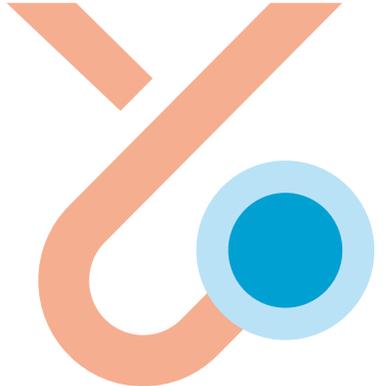




PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA: PLANIFICACIÓN ESTRUCTURADA AMBULATORIA

José Manuel Cerqueiro, Álvaro González Franco, Oscar Aramburu, José Carlos Arévalo, José Luis Arias, Manuel Beltrán, Marga Carrera, Jesús Casado, María Pilar Chaos González, David Chivite, Alicia Conde, Pilar Cubo, Melitón Dávila, Chema Fernández, Francesc Formiga, Eva García Marina, Almudena Herrera, Pau Llácer, Manuel Lorenzo Reboiro, Eduardo Martínez Litago, Manuel Méndez, Esther Montero, Manuel Montero, José Luis Morales Rull, María Pumares, Prado Salamanca, Teresa Sánchez Vidal, José Ángel Satué, José Pérez Silvestre, Llanos Soler, Raúl Quirós, Joan Carles Trullàs, Luis Manzano.



GESTIÓN ASISTENCIAL DE LA IC CRÓNICA

- **1. PRIMERA CONSULTA**
Alicia Conde, Almudena Herrera, Manuel Beltrán
- **2. CONSULTA PROGRAMADA**
Chema Fernandez, Manuel Montero, Manuel Lorenzo Reboiro
- **3. CONSULTA NO PROGRAMADA**
Llanos Soler, Raúl Quirós, Teresa Sánchez Vidal
- **4. CONSULTA POSTALTA**
José Angel Satué, Eduardo Martínez Litago, Melitón Dávila
- **5. COORDINACIÓN CON PRIMARIA Y OTRAS ESPECIALIDADES**
Pau Llácer, José Carlos Arévalo, Marga Carrera
- **6. COORDINACIÓN CON UNIDAD IC AVANZADA Y PALIATIVOS**
José Luis Arias, Prado Salamanca, Oscar Aramburu

ANEXOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

- **ANEXO I. DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO Y ETIOLÓGICO DE LA IC. ALGORITMO**
Jesús Casado, Joan Carles Trullàs
- **ANEXO II. FACTORES DE DESCOMPENSACIÓN. PRINCIPALES COMORBILIDADES Y SU IMPLICACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. ALGORITMO**
Manuel Méndez, José Luis Morales Rull
- **ANEXO III. TRATAMIENTO ÓPTIMO. ALGORITMO**
Francesc Formiga, David Chivite
- **ANEXO IV. CUIDADOS Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE POR ENFERMERÍA. ALGORITMO**
Eva García Marina, María Pumares, María Pilar Chaos González

DECÁLOGO

- **DECÁLOGO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON IC CRÓNICA**
Coordinadores: Luis Manzano, Alvaro González Franco, José Manuel Cerqueiro
Enfermería: Eva García Marina, María Pumares, María Pilar Chaos González

GESTIÓN ASISTENCIAL DE LA IC CRÓNICA

1. PRIMERA CONSULTA

1. ANTECEDENTES SOCIALES

Procedencia: Hospitalización Urgencias AP

Datos de AP: CS MAP Enfermera

Seguimiento por especialidades independientes de AP

(indicar cada una de las especialidades): _____

Grado de dependencia: Leve Moderado Severo

Disponibilidad de apoyo social: Sí No

2. ANTECEDENTES CV Y COMORBILIDADES

FRV: DM HTA Dislipemia Tabaquismo

Comorbilidades CV y renales:

Valvulopatía FA Enfermedad coronaria EAP Ictus ERC

Enfermedades respiratorias:

EPOC Asma Trastornos restrictivos con hipoventilación (SHO/SAOS) EPID

Hipertensión pulmonar ETEV

Otras comorbilidades:

Tiroideas Obesidad Anemia Déficit de Fe Neuropsiquiátricas

Otros antecedentes médicos y quirúrgicos: _____

Nº visitas a URG (NO por IC) último año: _____

Nº ingresos (NO por IC) último año: _____

3. TRATAMIENTO PREVIO

4. HISTORIA DE IC

Tiempo de clínica compatible: _____

Nº visitas a urgencias por IC en el último año: _____

Nº hospitalizaciones por IC en el último año: _____

Evaluación diagnóstica previa (fecha): _____

Péptidos natriuréticos Ecocardiograma Otros procedimientos

FEVI y tipo de IC: IC-FEr IC-FE_p No evaluado

Clase funcional basal NYHA: _____

GESTIÓN ASISTENCIAL DE LA IC CRÓNICA

1. PRIMERA CONSULTA

5. ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Realizar anamnesis dirigida a los síntomas de IC

Buscar sintomatología referida a su comorbilidad

Peso_____ Talla_____ PA_____ FC_____ SatO₂_____

Semiología congestiva: _____

Ecografía clínica: _____

6. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Hemograma y bioquímica sérica básica

Biomarcadores: Péptidos natriuréticos Ca 125 Troponina PCR

Perfil férrico

Hs tiroideas

Orina: Na y K Microalbuminuria

GAB (descartar hipoventilación)

ECG

Rx de tórax

Ecocardiograma

Espirometría (si procede)

Otras exploraciones (si proceden)

7. DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

Diagnóstico principal. Si IC: tipo.

Comorbilidades

Grado funcional/dependencia/estado cognitivo y afectivo

Plan de tratamiento general:

Plan de tratamiento IC (secuencia de fármacos y dosis). Si IC-FER: SAC/VAL, BB, AA, iSGLT2 si diabético

Programa educativo

Plan de seguimiento: Indicar citas y estudios próximos. Indicar contacto cuando existan signos de alarma

GESTIÓN ASISTENCIAL DE LA IC CRÓNICA

2. CONSULTA PROGRAMADA (PRESENCIAL/TELEFÓNICA)

1. EVOLUCIÓN DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA

Nº de visitas a urgencias e ingresos y sus causas: _____

Nº de atenciones no programadas con/sin rescates en HDD y sus causas: _____

Nº de rescates domiciliarios, bien por el propio paciente o por el médico de AP: _____

Nº atenciones por otras especialidades: _____

Recoger cualquier cambio de su situación social

2. ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Semiología relacionada con IC y comorbilidades

Constantes: Peso _____ TA _____ FC _____ SaTO₂ _____

Valoración ecográfica de la congestión (según disponibilidad)

En caso de consulta telefónica, reducir a las ctes domiciliarias

3. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS

Hemograma y bioquímica sérica básica

Biomarcadores: Péptidos natriuréticos Ca 125 Troponina PCR

Perfil férrico

Hs tiroideas (anualmente)

Orina: Na y K Microalbuminuria

ECG

Otros estudios (si proceden): _____

4. DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

Actualización del diagnóstico de su IC y de sus comorbilidades

Optimización del tratamiento IC (secuencia de fármacos y dosis)

Si IC-FEr: SAC/VAL, BB, AA, iSGLT2 si diabético

Adaptar el diurético a la mínima dosis necesaria

Adaptar el tratamiento de sus comorbilidades

Programa educativo: Comprobar que realiza los autocuidados correctamente. Corregir defectos y reforzar las actitudes correctas

Plan de seguimiento: Indicar citas y estudios próximos según estratificación de riesgo

GESTIÓN ASISTENCIAL DE LA IC CRÓNICA

3. CONSULTA NO PROGRAMADA

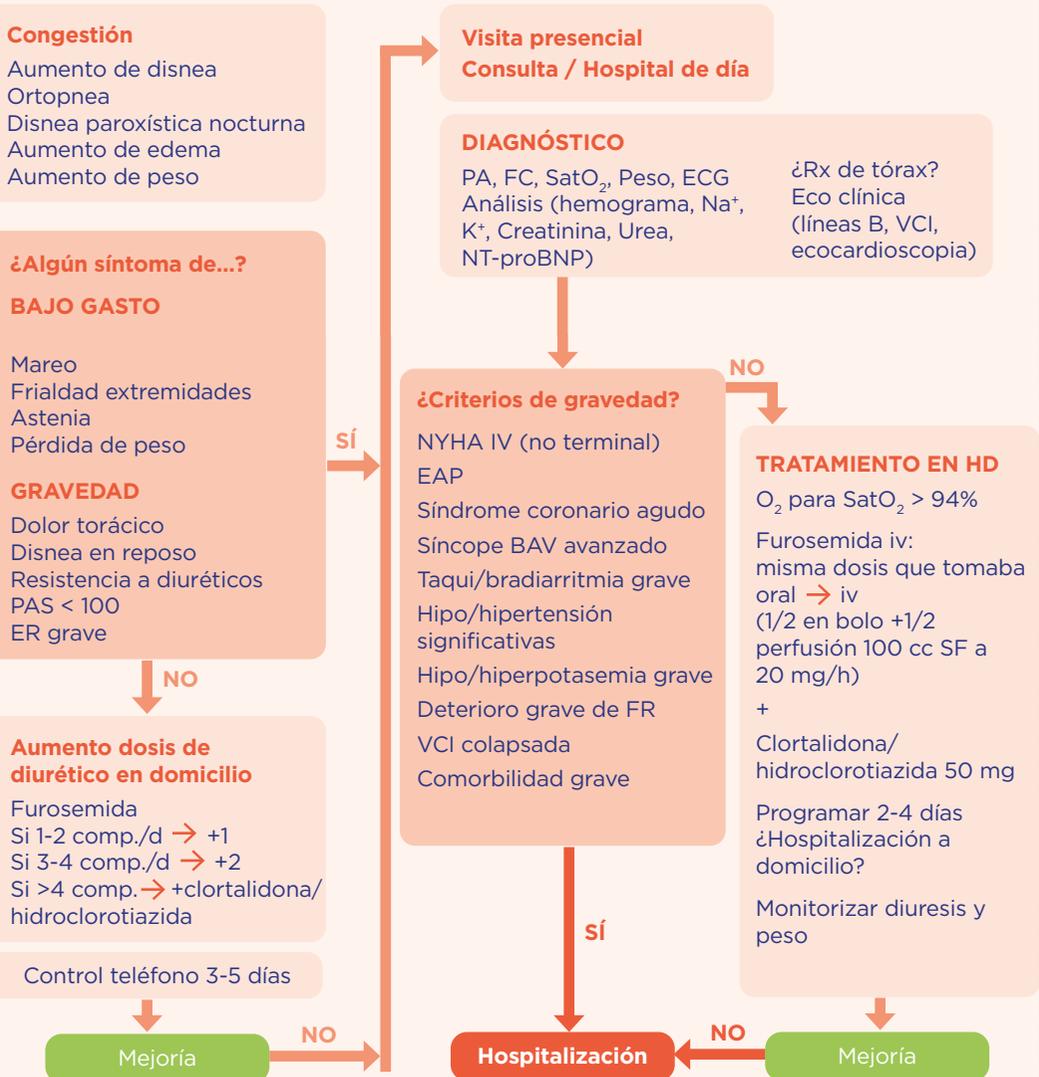
Mayoría de visitas no programadas → motivadas por congestión

✓ Suelen ser tratables de forma segura, sin requerir hospitalización.

Ventana de tiempo entre inicio empeoramiento/ingreso:

✓ Clave la educación en autocuidado del paciente para detectar los signos de “alarma” y tratar las descompensaciones de forma precoz.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN



GESTIÓN ASISTENCIAL DE LA IC CRÓNICA

3. CONSULTA NO PROGRAMADA

FACTORES DESENCADENANTES	TRATAMIENTO
Infección	Antibiótico (¿1ª dosis iv?)
Anemia	Puede requerir transfusión
Efectos secundarios	Modificar fármacos
Alteraciones hidroelectrolitos	Corregir/modificar fármacos
Tratamiento no optimizado	Programar optimización
Ascitis/derrame pleural	Paracentesis/toracocentesis
AL ALTA DEL EPISODIO, ASEGURAR...	
Paciente descongestionado Registrar peso y NT-proBNP secos Factor desencadenante corregido Comorbilidad estable	Revisar medicación Programar visita de control Programar análisis de control
VISITA NO PRESENCIAL	VISITA PRESENCIAL
Empeoramiento paciente → Contacto telefónico con enfermera → Revisión signos/síntomas	Se cita al paciente en consulta/hospital de día. Se realiza: <ul style="list-style-type: none"> • Exploración física
Congestión sin bajo gasto ni gravedad → Ajuste medicación → Aumento diuréticos	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes vitales • Análisis • ECG • Rx Tórax (en algunos casos) • Ecografía clínica (en algunos casos)
Revisión telefónica en 3-5 días → → Comprobar mejoría clínica	
Si precisa mantener ↑ dosis → programar analítica en 7-14 días para comprobar FR, Na ⁺ y K ⁺	Si existe descompensación congestiva y no hay datos de gravedad → iniciar “rescate diurético” iv <ul style="list-style-type: none"> • Dosis de furosemida: debe ser = a la que tomaba el paciente oralmente (entre 1-2 veces) pero iv. • Si > 60 mg furosemida → administrar 1/2 en bolo y 1/2 en perfusión en 100 cc de SF a pasar a 20 mg/h. • Añadir clortalidona o hidroclorotiazida 50 mg oral (si no contraindicación)
Si no mejora/presenta síntomas de bajo gasto o gravedad desde el principio → Visita presencial mismo día/ siguiente	Si el paciente ya está con dosis ↑ de diuréticos → valorar SSH Buscar/tratar factores desencadenantes. Hospitalización domicilio/programar mismo tto. iv 2-5 días → Evaluar respuesta hasta conseguir descongestión/estabilidad para pasar a tto. oral Si tto. de rescate finalizado → Programar en 7-10 días control telefónico/presencial

GESTIÓN ASISTENCIAL DE LA IC CRÓNICA

4. CONSULTA POSTALTA

Equipo de AP → en 1 semana

Equipo de IC → primeras 2 semanas

Proporcionar acceso fácil telefónico o presencial, consulta en hospital de día disponible, con revisión médica y de enfermería.

LA REVISIÓN DEBE INCLUIR:

1. ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Realizar anamnesis dirigida a los síntomas de IC

Buscar sintomatología referida a su comorbilidad

Ctes: Peso _____ TA _____ FC _____ SatO₂ _____

Exploración general

2. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Valoración ecográfica de la congestión (según disponibilidad)

Hemograma y perfil renal e iones ECG Peptidos natriuréticos (si están disponibles)

3. TRATAMIENTO Y PLANIFICACIÓN (reintervención educativa, informe revisión y optimización diuréticos)

Comprobar la toma correcta de la medicación pautada al alta

Comprobar ningún efecto adverso

Evaluación dosis diuréticos

- Utilizarlos solo en caso de congestión persistente, descompensación aguda o posible precipitante (procesos infecciosos recurrentes, previsión ingesta excesiva de sal, etc.)

Reintervención educativa:

- Conciliación terapéutica y revisión de la adherencia
- Revisión de los conocimientos del paciente y sus cuidadores sobre signos de alarma y autocuidado
- Formación sobre signos de alarma, consejos higiénico-dietéticos y fomento del autocuidado

Informe de revisión:

- Debilidades y barreras del proceso
- Optimización fcos. pendiente (en caso necesario)
- Cómo actuar en caso de signos de alarma, descompensación o si modificaciones relevantes de los ttos
- Métodos de contacto directo con la unidad de IC y responsables del paciente
- Riesgo residual del paciente y si es o no candidato a terapias avanzadas en caso de empeoramiento
- Cita prevista para la próxima revisión programada (ver apartado 2)

GESTIÓN ASISTENCIAL DE LA IC CRÓNICA

5. COORDINACIÓN CON PRIMARIA Y OTRAS ESPECIALIDADES

La atención a los pacientes con IC debe basarse en modelos de enfermedad crónica y deben ser transicionales → así se asegura la continuidad de la asistencia del paciente en los diferentes niveles asistenciales.

ESTE MODELO:

- Ha demostrado mejorar el pronóstico del paciente y su CdV, y disminuir los reingresos.
- Se basa en una sincronía entre la AP y la especializada, mediante el diseño de vías de comunicación sólidas y programas establecidos según la idiosincrasia de cada área sanitaria.
- Deben participar todos los profesionales que atienden a estos pacientes: internistas, cardiólogos, enfermeras, geriatras, MAPs, urgencias, nefrólogos, rehabilitadores, paliativos, etc.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE IC DE LA ESC:

- Recomiendan que la atención del paciente con IC se realice mediante programas multidisciplinares caracterizados por:
 - Coordinación asistencial
 - Carácter transicional
 - Integración, tanto de servicios como de niveles asistenciales

RESPONSABILIDAD PROCESO ASISTENCIAL

INTERNISTAS

- Generalmente para el anciano con pluripatología

CARDÍOLOGOS

- Generalmente para el joven con cardiopatía isquémica



PIEDRA ANGULAR: ENFERMERA GESTORA ESPECIALIZADA EN IC

Gestión del flujo del paciente a lo largo de todo el proceso asistencial (desde el ámbito hospitalario hasta la AP) → continuidad en la atención al paciente en el SS

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

- Todos los servicios que forman el equipo deben reunirse de forma periódica (cada 2 semanas) junto con la/s enfermera/s gestora/s de casos.
- Objetivo → comentar los pacientes de mayor complejidad/resolver posibles problemas de flujo del proceso asistencial.

GESTIÓN ASISTENCIAL DE LA IC CRÓNICA

6. COORDINACIÓN CON UNIDAD IC AVANZADA Y PALIATIVOS

IDENTIFICACIÓN DE IC AVANZADA

El paciente debe cumplir los 4 criterios siguientes y tener tto optimizado:

- 1. Disfunción cardíaca severa** definida como FEVI <30%, IC derecha aislada, valvulopatía no operable, cardiopatía congénita, péptidos natriuréticos persistentemente ↑, disfunción diastólica severa o anomalías de VI compatibles con IC en pacientes con FEVI >30%.
- 2. Síntomas de IC severos y persistentes (NYHA III-IV)**
- 3. Al menos 1 ingreso/visita a urgencias no planificada** en el último año debido a:
 - Episodio de congestión pulmonar o sistémica
 - Bajo gasto
 - Arritmias malignas.
- 4. Deterioro severo de la capacidad de ejercicio** valorado clínicamente, mediante test de los 6 minutos (<300m) o con ergoespirometría (pVO_2 <12-14 mL/kg/min) en el contexto de enfermedad CV.

DERIVACIÓN A CONSULTA DE IC AVANZADA

Orientada a valoración de trasplante, asistencias ventriculares o ttos avanzados:

Pacientes **<75 años sin comorbilidades** que determinen un pronóstico vital <1 año si:

- **IC avanzada a pesar de tto optimizado** (incluyendo terapia de resincronización cardíaca e implantación de DAI si están indicados).
- **NYHA II** junto con cualquiera de estas características:
 - Uso de inotrópicos previo
 - FEVI <20%
 - Intolerancia a betabloqueantes, SAC/VAL, IECA o ARA-II
 - Hiponatremia
 - >1 ingreso/visita no planificada a la consulta IC en el año previo
 - PAS <90 mmHg a pesar de ajuste de medicación
 - Deterioro de la FR o hepática por causa cardíaca
 - Arritmias ventriculares o descargas del DAI
 - Congestión persistente/necesidad de subir dosis de diuréticos

Pacientes sin criterios de derivación continuarán un seguimiento estrecho en Unidad/ Consulta de IC habitual.

CUIDADOS PALIATIVOS BÁSICOS

Deben hacerse paralelamente al tto y seguimiento convencional en **todos los pacientes** (por parte de Medicina Interna, Cardiología o AP). Los objetivos son:

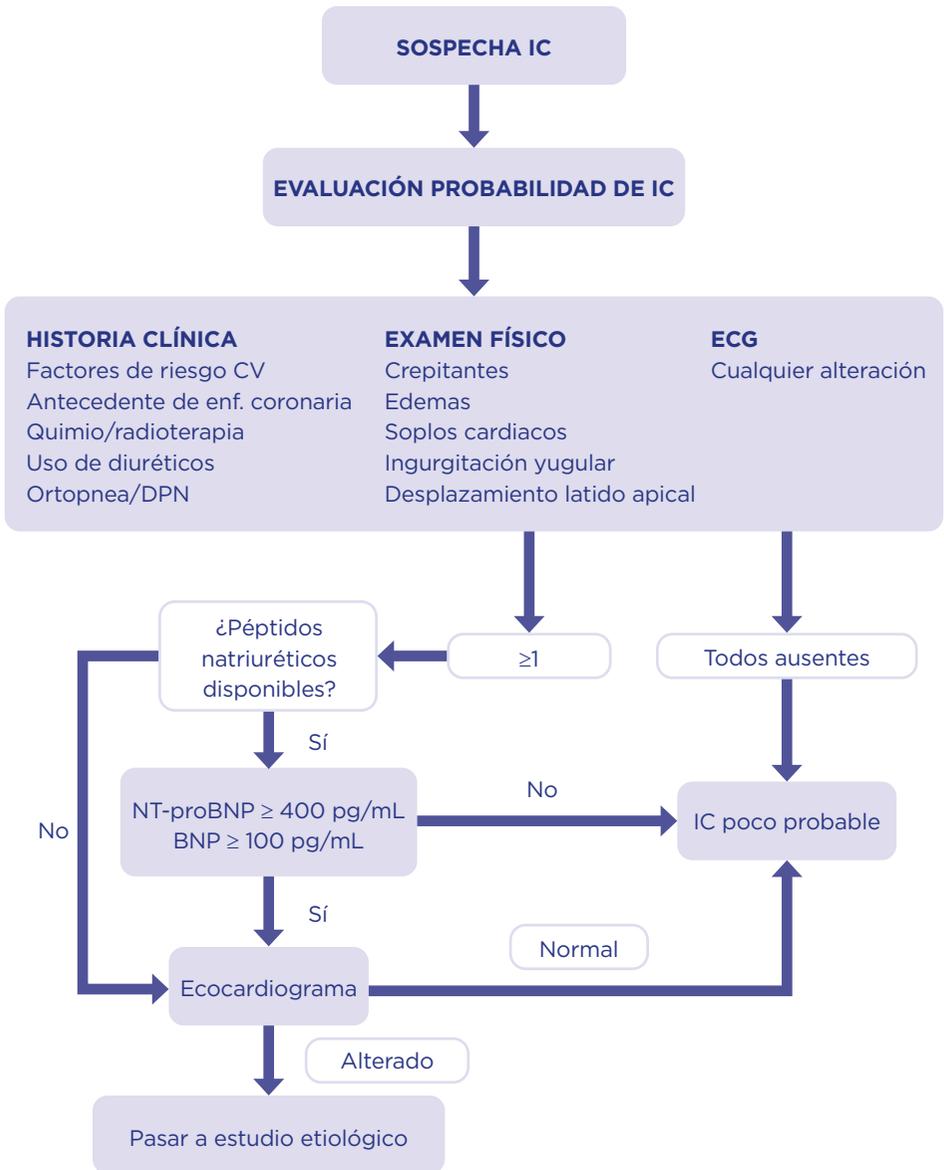
- **Control de síntomas:** añadir mórficos, benzodicepinas, antidepresivos, etc., y modificar el tto. de manera dinámica según avance la enfermedad.
- Valoración de la **situación cognitiva, funcional y emocional** del paciente.
- Evaluar la **CdV** del paciente y los cuidadores, y promover su mejora.
- Establecer un **plan avanzado de cuidados** respetando los deseos del paciente.

Consultar a Cuidados Paliativos Especializados: **NAT:PD-HF** o **Cuestionario NECPAL**

ANEXOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ANEXO I. DIAGNÓSTICO DE LA IC

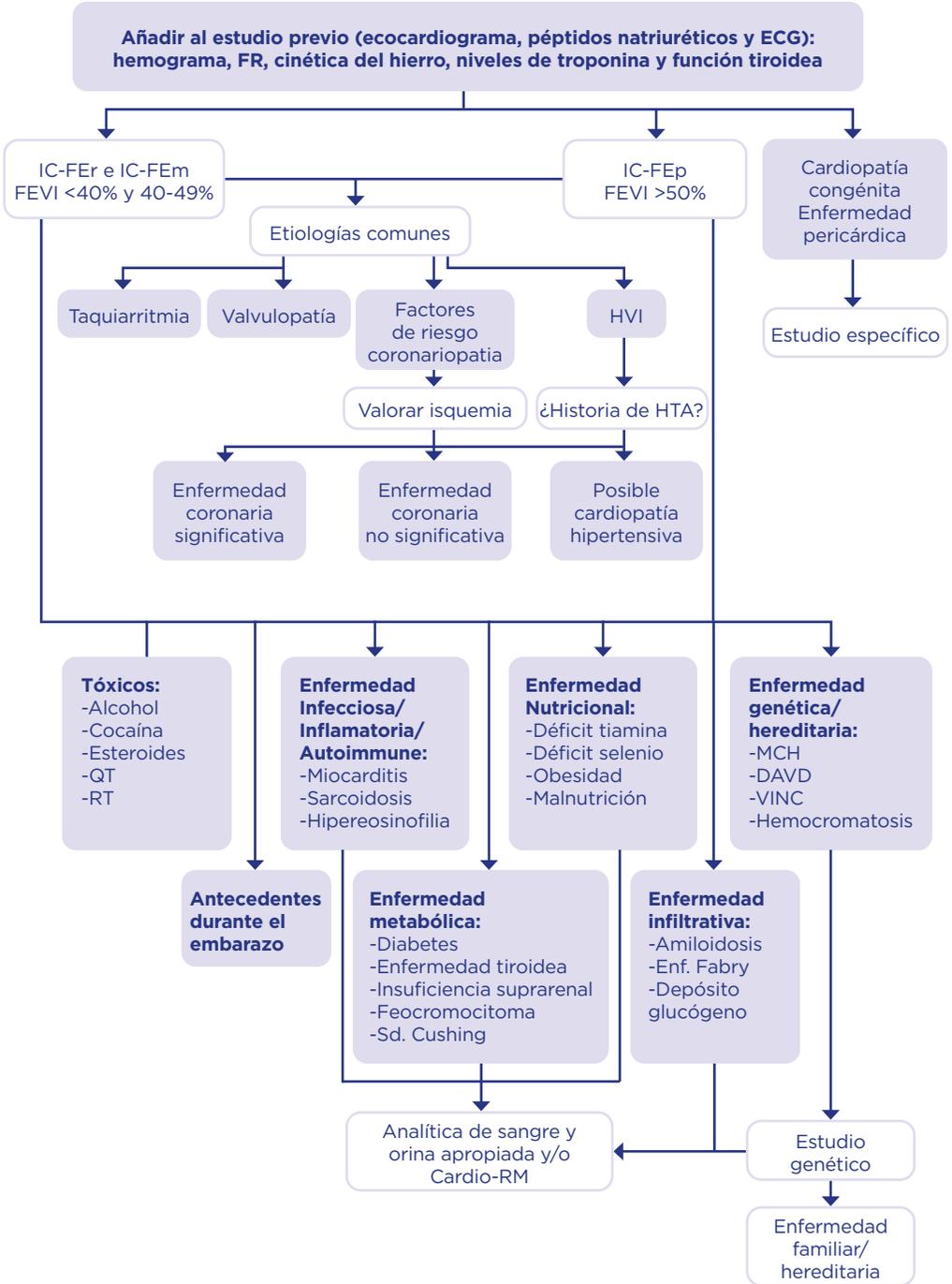
A. SINDRÓMICO



ANEXOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

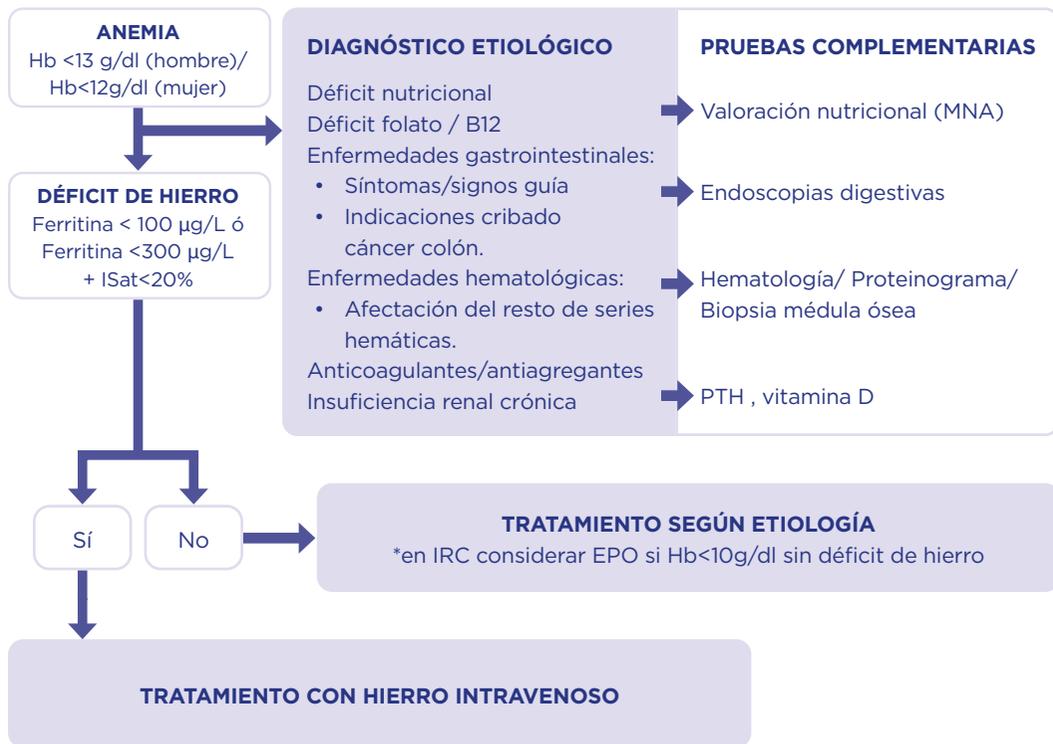
ANEXO I. DIAGNÓSTICO DE LA IC

B. ETIOLÓGICO



ANEXOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ANEXO II. MANEJO DE ANEMIA/DÉFICIT DE HIERRO EN LA IC



***Hierro carboximaltosa** es de elección:

- Primera dosis:

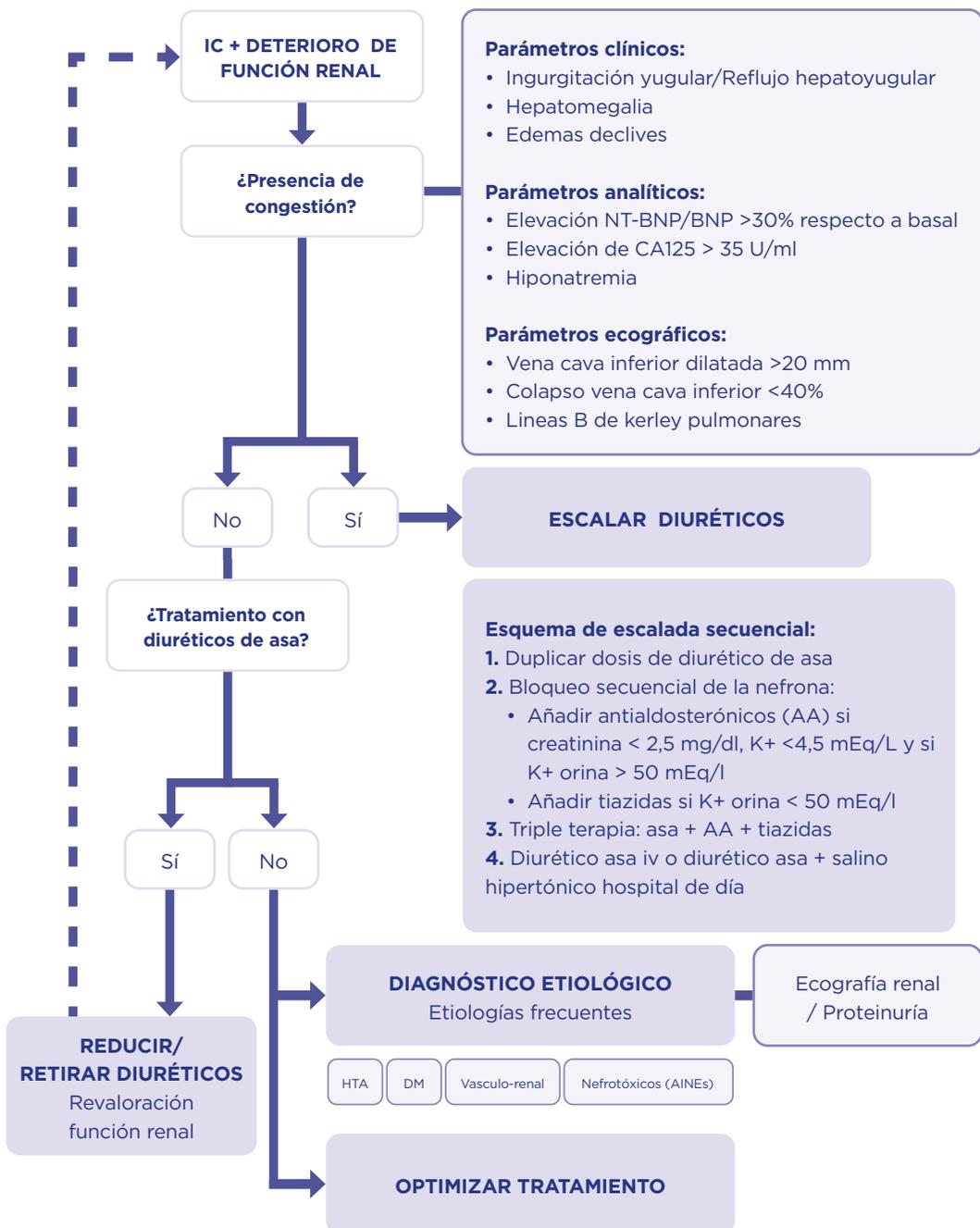
- Hb <13g/dl--- 1000 mg IV en una dosis
- Hb >13 g/dl--- 500 mg IV en una dosis

- Analítica cada 6 semanas hasta alcanzar objetivos: ferritina >300 µg/L / Hb >12 g/dl (mujer) / Hb >13 g/dl (hombre)

- Dosis sucesivas: 500 mg IV

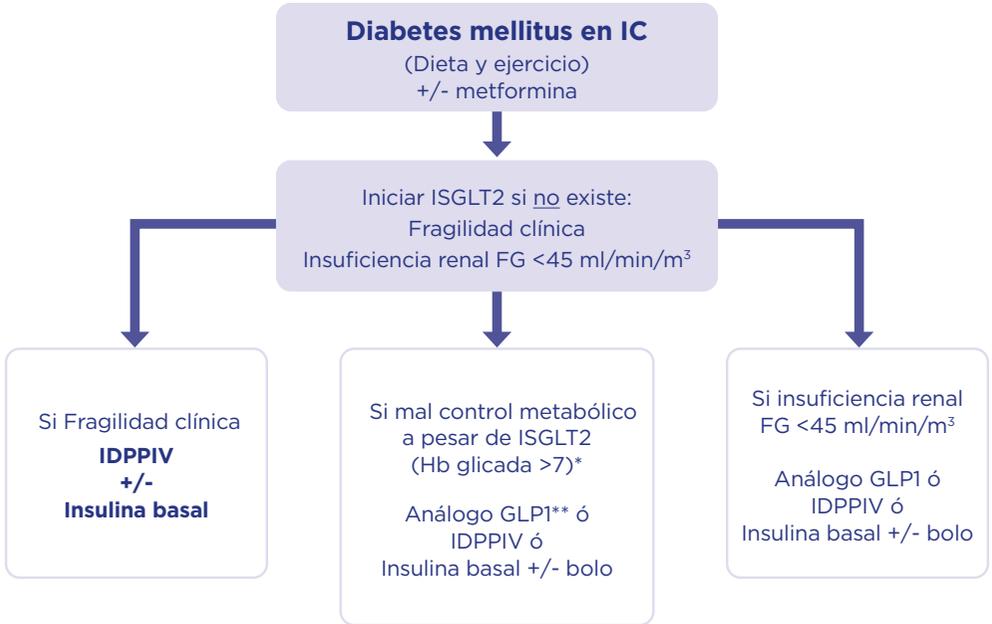
ANEXOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ANEXO II. MANEJO DEL SÍNDROME CARDIORENAL



ANEXOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ANEXO II. DIABETES EN IC

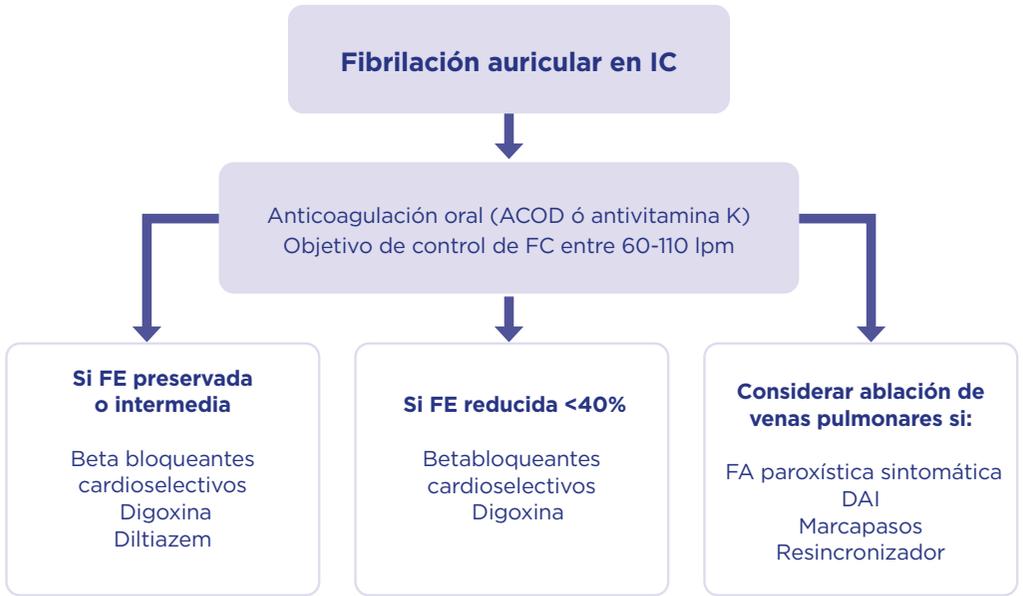


* El control glucémico del paciente con diabetes e IC debe individualizarse. El control intensivo de la glucemia no ha demostrado mejorar el pronóstico en la IC.

** Los análogos de GLP1 no han demostrado beneficio en IC con FE reducida. En diabetes y obesidad con FE preservada puede valorarse su uso para el control glucémico y la pérdida de peso.

ANEXOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ANEXO II. FIBRILACIÓN AURICULAR EN IC

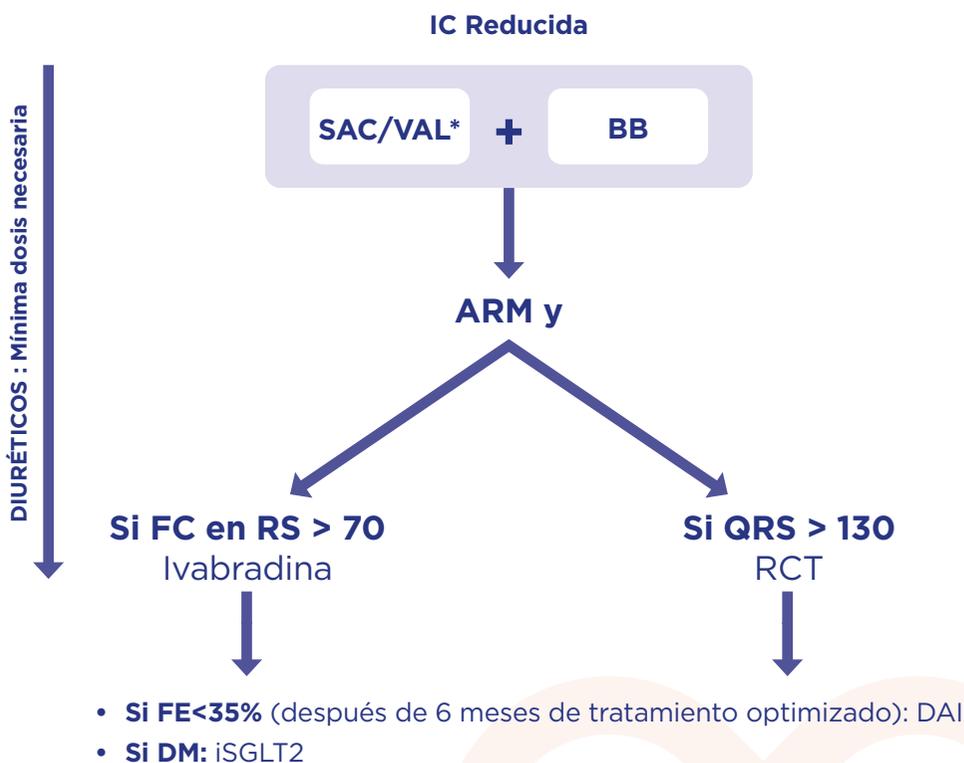


ANEXOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ANEXO II. TABLA DE FACTORES PRECIPITANTES DE LA IC

- Hipertensión arterial mal controlada**
- Síndrome coronario agudo**
- Infección** (ej: Neumonía, sepsis)
- Tromboembolismo pulmonar agudo**
- Arritmias con inadecuado control de FC**
(ej: Fibrilación auricular rápida)
- Mala adherencia al tratamiento farmacológico de la IC**
- Ingesta abundante de líquidos**
- Sobrecarga de volumen** (ej: Sueroterapia, transfusiones)
- Anemia**
- Exceso de sal en la dieta**

- Tirotoxicosis**
- Toma de antiinflamatorios no esteroideos**
- Toma de fármacos inotrópicos negativos**
(ej: Diltiazem)
- Fármacos antineoplásicos** (ej: Antracilinas)
- Toma de tóxicos** (ej: Alcohol)



*Si no es posible SAC/VAL, se podrá plantear el tratamiento con IECA/ARA-II

ANEXOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ANEXO IV. CUIDADOS Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE POR ENFERMERÍA

PACIENTE CON IC AMBULATORIA/CRÓNICA CONSULTA DE ENFERMERÍA IC

AUTOCUIDADO



EDUCACIÓN



ANEXOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ANEXO IV. CUIDADOS Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE POR ENFERMERÍA

CONSULTA DE ENFERMERÍA DE I.C.C.

La actividad de la enfermería tiene como objetivos específicos:

- *La integración y coordinación de la atención para garantizar la continuidad asistencial.*
- *El seguimiento estructurado y planificado basado en el empoderamiento de los pacientes.*
- *Facilitar la detección precoz de las descompensaciones, modelo basado en la evidencia.*

SITUACIÓN BASAL:

Barthel: _____ Test Pfeiffer _____

Cuidador Institucionalizado

Educado en IC: SÍ NO

AUTOCUIDADOS

- Control de peso frecuente
 Dieta pobre en sal
- Restricción de líquidos (solo si indicación)
 Abstención de tabaco y alcohol
 Ejercicio físico
 Vacunación antigripal anual
 Vacunación antineumocócica PPSV23

SIGNOS DE ALARMA

- Aumento de la disnea
 Aumento de la ortopnea
- Aparición de disnea paroxística nocturna
 Dolor torácico
 Aumento de peso y/o edemas
 Sensación de plenitud

PLAN TERAPÉUTICO

- Conciliación farmacológica SÍ NO
- Orientación terapéutica dirigida (ajuste de diuréticos, fármacos nocivos)
 SÍ NO
- Monitorización de parámetros
- Programar control y seguimiento

ANEXOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ANEXO IV. CUIDADOS Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE POR ENFERMERÍA

CONSULTA PRECOZ DE ENFERMERÍA AL ALTA DE IC

CÓMO SE ENCUENTRA	DISNEA	ORTOPNEA	EDEMAS
<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Igual
<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Mejor
<input type="checkbox"/> Peor	<input type="checkbox"/> Peor	<input type="checkbox"/> Peor	<input type="checkbox"/> Peor

MAREOS

Se marea:

Al levantarse

Dura más tiempo

PESO DIARIO

Se pesa diariamente: SÍ NO

Apunta el peso: SÍ NO

¿Cuál fue su peso al alta? _____

¿Cuál es su peso actual? _____

MEDICACIÓN REFERIDA AL ALTA

Cumple la medicación

Sabe tomarla

Piensa que alguna le produce efectos secundarios

RESTRICCIÓN DE FLUIDOS (para pacientes cuando está indicado)

Limita la ingesta líquida

¿De qué manera? _____

ACTIVIDAD FÍSICA _____

SEGUIMIENTO

Cita en la Unidad _____

DECÁLOGO

DECÁLOGO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON IC CRÓNICA

- 1. ¿El diagnóstico sindrómico de IC es correcto?, ¿se conoce adecuadamente la FEVI y la etiología de la IC?**
- 2. ¿Se ha evaluado adecuadamente la gravedad de la IC?**
- 3. ¿Hemos evaluado adecuadamente la situación basal del paciente?**
- 4. ¿Qué comorbilidades tiene?**
- 5. ¿Tiene Fibrilación Auricular?, ¿está bien tratada?**
- 6. ¿Cuál es el grado de congestión del paciente?**
- 7. ¿Cuál es el tratamiento pautado para su IC?**
- 8. ¿Está optimizado el tratamiento de sus comorbilidades?**
- 9. ¿Es adecuado el conocimiento de la enfermedad y del autocuidado de la IC?**
- 10. ¿Está bien organizada la atención integral y la continuidad asistencial del paciente?, ¿qué estudios precisa para próxima revisión?**