

Manejo en Atención Primaria del paciente con Insuficiencia cardiaca crónica

Dificultades diagnósticas

IV FOCUS EN CARDIOLOGIA

Pamplona Noviembre 2010

Carlos Amézqueta Goñi. Médico de Familia

C.S. Iturrama

Sección Calidad Dirección At. Primaria

INSUFICIENCIA CARDIACA

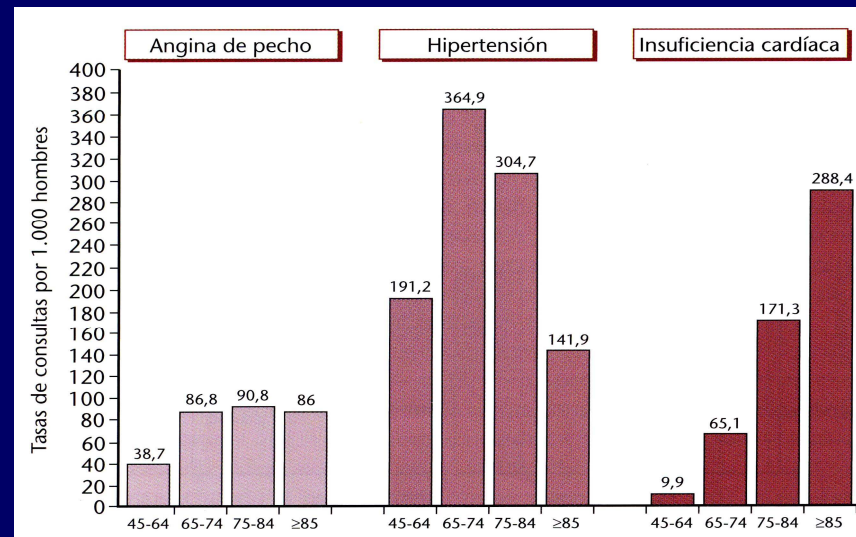
Epidemiología

- Afecta al 2% de la población adulta
- Afecta al 6-10% de los mayores de 65 años
- La incidencia ajustada a la edad permanece estable en los últimos 20 años
- Aumenta la prevalencia por
 - Mayor esperanza de vida
 - Cronificación de procesos que son causa de IC (IAM, HTA)

INSUFICIENCIA CARDIACA

Epidemiología

- Representa el 5% de los ingresos hospitalarios en unidades médicas
- **Es la causa mas frecuente de ingreso hospitalario en mayores de 65 años**
- Su atención supone el 2% del gasto sanitario. *El 70% por gastos de hospitalización*
- En atención primaria genera más consultas que la angina de pecho



Murphy NF, Heart 2004

INSUFICIENCIA CARDIACA

Introducción

- Entidad de difícil diagnóstico, a pesar de su frecuencia...
- Sobre todo difícil la identificación de formas leves de este síndrome no acompañadas de disfunción contráctil del VI, especialmente en mujeres y en pacientes de edad avanzada, obesos o con comorbilidades.
- Alrededor del 50% de diagnósticos en AP erróneos ...

INSUFICIENCIA CARDIACA

Introducción

- Intentos sistematización diagnóstico:
 - Framingham
 - Nahnes o Boston
 - Sociedades científicas...

INSUFICIENCIA CARDIACA

Problema diagnóstico

Criterios de Framingham*

MAYORES

DPN

PV

Crepitantes

Cardiomegalia

EAP

3R

Reflujo Hep-Yug

Perder > 4,5 kg con el tt^o

MENORES

Edemas

Tos nocturna

Hepatomegalia

Derrame pleural

Capac Vital 1/3 prevista

Taquicardia > 120 lpm

*Dos mayores ó 1 mayor + 2 menores (excluidas otras causas)

INSUFICIENCIA CARDIACA

Ingredientes de la valoración diagnóstica en la IC

El Diagnóstico de IC debe ir acompañado de:

1. Ritmo cardiaco (RS / FA)
2. Grado Funcional
3. Etiología
4. Severidad
5. Factores precipitantes
6. Tipo de disfunción (sistólica o no)
7. Anomalías cardiacas acompañantes (HTP, IMi, etc.)
8. Patologías asociadas (I. Renal, etc.)

INSUFICIENCIA CARDIACA

Concepto evolutivo

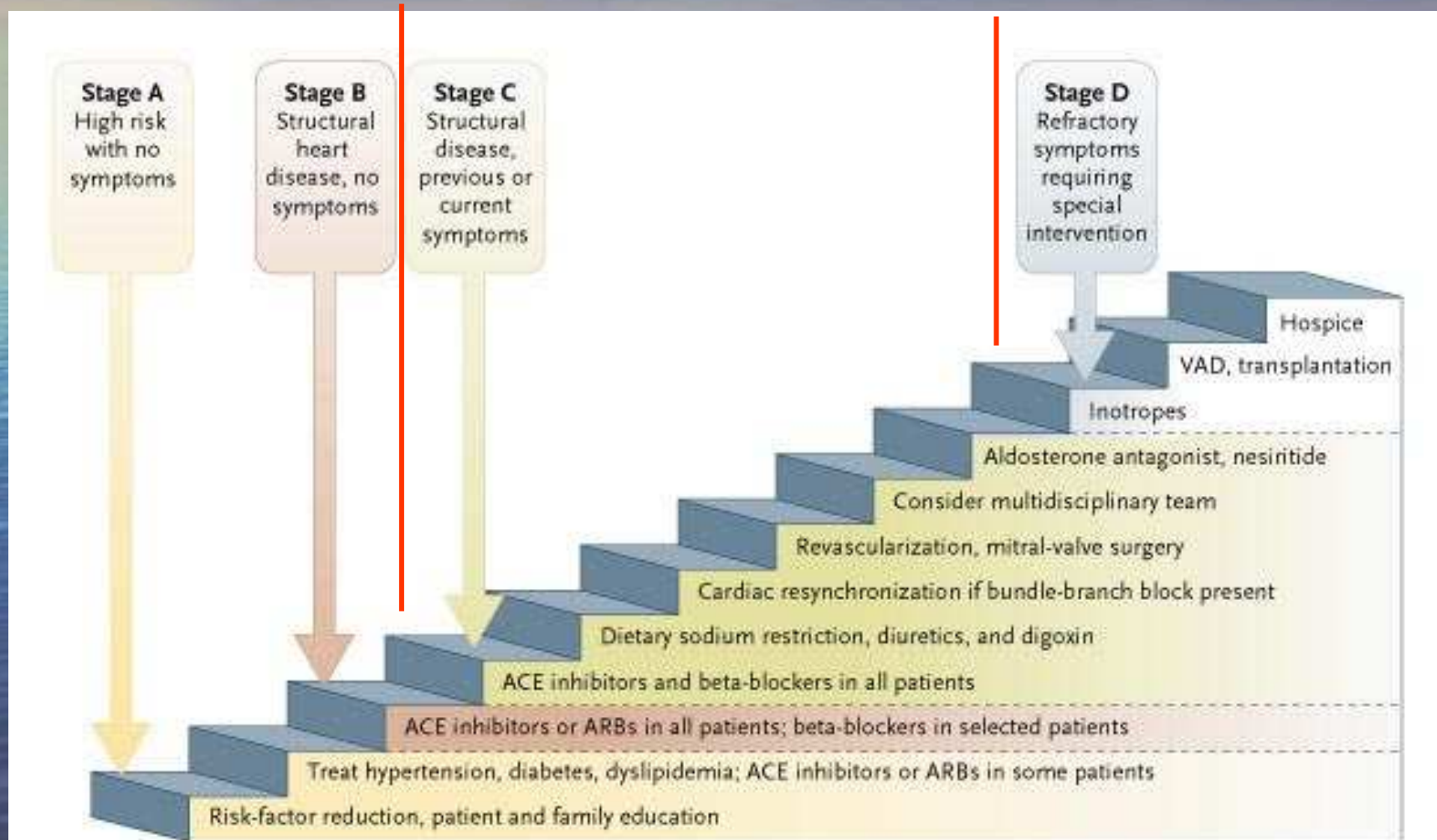
ESTADIOS (ACC/AHA)

- A.** No cardiopatía estructural pero si F. de Riesgo (HTA, Diabetes, C. isquémica)
- B.** Cardiopatía estructural sin IC (HVI, Dilatación VI, Disfunción sistólica, Infarto, Valvulopatía)
- C.** Cardiopatía e IC pasada o presente
- D.** IC refractaria

A y B: Importancia medidas para evitar/retrasar la IC

INSUFICIENCIA CARDIACA

Concepto evolutivo e intervención



INSUFICIENCIA CARDIACA

Concepto diagnóstico

DEFINICION

Síntomas o signos atribuibles a congestión venosa pulmonar (disnea) o sistémica (edemas) o a bajo gasto (fatigabilidad)

- Con alteración cardiaca que lo justifique (ecocordio)
- No explicables por otras causas

En caso de duda puede ser útil la respuesta al tt^o

INSUFICIENCIA CARDIACA

Concepto funcional

GRADO FUNCIONAL (NYHA)

- I.** No disnea en la vida habitual
- II.** Disnea leve con la vida habitual (2 pisos), no incapacitante: ...¿es muy "amplio"?
- III.** Disnea incapacitante... (para la vida habitual)...
- IV.** Disnea con mínimos esfuerzos, incluso en reposo

Tiene valor pronóstico y utilidad para establecer el ttº

INSUFICIENCIA CARDIACA

Concepto fisiopatológico

Disfunción Diastólica cuando hay ICC con una fracción de eyección normal en reposo

La disfunción diastólica es poco frecuente en jóvenes, pero aumenta con la edad, sobre todo en mujeres

La HTA sistólica y la hipertrofia ventricular izquierda con fibrosis contribuyen a la disfunción diastólica

Disfunción Sistólica cuando hay ICC con una fracción de eyección deprimida en reposo (<45-50%)

INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCIÓN PRIMARIA

¿cuándo sospecharla?

INSUFICIENCIA CARDIACA

Sospecha Diagnóstica

SOSPECHAR en caso de:

– **Disnea o fatigabilidad**

– **Edemas**

– **Cardiomegalia**

– **Bloqueo de rama izquierda**

Disf. VI asintomática

INSUFICIENCIA CARDIACA

Problema Diagnóstico

- Los síntomas y signos son inespecíficos

<i>Fatigabilidad</i>	↓	-
<i>Disnea</i>		
<i>Ortopnea</i>		
<i>DPN</i>		+

Problema diagnóstico Estrategia

Sospecha clínica

Síntomas	Valor diagnóstico
Presentes	+++
Ausentes	- - -

Historia clínica

Examen físico

Signos	Valor diagnóstico
Presentes	+++
Ausentes	-

Electrocardiograma

	Valor diagnóstico
Normal	- - -
Patológico	+

Radiografía de tórax

	Valor diagnóstico
Normal	-
Patológica	+

BNP o NT-proBNP

	Valor diagnóstico
Normal/Bajo	- - -
Elevado	++

+ Apoya el diagnóstico

- Hace poco probable el diagnóstico

INSUFICIENCIA CARDIACA

Problema diagnóstico disnea



Si dudas: Tt° de prueba // BNP

Diagnóstico diferencial entre disnea por IC y de origen pulmonar

	Cardiaca	Pulmonar
Historia	<p>Cardiopatía previa</p> <p>Tos no productiva DPN que alivia con incorporación</p>	<p>Tabaquismo Bronquitis crónica Hiperreactividad</p> <p>Tos productiva DPN que alivia con expectoración</p>
Exploración	<p>3^{er} tono, crepitantes Hipoperfusión y diaforesis</p>	<p>Estertores difusos, <i>roncus</i> Perfusión periférica normal</p>
ECG	HVI, BRI, Q necrosis	BRD, bajo voltaje QRS
Radiografía de tórax	Cardiomegalia, congestión pulmonar	Enfisema, fibrosis
BNP/NT proBNP	Elevado o muy elevado	Normal o poco aumentado
Ecocardiografía	FEVI deprimida, flujo mitral restrictivo o pseudonormal	Flujo mitral normal Sobrecarga de cavidades derechas
Espirometría	Normal o leve restricción/obstrucción	Patológica

Varón de 71 años con disnea de esfuerzo progresiva



29/12/2010

19

INSUFICIENCIA CARDIACA

Problema DIAGNOSTICO

Disnea aguda con Rx tórax anodina:

TEP

INSUFICIENCIA CARDIACA

Problema diagnostico de los edemas

EDEMAS bilaterales

H^a y Exploración(PV) (Dg no infrecuente)

Orina

F. Renal

Alb, TP, Hg

TSH

Si dudas: ECG // Rx Tórax // ECO

INSUFICIENCIA CARDIACA

Problema DIAGNOSTICO



INSUFICIENCIA CARDIACA

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ECG

Rx TÓRAX

ANALITICA:

Hemograma

Bioquímica con F. Renal e Iones

Orina

TSH

ECO en todos con el Diagnóstico inicial:

Disfunción sistólica / diastólica

Valvulopatía

Miocardopatía

INSUFICIENCIA CARDIACA

Problema DIAGNOSTICO

ECG y Rx TORAX

Si son normales replantear el diagnóstico de IC

INSUFICIENCIA CARDIACA PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

PEPTIDOS NATRIURETICOS

Se producen por el "estiramiento" de las fibras musculares a nivel miocárdico.

BNP y NT pro BNP

Alto valor predictivo negativo:

Útiles para excluir la presencia de IC en pacientes con disnea de causa no bien aclarada

Significado pronóstico:

Está por establecer su papel en el manejo de la IC

Patient attending the ED with breathlessness

History taking, physical exam,
ECG, chest X-ray and NTproBNP

NTproBNP
<300pg/mL

Acute
CHF
unlikely

NTproBNP between
2 cut-points

Acute CHF less
likely
Additional tests

NTproBNP
>450pg/mL - patients <50a
>900pg/mL - patients 50-75a
>1800pg/mL - patients >75a

Acute CHF
likely

INSUFICIENCIA CARDIACA

Factores precipitantes

Incumplimiento ttº (dieta / fármacos). Es el más frecuente.

Arritmias (FA)

Isquemia

Infección

TEP

Pat. no cardiaca (I. Renal)

Tóxicos (alcohol, cocaína)

Alto Gasto (anemia, hipertiroidismo)

Fármacos

INSUFICIENCIA CARDIACA

Factores precipitantes

FARMACOS

ACa (Verapamil, Diltiazem) y Betabloqueantes

Antiarrítmicos

Ttº cáncer

Estrógenos

Corticoides

AINES

Coxib

Glitazonas

Comprimidos efervescentes

INSUFICIENCIA CARDIACA DIAGNOSTICO en AP Resumen

1. El Diagnóstico necesita:

Síntomas típicos

Disfunción cardiaca (Eco)

2. Apoya el Diagnóstico:

Signos típicos

Respuesta al ttº

Rx tórax

INSUFICIENCIA CARDIACA DIAGNOSTICO en AP Resumen

3. Va contra el Diagnóstico:

No síntomas típicos

ECG normal

Rx Tórax normal

No respuesta al tt^o

Eco normal

BNP normal

4. Apoyan otros Diagnósticos:

Rx Tórax

Analítica

INSUFICIENCIA CARDIACA

Ingredientes de la valoración diagnóstica en la IC

El Diagnóstico de IC debe ir acompañado de:

1. Ritmo cardiaco (RS / FA)
2. Grado Funcional
3. Etiología
4. Severidad
5. Factores precipitantes
6. Tipo de disfunción (sistólica o no)
7. Anomalías cardiacas acompañantes (HTP, IMi, etc.)
8. Patologías asociadas (I. Renal, etc.)

- ESTADIO EVOLUTIVO
- A. FACTORES DE RIESGO SIN CARDIOPATIA ESTRUCTURAL C. Isquémica HTA Diabetes
 - B. CARDIOPATIA ESTRUCTURAL SIN INSUF. CARD. Vascular Miocardiopatía Infarto HVI Otros
 - C. CARDIOPATIA ESTRUCTURAL CON INSUF. CARD. (Presente o pasada) ---> GRADO FUNCIONAL
 - D. INSUF. CARD. REFRACTARIA (Formas severas resistentes a tto habitual) ---> Trasplante, Tto. Paliativo

- DIAGNOSTICO
- SOSPECHA (Estadio A ó B +.....:) Disnea/fatigabilidad Edemas EEII Cardiomegalia Rx Bloqueo Rama Izda
- CLINICO (Síntomas de sospecha +....) Ortopnea DP nocturna Pro-BNP elevado Mejora con diurético
- Excluidas otras causas de disnea o edemas (resp., renal, anemia....)

ECOCARDIOGRAFICO Disfunción sistólica (+) (-) Fracción eyección

- GRADO FUNCIONAL
- I - Actividad ordinaria sin síntomas
 - II- Mantiene actividad ordinaria con síntomas
 - III- Disnea pequeños esfuerzo (caminar en llano 2 manzanas o subir un piso)
 - IV- Disnea mínimos esfuerzos y reposo

- FACTORES PRECIPITANTES (+) (-) Recordar: Fármacos (AINEs, Glitazonas, Antidepres. Tricíclicos, Ca, Betabloq)
- Infecciones, TEP, Arritmias (FA), Anemia
No adherencia al tto (fármacos, dieta hiposódica)
Tóxicos, alcohol

- PATOLOGIAS ASOCIADAS Insuf renal crónica RITMO Sinusal
- Arteriopatía periférica F. Auricular ---> Ver protocolo F.A.
- Enfermedad cerebrovascular