NT-proBNP

< 125 pg/ml (RS)
< 365 pg/ml (FA)

≥ 125 pg/ml (RS)
≥ 365 pg/ml (FA)

Descarta IC
buscar otras causas de disnea

Sospecha IC
remite a Cardiología

Remite de forma preferente si:

- Personas < 50 años: > 450 pg/ml.
- Personas 50 - 75 años: > 900 pg/ml.
- Personas > 75 años: > 1800 pg/ml.

Ecocardiograma transtorácico

Descarta IC
buscar otras causas de disnea

Confirma IC

FEVI reducida ≤ 40%

FEVI ligeramente reducida 41-49%

FEVI preservada ≥ 50%

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

DIURÉTICOS (individualizar según grado de congestión)

TRATAMIENTO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD

FEVI reducida ≤ 40

Clase I: ISGLT2, ARNI/IECA, Bbloq, ARM

FEVI ligeramente reducida 41-49%

Clase I: ISGLT2; Clase IIb: ARNI/IECA/ARA-II, Bbloq, ARM

4 Terapias en 4 semanas
(BBloq, ARNI/IECA, ARM, ISGLT2)

COMENTARIOS:

1. Personalizar secuencia de inicio de fármacos según perfil del paciente (PA, FC, FG, K+, comorbilidades)
2. Empezar con una dosis baja de BB/ARNI/IECA y aumentar cada 2 semanas hasta la dosis máxima o dosis máxima tolerada después de haber introducido las 4 terapias fundamentales
3. Asegurar suspensión de IECA 36h antes de iniciar ARNI

FEVI preservada ≥ 50%

Clase I: ISGLT2

OTROS TRATAMIENTOS A TENER EN CUENTA

FA: anticoagulación +/- digoxina

RS con FC > 70 lpm: ivabradina

Ferropenia (IST <20%): carboximaltosa férrica

Descompensaciones a pesar de TMO: vericiguat

Rehabilitación - ejercicio físico (clase IA)

Anticipar efectos adversos

(ARNI/IECA, ARM, ISGLT2, diuréticos)

Hipotensión

- a. Evaluar el estado del volumen y la dosis de diuréticos.
- b. Valorar espaciar los medicamentos durante el día.
- c. Interrumpir las terapias que no ofrecen beneficios CV.

Disminución TFGe

Anticipar un descenso temprano del a TFGe (20%) que se recuperará y estabilizará con el tiempo.

Hiperpotasemia

Considerar quelantes de K+ (ej. resinas, patiromer y ciclosilicato de circonio sódico).

Hiponatremia

Vigilar en ancianos y pacientes en tto con diuréticos tiazídicos.

Consideraciones en paciente anciano (>75 años)

- Clínica atípica. Valorar fragilidad.
- Tendencia a la hipotensión y bradicardia (**titular con dosis mínimas introduciendo los fármacos uno por uno**, valorar astenia tras BBloq).
- **Asegurar la ingesta de agua** (1.5L/día aprox) para evitar deshidratación, infecciones urinarias, estreñimiento e hipotensión.
- Evitar diuréticos > 18:00h: reduce la adherencia, produce incontinencia urinaria nocturna, aumenta el insomnio y el riesgo de caídas.

DESCOMPENSACIONES: DIAGNÓSTICO

IDENTIFICAR DESCOMPENSACIÓN

- Ganancia de peso rápida: más de 1Kg día durante 2-3 días o 3 kg en 1 semana
- Edemas maleolares
- Aumento del perímetro abdominal
- Disminución de la diuresis
- Aumento de la disnea habitual
- Ortopnea/Disnea paroxística nocturna
- Tos seca persistente
- Dolor torácico
- Síncope, mareos y palpitaciones

Ecografía congestión:

- Eco pulmonar: Mínimo 3 líneas B en más de dos áreas y línea pleural normal
- Eco VExUS: VCI > 20 mm, flujo vena suprahepáticas, pulsabilidad vena porta y venas renales

VALORAR GRADO DE DESCOMPENSACIÓN

Descompensación ligera:

- Disnea de esfuerzos moderados
- Ortopnea 20-30°
- Crepitantes en 1/3 inf bilateral
- Eco pulmonar: líneas B en bases
- Eco VEXUS: 0-1

Descompensación moderada:

- Disnea a mínimos esfuerzos
- Intolerancia al decúbito, DPN
- Hipofonesis +/- crepitantes en < 1/2 inf bilateral
- Eco pulmonar: líneas B difusas, derrame pleural
- Eco VEXUS: 2-3

Descompensación grave / alto riesgo:

Disnea de reposo, hipoperfusión periférica (sudoración fría, acrocianosis, palidez, disminución de la diuresis, hipotensión arterial), anasarca, síncope, angor, taquicardia / bradicardia mal tolerada, crisis hipertensiva sin respuesta al tratamiento.

Si descompensación grave remitir Urgencias Hospital

DESCOMPENSACIONES: TRATAMIENTO

Tratamiento previo con diurético de asa

SI

Furosemida:
doblar dosis previa

NO

Furosemida 40-120 mg/día
* valorar dosis más altas o prolongar tto en descompensación moderada o ERC

Mala respuesta

Signos de alto riesgo

SI

NO

Valorar añadir 3er diurético (p.ej: clortalidona, HCTZ, acetazolamida)

Mala respuesta

Buena respuesta

Pauta descendente hasta dosis mínima necesaria / dosis de mantenimiento

Urgencias Hospital