



## La insuficiencia cardiaca en atención primaria: organización y ruta asistencial



**JOSEP FRANCH NADAL**

Médico de Familia Centro de Salud de Raval Sud - Barcelona  
Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardiaca de la redGDPS

La insuficiencia cardiaca es una patología crónica muy frecuente y potencialmente muy grave.

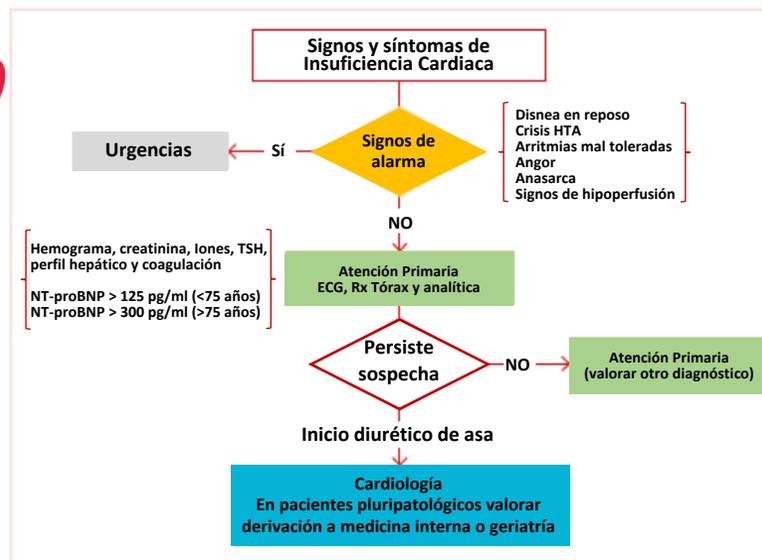
El médico de Atención Primaria es un pilar fundamental en el manejo de estos pacientes, desde la prevención, pasando por el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de los sujetos con IC.

Los objetivos del tratamiento de la IC son mejorar el estado clínico del paciente, su capacidad funcional y la calidad de vida, así como prevenir las hospitalizaciones por descompensaciones agudas y reducir la mortalidad

Anteriormente las GPC recomendaban un abordaje secuencial, pero actualmente se ha visto que una aproximación transversal de inicio es necesaria con el objetivo de tratar todos los sistemas neurohormonales implicados en la etiopatogenia de la IC

*La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y especialidades es fundamental*

Sospecha **DIAGNOSTICA** de IC



*Modificado de 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart 2021; 42 (36): 3599-3726*

Se debe garantizar un plazo inferior a cuatro semanas para la evaluación por un cardiólogo en aquellos pacientes referidos desde atención primaria con sospecha de IC. Es recomendable la determinación previa de péptidos natriuréticos en AP

Criterios de **INGRESO HOSPITALARIO**

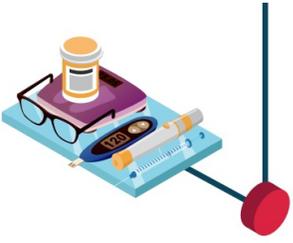
- Insuficiencia cardiaca de debut con disfunción sistólica no conocida.
- Edema agudo de pulmón.
- Arritmias graves asociadas.
- Congestión importante con imposibilidad de ser resuelta en <24 horas.
- Saturación de oxígeno <92%, taquipnea >24 rpm o frecuencia cardiaca >100 lpm pese a tratamiento diurético administrado durante 12 horas en Urgencias.
- Comorbilidad grave asociada: infección, anemia, isquemia, embolismo, deterioro significativo de la función renal.
- Imposibilidad de control ambulatorio precoz o falta de apoyo sociofamiliar

En los pacientes con estabilidad clínica, la **ASISTENCIA TELEFONICA** se utiliza para:

- Resolver dudas de los pacientes y familiares.
- Valoración de nuevos problemas que pudieran surgir entre visitas
- Ajustar el tratamiento diurético en caso de descompensaciones y planificar la visita presencial de insuficiencia cardiaca en caso de no haber respuesta favorable.
- Realizar visitas telefónicas programadas:
  - Para refuerzo educativo y del autocuidado.
  - Para titulación de medicación
  - A los 3 meses tras el alta con el objetivo de comprobar que el paciente sigue las recomendaciones de tratamiento y seguimiento acordadas.

*Modificado de Ruta Asistencial en Insuficiencia Cardiaca. MAICA-RM Murcia 2022.*





### Valoración y seguimiento por el MEDICO DE FAMILIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

La valoración del médico debe iniciarse a través de una visita presencial o telefónica en la primera semana del alta:

- Lectura del informe de alta hospitalaria para valorar el historial médico, complicaciones, posibles modificaciones del tratamiento y la realización de control analítico para ajustar la medicación
- Valoración clínica:
  - Presencia de signos y síntomas que orienten a descompensación precoz que obligue a ajustar la pauta diurética
  - Constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación arterial de oxígeno, que informan de estabilidad clínica y de efecto de los fármacos.
- Revisión de la medicación y efectos secundarios
- Reforzar educación sobre hábitos de vida saludable, fármacos prohibidos, signos de alarma y adherencia.
- Revisión de la analítica de cara a ajustar los diuréticos, ver efecto de los cambios en función renal e iones o controlar otros parámetros relevantes
- En caso de detección de problemas, el médico de familia se pondrá en contacto con la especialidad hospitalaria preferiblemente mediante interconsulta no presencial.

Se propone un mínimo de una visita mensual durante los primeros 3 meses del alta de hospitalización y posteriormente una valoración semestral durante un año más



## SEGUIMIENTO CRÓNICO del paciente con IC

### En Atención Primaria

#### Requisitos:

- *Estabilidad clínica con síntomas clase funcional I-II de la NYHA, teniendo en cuenta otros condicionantes de esa limitación funcional como la edad y comorbilidades*
- *Ausencia de ingresos por IC en el último año.*
- *Diagnóstico fiable y completo del tipo de IC*
- *Tratamiento específico optimizado en función del perfil del paciente*
- *Paciente no candidato a procedimientos complejos como implante de dispositivos o trasplante cardiaco.*
- *Iniciado proceso educativo por parte de la enfermera especializada tanto al paciente como a su cuidador principal*

En general, las visitas por parte del médico de familia se realizarán cada 6 meses, pudiendo adelantarse en función de las circunstancias específicas de cada paciente.

Las actividades a realizar son las siguientes:

- *Valoración clínica (constantes/descompensación).*
- *Electrocardiograma.*
- *Analítica (cada 6-12 meses), que incluya:*
- *Hemograma, función renal e iones.*
- *Ferrocínica: al menos 1 vez al año o si cambios clínicos.*
- *Revisión de la medicación.*
- *Reforzar educación sobre hábitos de vida saludable, fármacos prohibidos, signos de alarma y adherencia.*
- *No se recomienda solicitar NT-proBNP y ecocardiogramas en pacientes estables.*

### En Consulta del Hospital

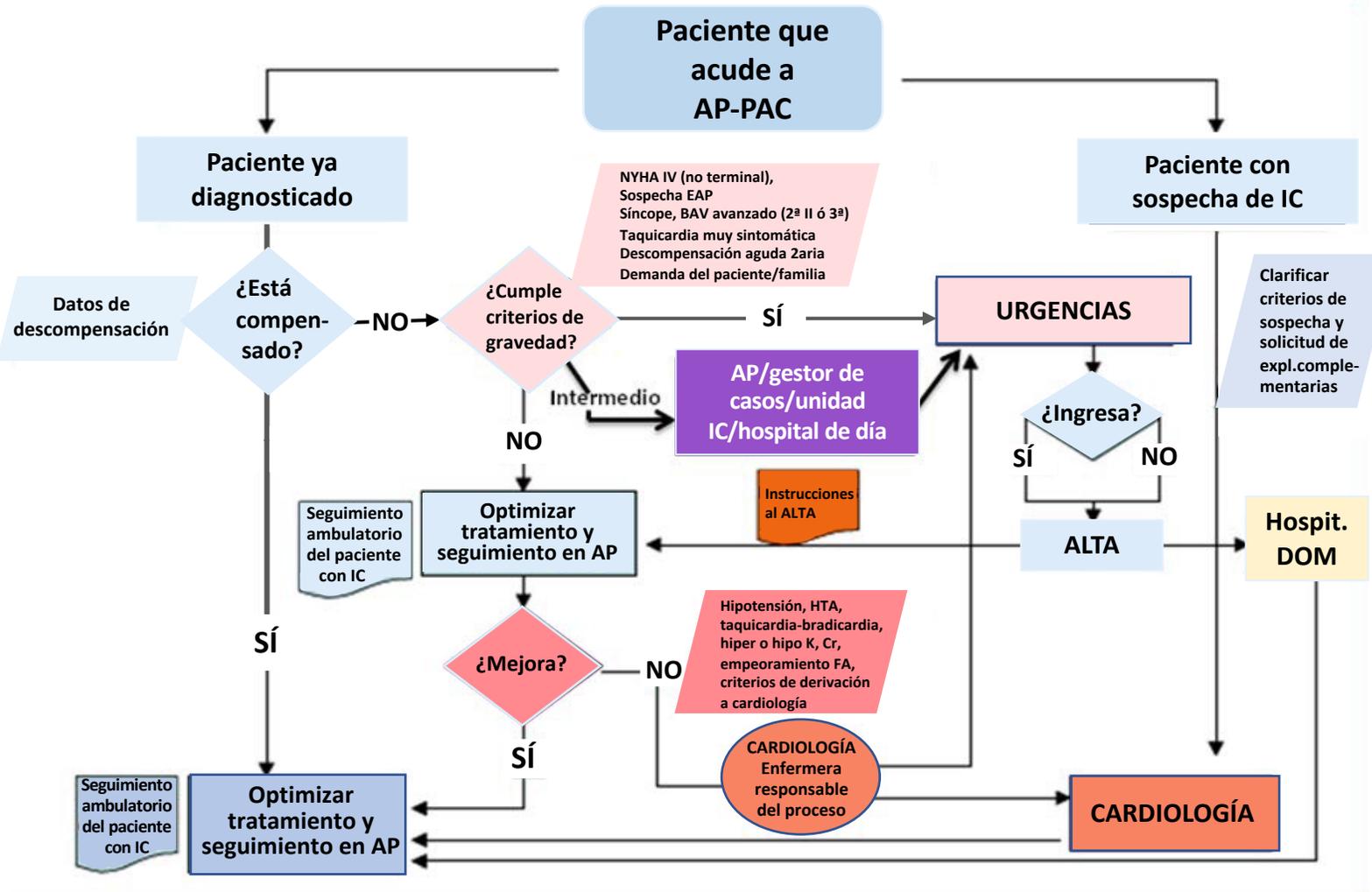
Si requieren alta demanda, pacientes complejos y con descompensaciones frecuentes.

Si tienen criterios de insuficiencia cardiaca avanzada:

- *Clase funcional III-IV NYHA*
- *Disfunción VI grave <30% o del VD o disfunción diastólica avanzada*
- *Péptidos natriuréticos muy elevados*
- *>1 episodio de descompensación de IC o arritmias ventriculares en el último año*
- *Tensión arterial sistólica < 90 mmHg, especialmente sin intolerancia a fármacos*
- *Necesidad de aumento progresivo de diuréticos para mantener euvolemia*
- *Deterioro progresivo de función renal*
- *Valvulopatía moderada/severa con opciones terapéuticas.*
- *Pacientes con prótesis valvulares*
- *Cardiopatía isquémica sintomática/necesidad de revascularización percutánea o quirúrgica*
- *Miocardopatía significativa*
- *Portadores DAI y/o Resincronizador implantado*
- *Candidatos a Trasplante cardiaco*
- *Hiponatremia*
- *Caquexia cardiaca*
- *Score MAGGIC supervivencia ≤ 80% 1 año/Score Seattle Heart Failure ≤ 80% 1 año*

## RUTA ASISTENCIAL en IC

La "ruta asistencial" es un Protocolo/Documento de actuación ante cualquier proceso asistencial consensuado entre todos los profesionales que atienden al paciente, donde se especifica claramente, que, quien, como, cuando y donde se debe atender a un paciente en cada una de las diferentes fases del proceso de su enfermedad con el objetivo de proporcionar la mejor atención en cada momento y por el/los profesionales más adecuados a cada una de sus circunstancias.



Basado en el documento SEC-AP sobre Insuficiencia Cardíaca. 2017

### Funciones de AP en la PREVENCIÓN de la IC

- Control factores de riesgo específicos (hipertensión, diabetes, obesidad)
- Diagnóstico precoz IC
- Empleo de fármacos que han demostrado beneficio sobre la reducción de IC

### Funciones de AP en el TRATAMIENTO de la IC

- Seguimiento del paciente crónico no descompensado (educación estructurada, definición del plan terapéutico, optimización del mismo y plan de seguimiento)
- Empleo «transversal» de los fármacos para IC que han demostrado beneficio pronóstico
- Titulación fármacos para IC
- Identificación efectos adversos medicación
- Identificación precoz de descompensaciones (descompensación aguda de IC crónica y empeoramiento progresivo situación funcional)

### Funciones de AP en la EDUCACION TERAPEUTICA en IC

- Vigilancia de la sintomatología (identificar disnea inusual) y autocontrol regular del peso y a reaccionar de manera adecuada (consultar a su médico, ajuste de los diuréticos)
- Dieta adecuada: restricción de sal (4-6 g/día).
- Se desaconseja el consumo de alcohol
- Potenciar la práctica de una actividad física regular a un ritmo que no provoque disnea al paciente (marcha)
- Abstención del tabaco
- Se recomiendan la vacunación anual antigripal y la vacunación antineumocócica