

IV FOCUS/TALLER en CARDIOLOGÍA

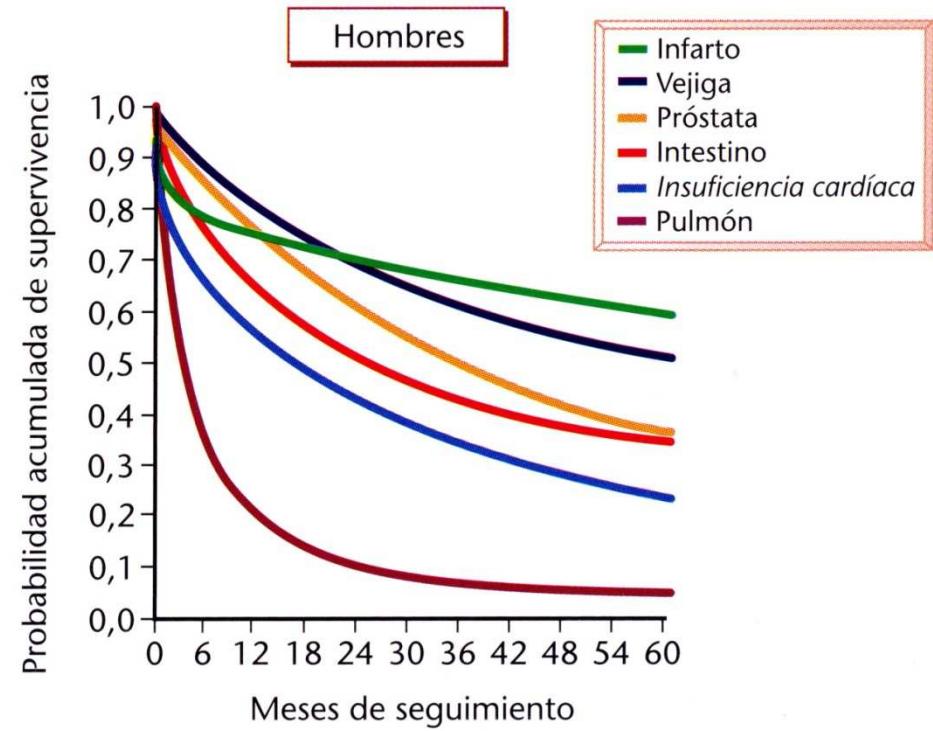
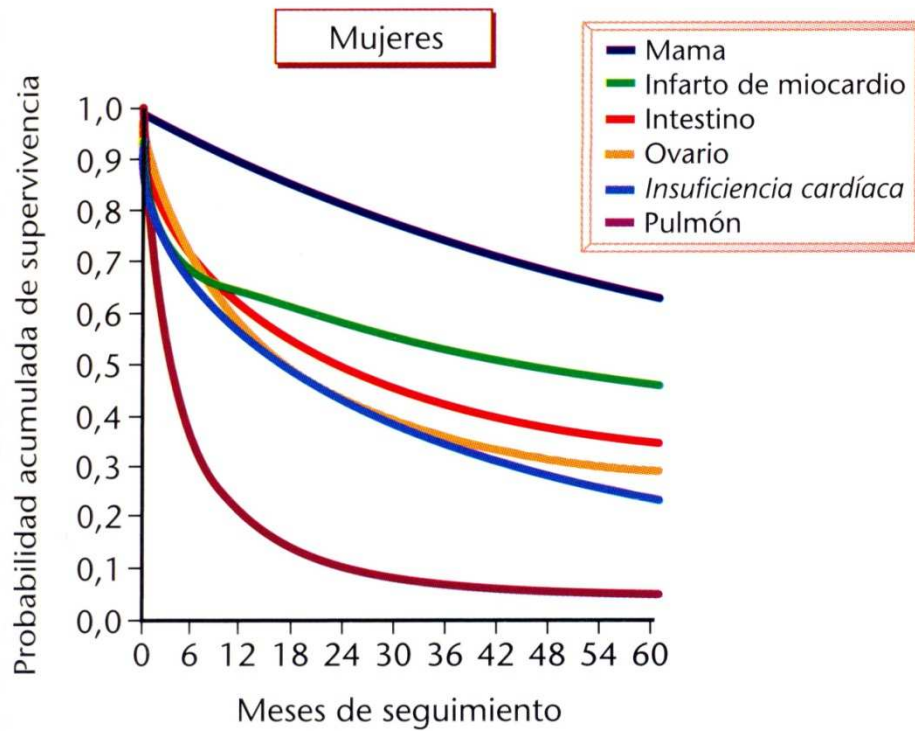


PROBLEMAS en el MANEJO del paciente con INSUFICIENCIA CARDIACA

Jesús Berjón
Cardiología
Hospital de Navarra

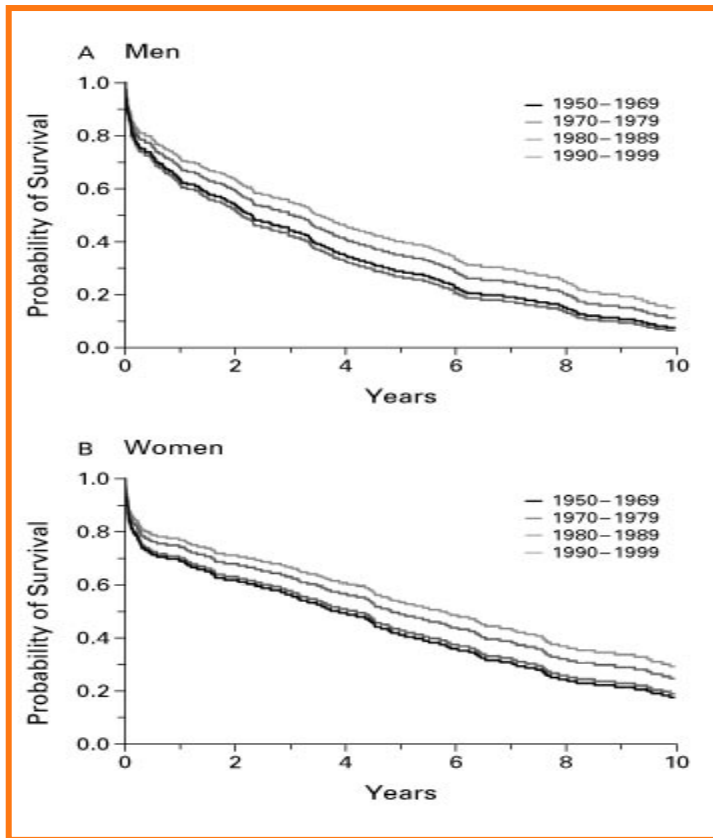
INSUFICIENCIA CARDIACA

Pronóstico



Mejoría del pronóstico de la IC

1.075 pacientes con IC desde 1950 a 1999




Mejoría del pronóstico del 12%
por década

P= 0,01 hombres

P= 0,02 mujeres

Levy D, Kenchaiah S, Ramachandran SV. Long term trends in the incidence of and survival with heart failure. *N Engl J Med* 2002; 347:1397-402.

PROBLEMAS en el DIAGNOSTICO de IC (1)



1. Evitar Falsos Positivos y Falsos Negativos:

Integración de:

Clínica (Ortopnea-DPN, PV elevada, Soplos)

Antecedentes de Cardiopatía


ECG (FA, HVI, QRS ancho, Cicatriz)

Rx tórax (Cardiomegalia, Congestión)

NT-proBNP (Especialmente Dg de exclusión. “Puntos de corte”)

ECO

PROBLEMAS en el DIAGNOSTICO de IC (2)




2. Investigar al paciente con Cardiomegalia:

ECO

3. Investigar al paciente < 70 años con BCRI:

ECO

PROBLEMAS en el DIAGNOSTICO de IC (3)



4. Definir en todos el GF (I - IV)

5. Conocer en todos la función sistólica

ECO (Fracción de Eyección < 50% = Disfunción Sistólica)

6. Estudio Etiológico

PROBLEMAS en el SEGUIMIENTO de la IC



Objetivos

Optimización tt° DS: BB e IECA/ARAII

HipoTA / Bradicardia

K y Uso correcto de Espironolactona/Eplerenona

Uso correcto de Diu: Cambios dosis. Uso iv

I. Renal

Optimización tt° DD: HTA, FC en FA, Diu

Anemia y Ferropenia

Derivaciones

Detección y tt° de las descompensaciones

PROBLEMAS en el SEGUIMIENTO de la IC



Objetivos

Optimización ttº DS: BB e IECA/ARAII

HipoTA / Bradicardia

K y Uso correcto de Espironolactona/Eplerenona

Uso correcto de Diu: Cambios dosis. Uso iv

I. Renal

Optimización ttº DD: HTA, FC en FA, Diu

Anemia y Ferropenia

Derivaciones

Detección y ttº de las descompensaciones

PROBLEMAS en el SEGUIMIENTO de la IC



Objetivos

1. Control de los Síntomas
2. Reducir las Hospitalizaciones
3. Aumentar la Supervivencia

PROBLEMAS en el SEGUIMIENTO de la IC



Objetivos

Optimización ttº DS: BB e IECA/ARAII

HipoTA / Bradicardia

K y Uso correcto de Espironolactona/Eplerenona

Uso correcto de Diu: Cambios dosis. Uso iv

I. Renal

Optimización ttº DD: HTA, FC en FA, Diu

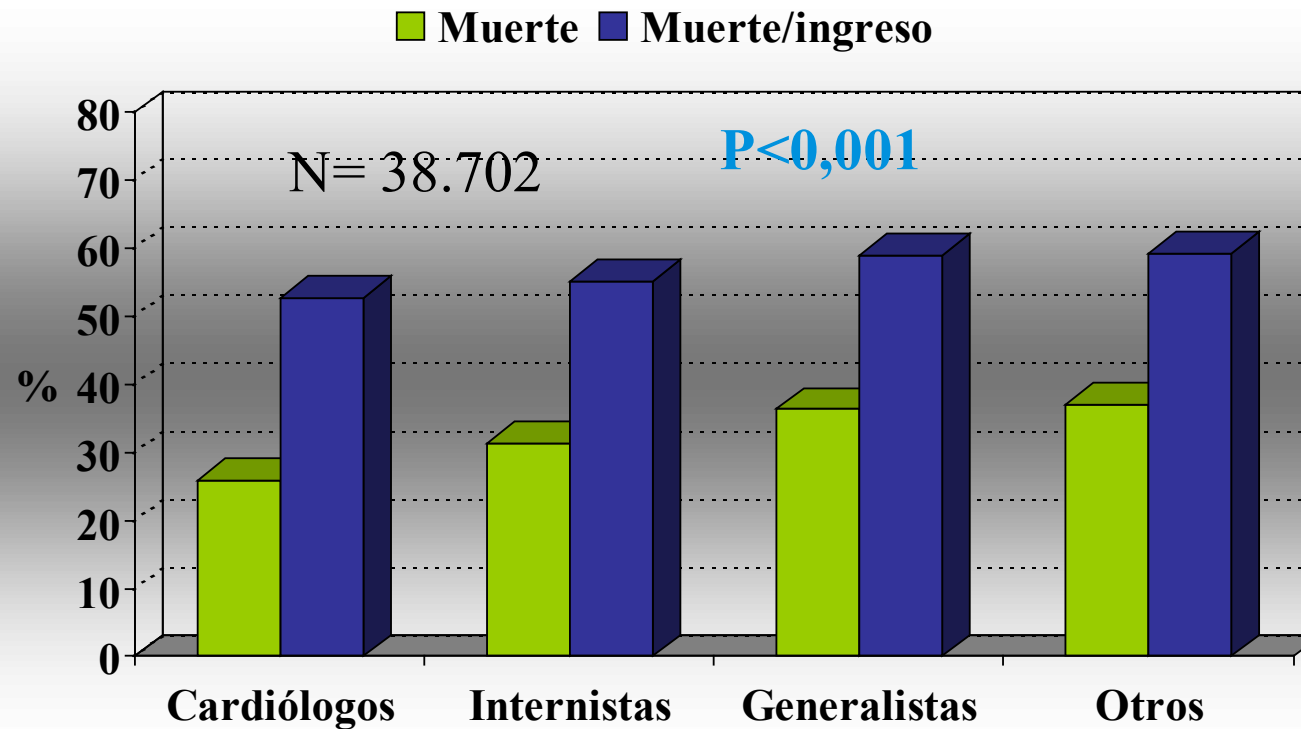
Anemia y Ferropenia

Derivaciones

Detección y ttº de las descompensaciones

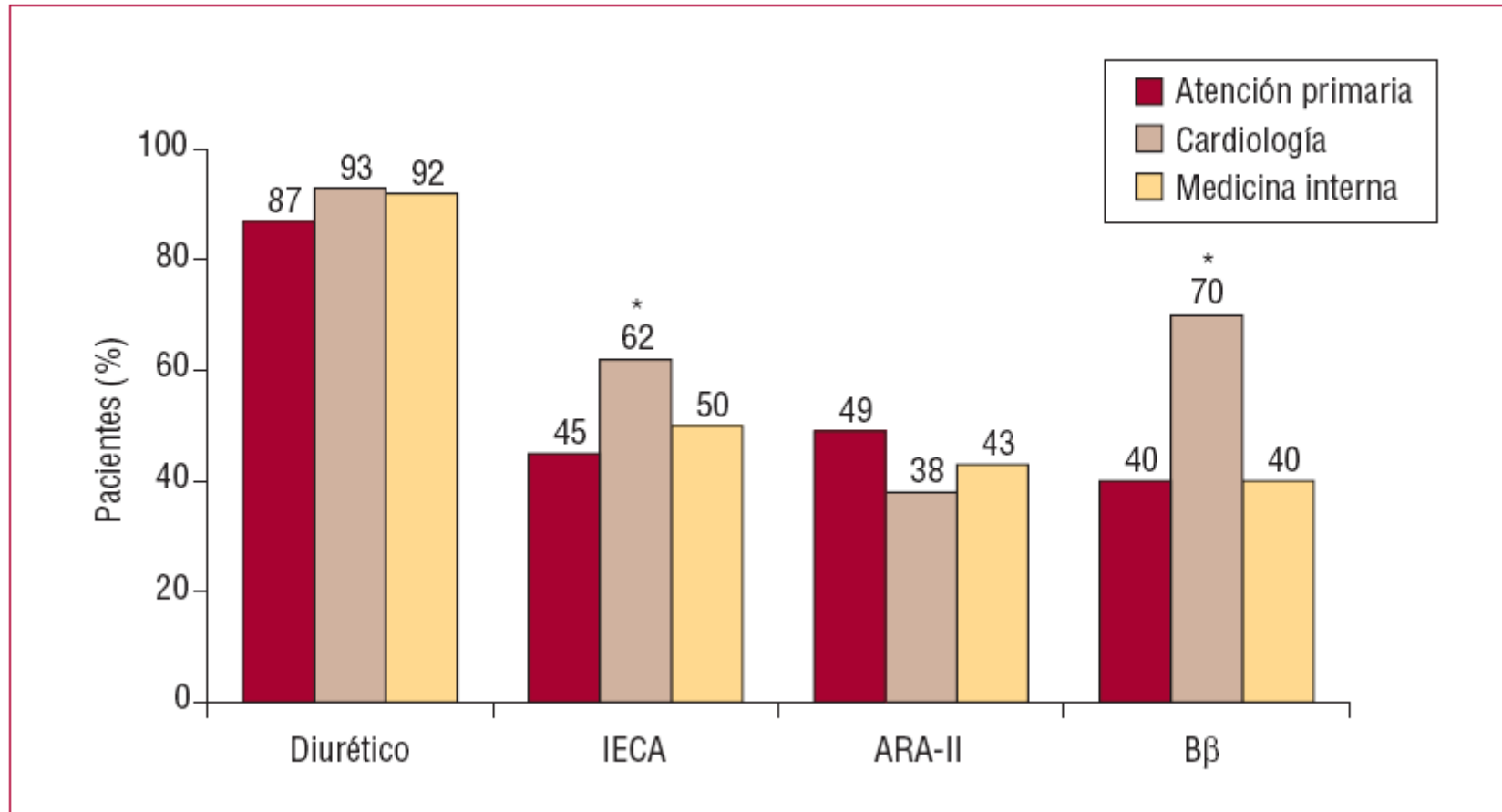
Historia natural de la ICC: pronóstico en registros poblacionales

Tasas de eventos al año del ingreso

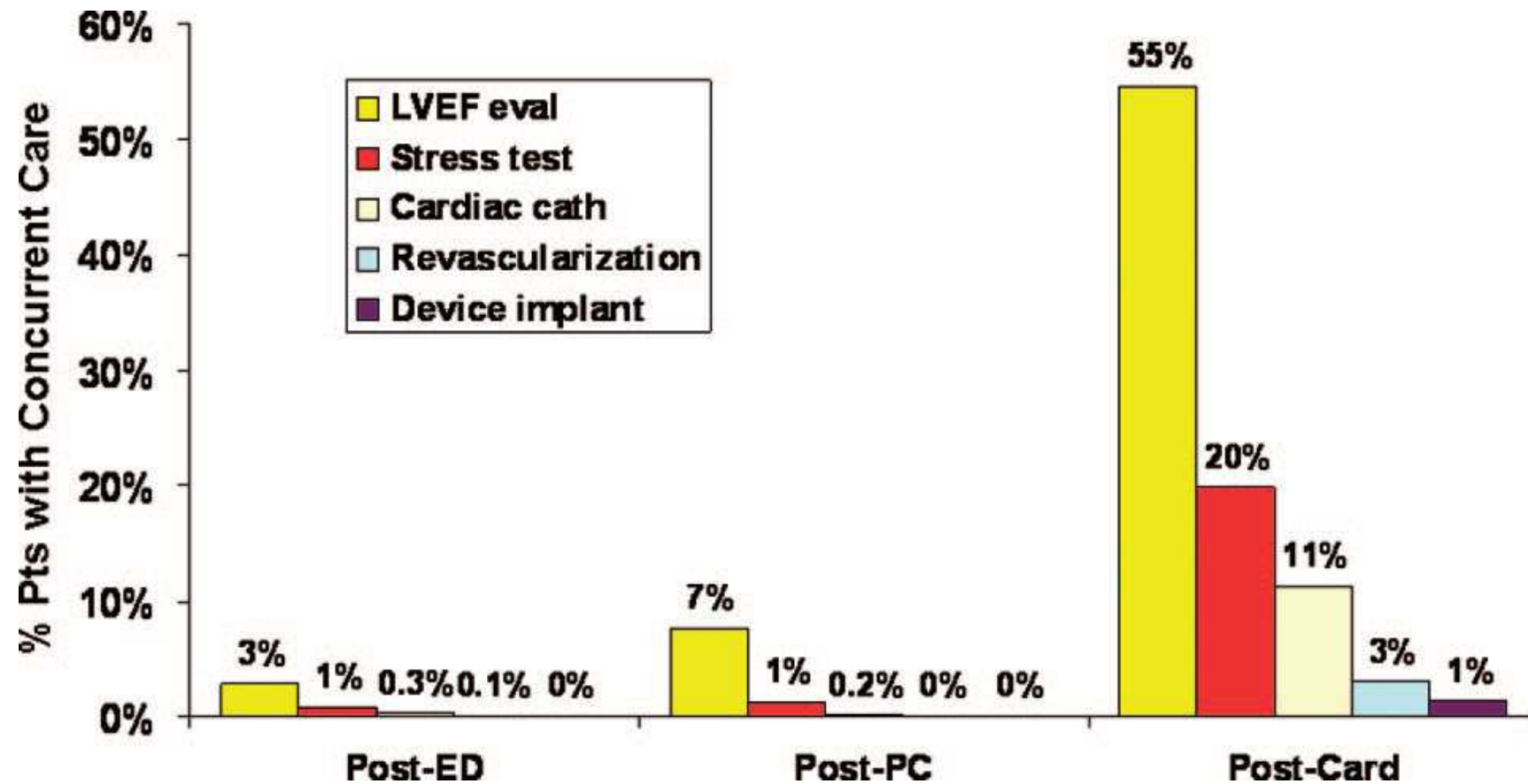


Jong P. et al, Circulation 2003;108:184-191

INSUFICIENCIA CARDIACA TRATAMIENTO



Procedimientos Dgn y Terapéuticos



PROBLEMAS en el SEGUIMIENTO de la IC

Optimización ttº Disfunción Sistólica

1. IECA

Se permite hipoTA si asintomática y no altera F. Renal

Se permite elevación de Creatinina hasta del 50%, sin pasar de 3.

Objetivo dosis: Enalapril 10 mg/12h

Incremento paulatino controlando tolerancia, F. Renal e Iones

2. BETABLOQUEANTES

No retirar por bradicardia salvo si $\ll 50$, sintomática o alteración F. Renal

Incremento paulatino controlando datos de IC, FC, TA y F. Renal

INSUFICIENCIA CARDIACA

Betabloqueantes

Fármaco	Dosis inicial	Dosis optima
Bisoprolol	1,25 mg/día	10 mg/día
Carvedilol	3,125 mg/12 horas	25 mg/12 horas
Nebivolol	1,25 mg/día	10 mg/día

Subir dosis pasadas al menos 2 semanas

Bisoprolol y Nebivolol (24h)	1,25	2,5	5	(7,5)	10
Carvedilol (12h)	3,125	6,25	12,5		25

PROBLEMAS en el SEGUIMIENTO de la IC



Objetivos

Optimización ttº DS: BB e IECA/ARAII

HipoTA / Bradicardia

K y Uso correcto de Espironolactona/Eplerenona

Uso correcto de Diu: Cambios dosis. Uso iv

I. Renal

Optimización ttº DD: HTA, FC en FA, Diu

Anemia y Ferropenia

Derivaciones

Detección y ttº de las descompensaciones

INSUFICIENCIA CARDIACA

Cuestiones



¿Qué hacer si el paciente presenta hipotensión?

- Asintomática y sin deterioro de la F. Renal:

Nada

- Sintomática:

Ajustar Nitratos, ACa y Vasodilatadores

Reducir Diuréticos si no hay congestión

Cardiólogo

INSUFICIENCIA CARDIACA

Cuestiones



¿Cómo manejarnos si aparece bradicardia?

- Revisar otros tt^o:
Digital, Amiodarona, Diltiazem
- ECG:
Descartar BAV o Disfunción sinusal
- Si FC \ll 50 lpm o bradicardia sintomática:
Reducir la dosis de BB a la mitad

PROBLEMAS en el SEGUIMIENTO de la IC



Objetivos

Optimización ttº DS: BB e IECA/ARAII

HipoTA / Bradicardia

K y Uso correcto de Espironolactona/Eplerenona

Uso correcto de Diu: Cambios dosis. Uso iv

I. Renal

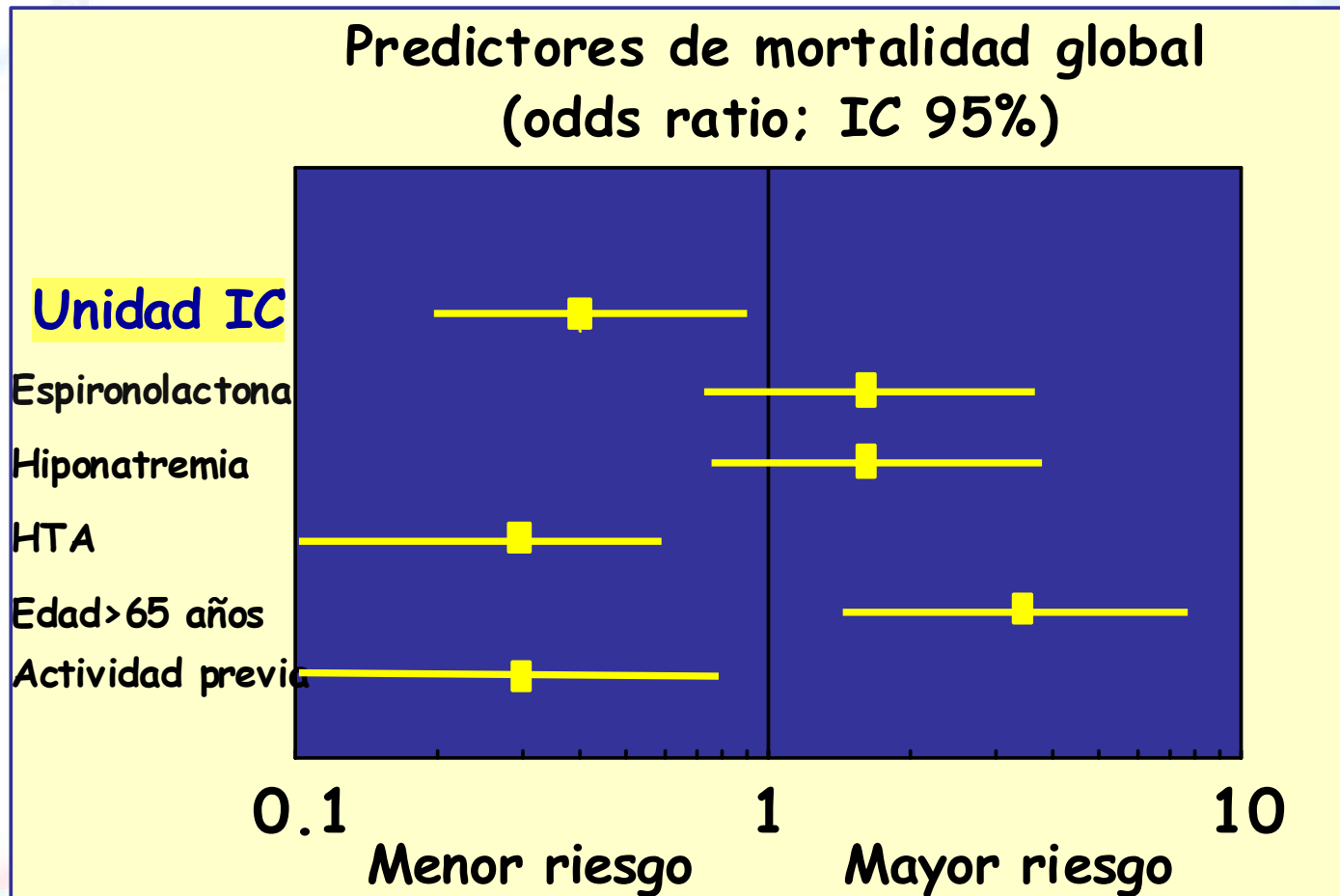
Optimización ttº DD: HTA, FC en FA, Diu

Anemia y Ferropenia

Derivaciones

Detección y ttº de las descompensaciones

Resultados del programa



INSUFICIENCIA CARDIACA

Antagonistas de la Aldosterona

ESPIRONOLACTONA y EPLERENONA

Contraindic.: Creatinina $> 2,5$ ó $K > 5$

Cuidado: I Renal, Hiperkalemia, **Diabetes**. Ancianos

Interacción: Suplementos de K, Diu retenedores de K
AINES

IECA, ARA II

Vigilar: F Renal y K (1,4,8 y 12 sem. 6,9 y 12 meses y luego cada 6 meses)

Cuidado ante diarrea, vómitos, letargia...

Dosis: Espironolactona 12,5-25 mg/d

Eplerenona 25-50 mg/d

INSUFICIENCIA CARDIACA

Antagonistas de la Aldosterona



En ancianos o diabéticos evitar si Creatinina > 2 mg/dL

Si cierto grado de I Renal ó K ligeramente elevado vigilancia más estrecha

Si deterioro claro de F Renal (Creatinina $>2-2,5$) o Potasio ≥ 6 retirar y re-evaluar más adelante

PROBLEMAS en el SEGUIMIENTO de la IC



Objetivos

Optimización ttº DS: BB e IECA/ARAII

HipoTA / Bradicardia

K y Uso correcto de Espironolactona/Eplerenona

Uso correcto de Diu: Cambios dosis. Uso iv

I. Renal

Optimización ttº DD: HTA, FC en FA, Diu

Anemia y Ferropenia

Derivaciones

Detección y ttº de las descompensaciones

INSUFICIENCIA CARDIACA TRATAMIENTO

DIURETICOS

Generalmente de asa, si precisa dosis altas.

A veces se asocian tiazidas como refuerzo (HCTZ 50-100 mg/d)

Aumentos puntuales de la dosis (x2)

Diu iv si precisa

Ajustar dosis según congestión

Vigilar FR e Iones

Activación neurohormonal: dosis mínima precisa

INSUFICIENCIA CARDIACA TRATAMIENTO



DIURETICOS

Dosis orientativa

- Congestión moderada
Furosemida 2-4 cp/d

- Congestión severa
Furosemida 4-8 cp/d
Mejor iv

PROBLEMAS en el SEGUIMIENTO de la IC



Objetivos

Optimización ttº DS: BB e IECA/ARAII

HipoTA / Bradicardia

K y Uso correcto de Espironolactona/Eplerenona

Uso correcto de Diu: Cambios dosis. Uso iv

I. Renal

Optimización ttº DD: HTA, FC en FA, Diu

Anemia y Ferropenia

Derivaciones

Detección y ttº de las descompensaciones

PROBLEMAS en el SEGUIMIENTO de la IC



Optimización ttº Disfunción Diastólica

1. Control estricto **HTA**
2. Control estricto de la **frecuencia si FA**
3. Dosis de **diuréticos** según congestión
4. Ttº de la **enfermedad de base**

PROBLEMAS en el SEGUIMIENTO de la IC



Objetivos

Optimización ttº DS: BB e IECA/ARAII

HipoTA / Bradicardia

K y Uso correcto de Espironolactona/Eplerenona

Uso correcto de Diu: Cambios dosis. Uso iv

I. Renal

Optimización ttº DD: HTA, FC en FA, Diu

Anemia y Ferropenia

Derivaciones

Detección y ttº de las descompensaciones

PROBLEMAS en el SEGUIMIENTO de la IC



Objetivos

Optimización ttº DS: BB e IECA/ARAII

HipoTA / Bradicardia

K y Uso correcto de Espironolactona/Eplerenona

Uso correcto de Diu: Cambios dosis. Uso iv

I. Renal

Optimización ttº DD: HTA, FC en FA, Diu

Anemia y Ferropenia

Derivaciones

Detección y ttº de las descompensaciones

INSUFICIENCIA CARDIACA

Cuestiones

Derivación a Urgencias

Deterioro agudo

Paso a GF III-IV

Síncope

Congestión venosa importante

Desaturación importante

Deterioro de F. Renal

Alteración hidroelectrolítica

INSUFICIENCIA CARDIACA

Cuestiones



Derivación a Cardiología

Deterioro del GF o incremento Edemas*

Problemas en titulación de IECA o BB

Lo recomendado por su patología de base

*Valorar respuesta a incremento Diuréticos

PROBLEMAS en el SEGUIMIENTO de la IC



Objetivos

Optimización ttº DS: BB e IECA/ARAII

HipoTA / Bradicardia

K y Uso correcto de Espironolactona/Eplerenona

Uso correcto de Diu: Cambios dosis. Uso iv

I. Renal

Optimización ttº DD: HTA, FC en FA, Diu

Anemia y Ferropenia

Derivaciones

Detección y ttº de las descompensaciones

INSUFICIENCIA CARDIACA

Cuestiones

¿Cómo identificamos precozmente la desestabilización?

- Deterioro del Grado Funcional
- DPN, tos nocturna
- Edemas
- **Peso:**
Incremento de 1,5-2 kg de forma persistente más de 2 días
- Vigilancia especial ante procesos intercurrentes

La enfermería juega un papel importante en el seguimiento de estos pacientes.

INSUFICIENCIA CARDIACA

Cuestiones



¿Qué hacer ante una reagudización?

Doblar la dosis de diurético.

Si no es suficiente reducir a la mitad la dosis de BB.

Excepcionalmente retirar el BB.

Descartar una causa desencadenante sobre la que actuar

Programa de Manejo de la IC.

Componentes



1. Educación del paciente (Adherencia y Autocuidados)
2. Participación del paciente (Monitorización Síntomas y ajuste Diur.)
3. Apoyo psico-social pte y familia.
4. Equipo multidisciplinar. La enfermera es clave, conectada con AP y Cardiólogo.
5. Primer contacto Hospitalizado con seguimiento precoz, visita casa, teléfono...
6. Selección de ptes de más riesgo, más sintomáticos.
7. Optimización manejo médico incluidos ttº más avanzados.
8. Acceso fácil si descompensación.

Importancia de Seguimiento conjunto AP-Cardio

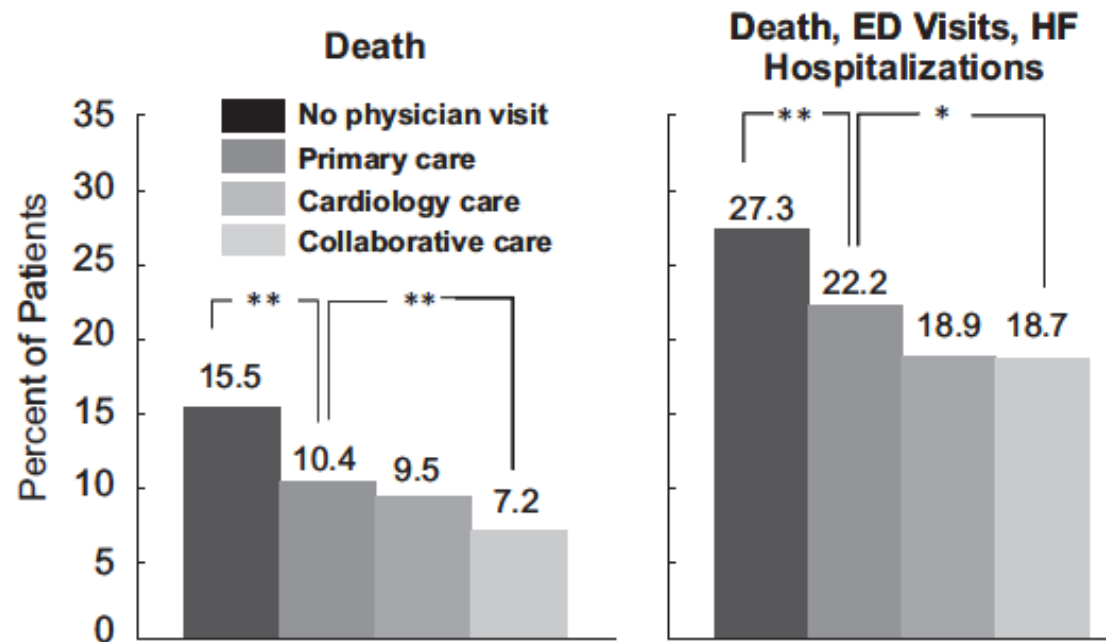
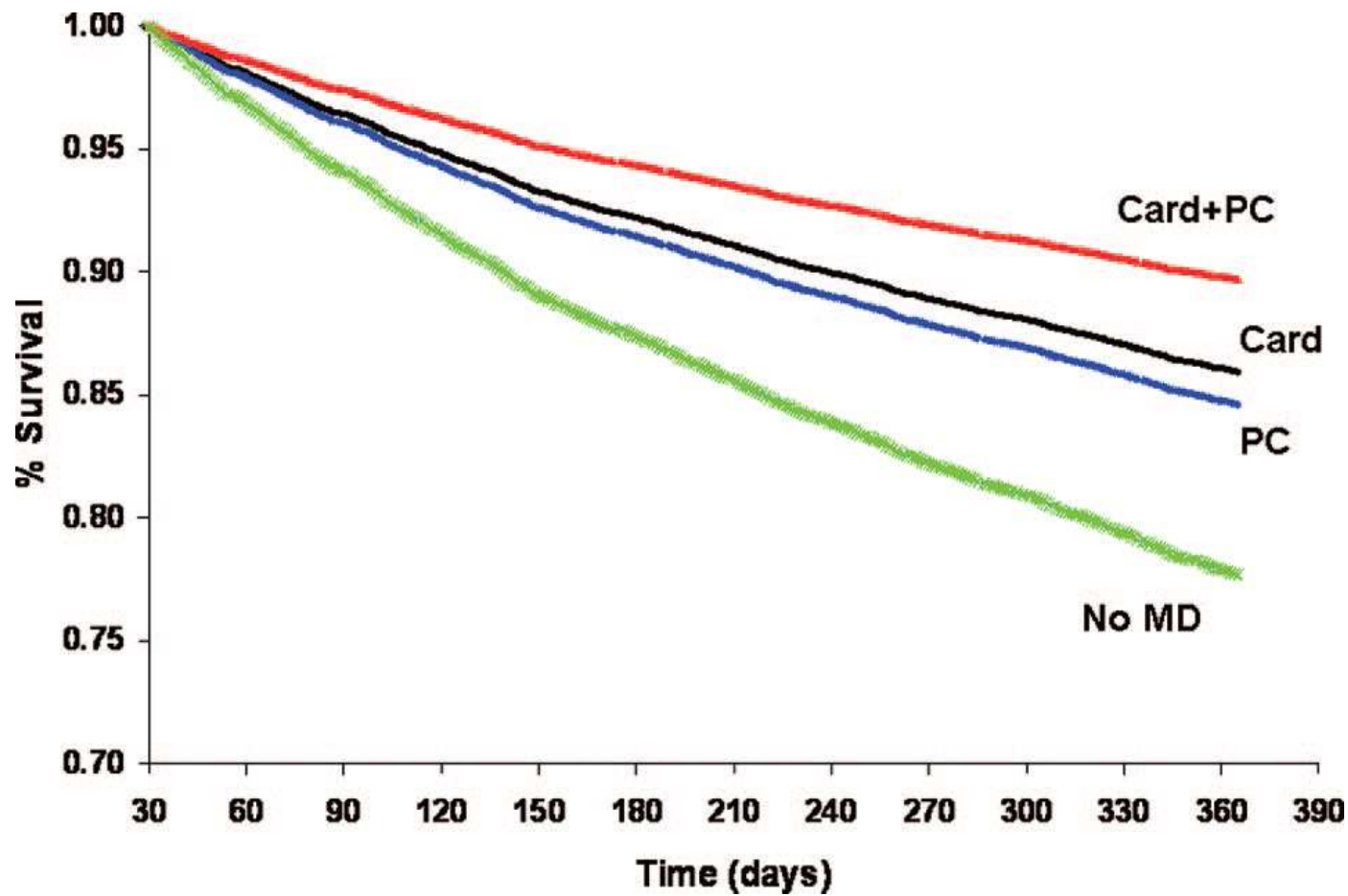
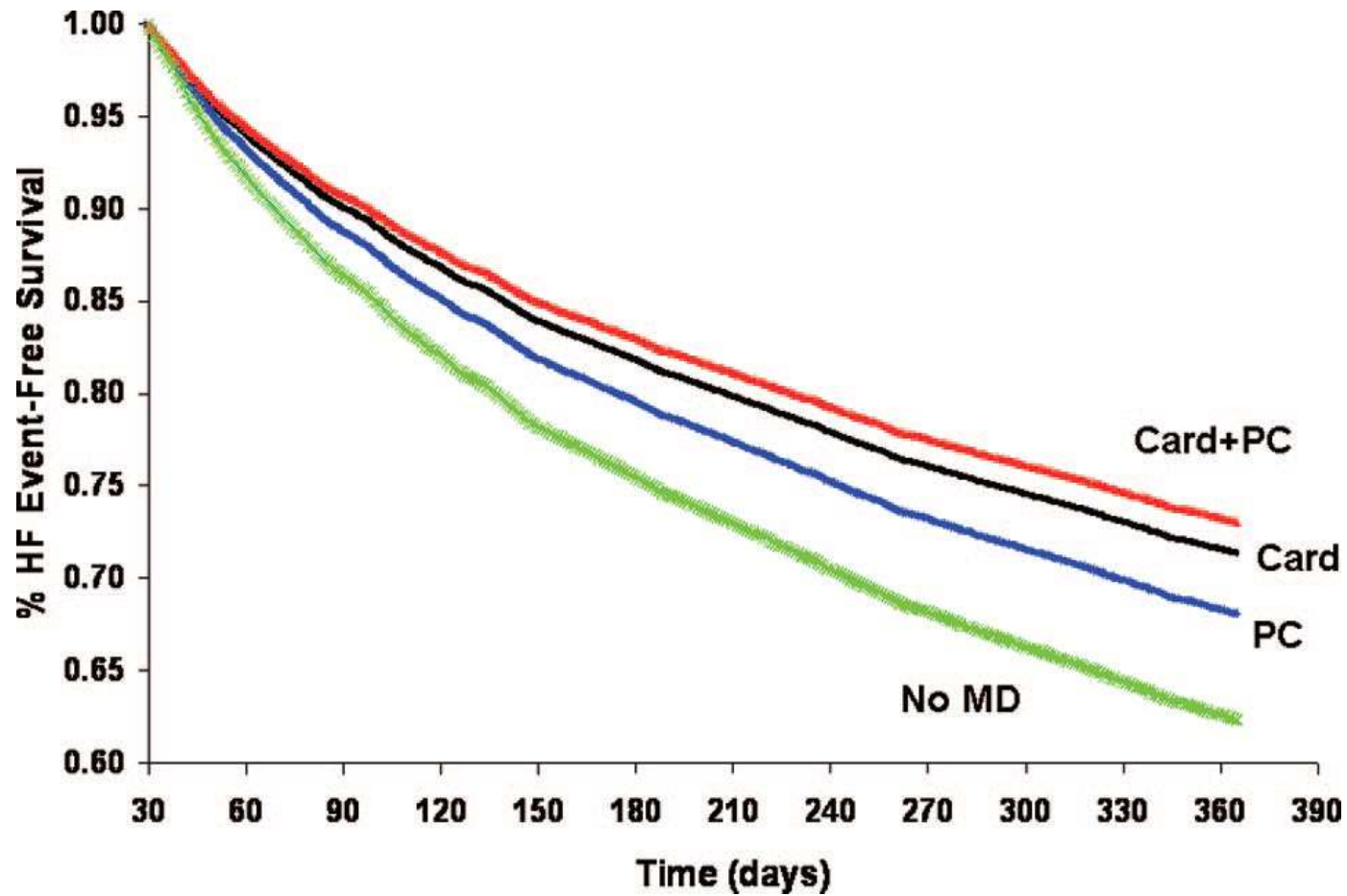


Figure. Mortality rates (left) and rates of deaths, ED visits, and hospitalizations for HF (right) in the patients with different post-discharge follow-up. Collaborative care indicates care by both a PC physician and a cardiologist. * $P=0.004$; ** $P<0.001$.

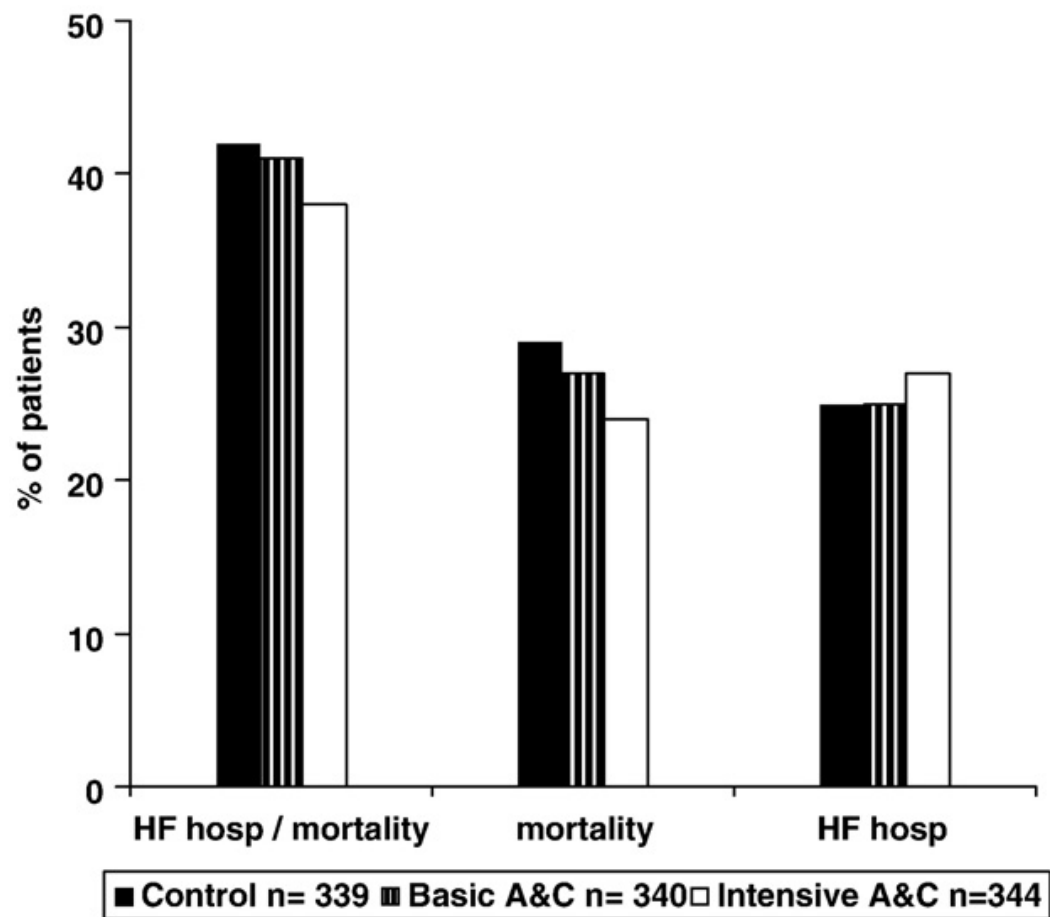
Importancia de Seguimiento conjunto AP-Cardio

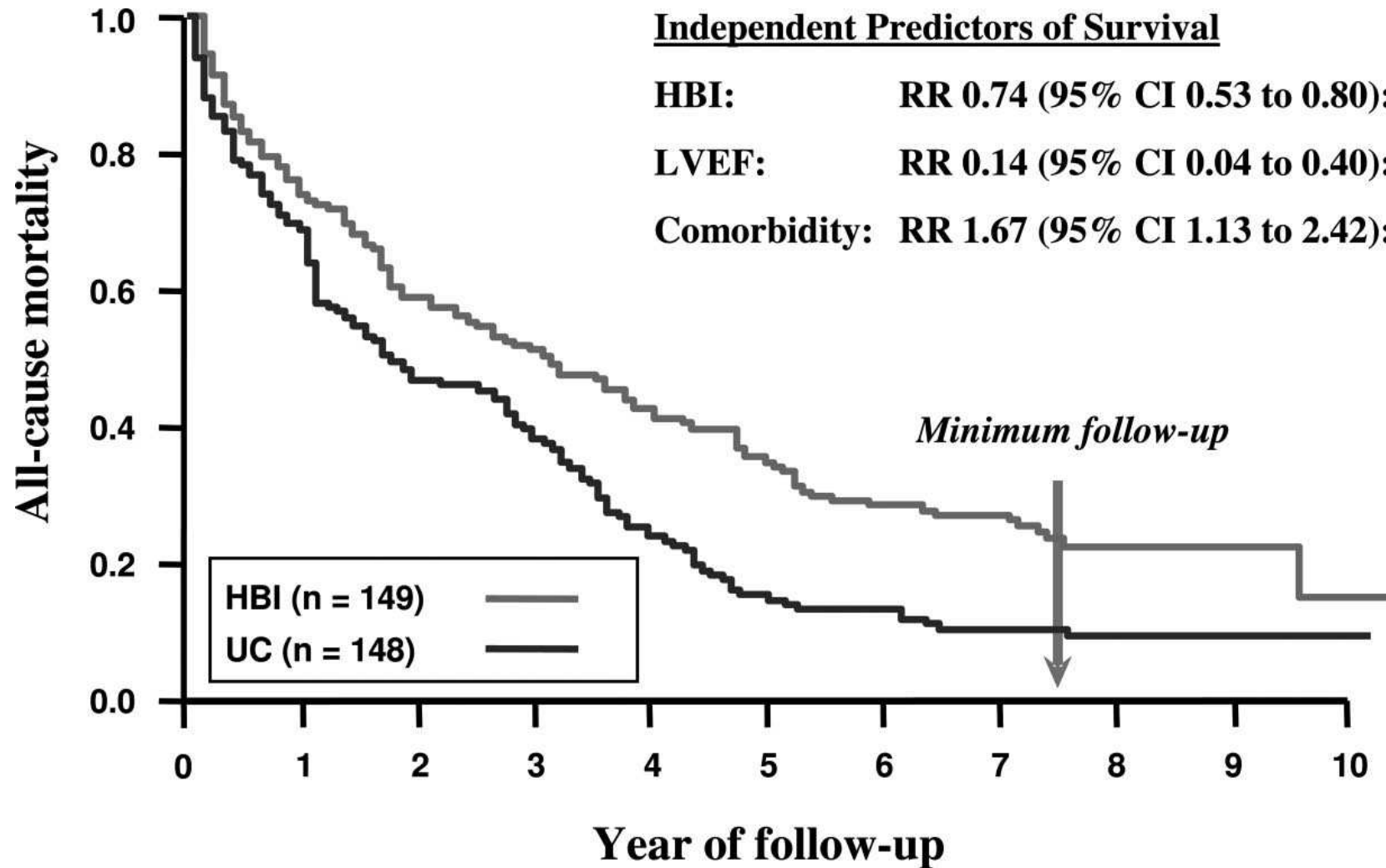


Importancia de Seguimiento conjunto AP-Cardio



Importancia de Seguimiento Intensivo



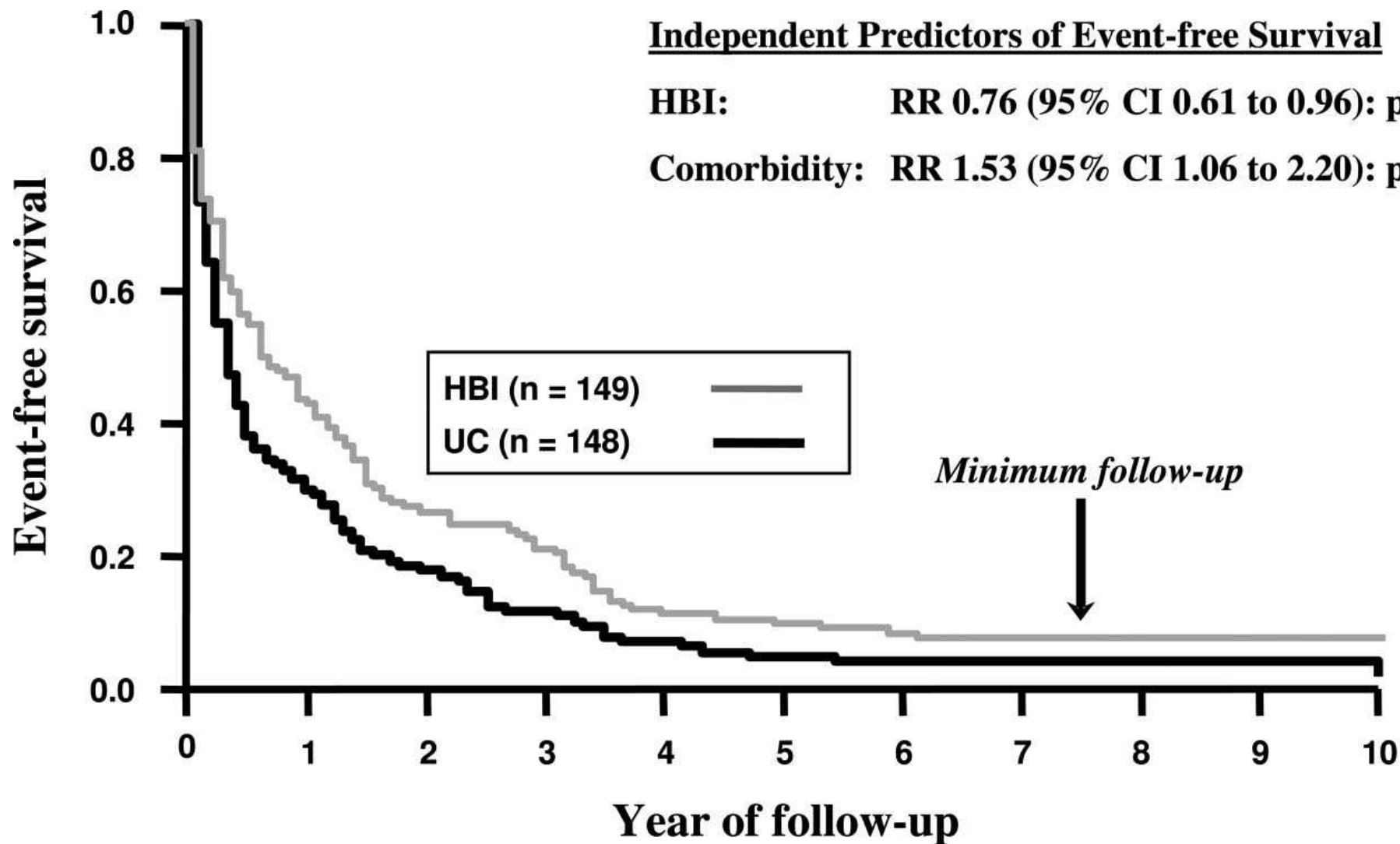


UC	148	100	69	58	38	24	21	18	13	6	2
HBI	149	112	88	78	68	58	55	52	28	13	4

Independent Predictors of Event-free Survival

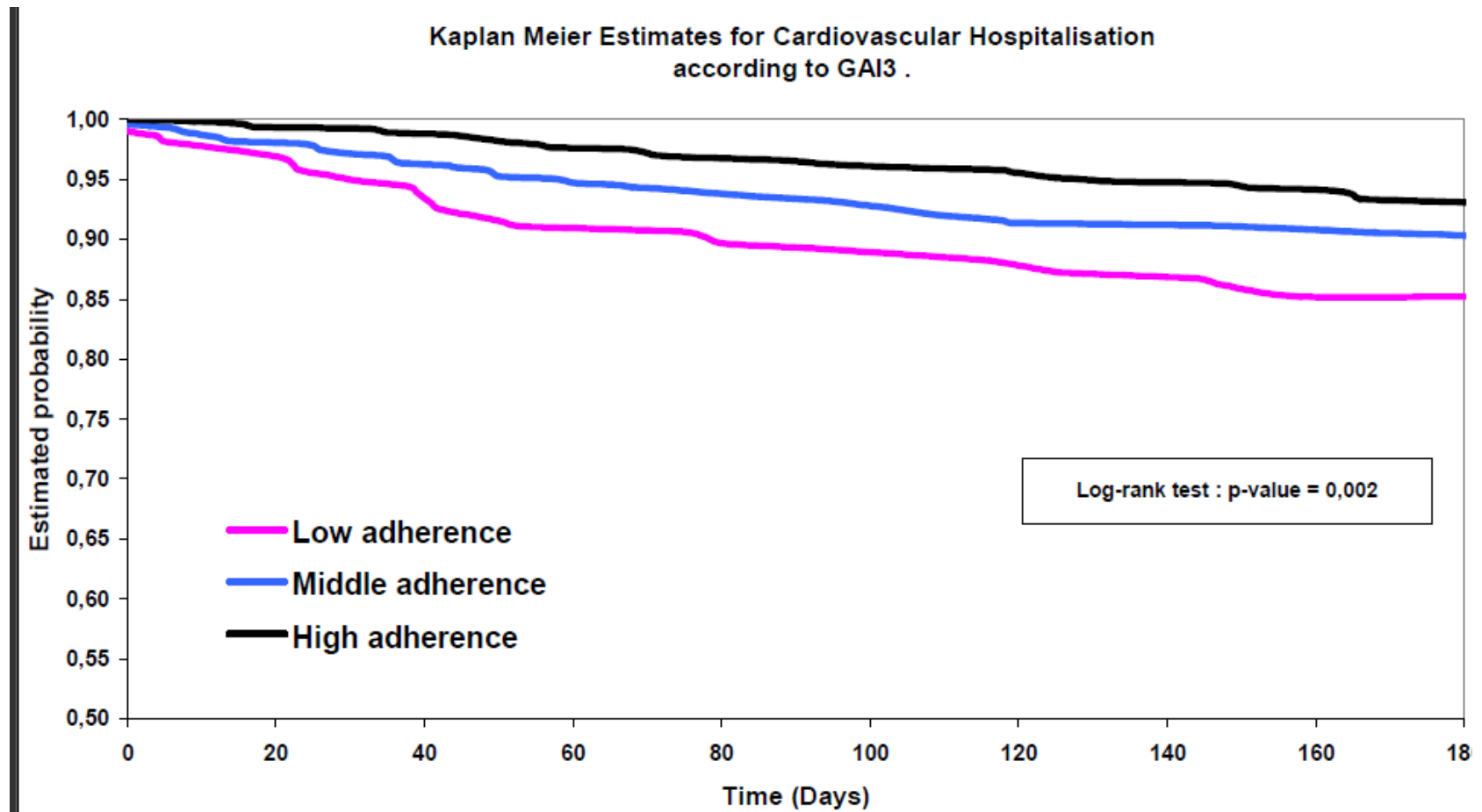
HBI: RR 0.76 (95% CI 0.61 to 0.96): p=0.010

Comorbidity: RR 1.53 (95% CI 1.06 to 2.20): p=0.022

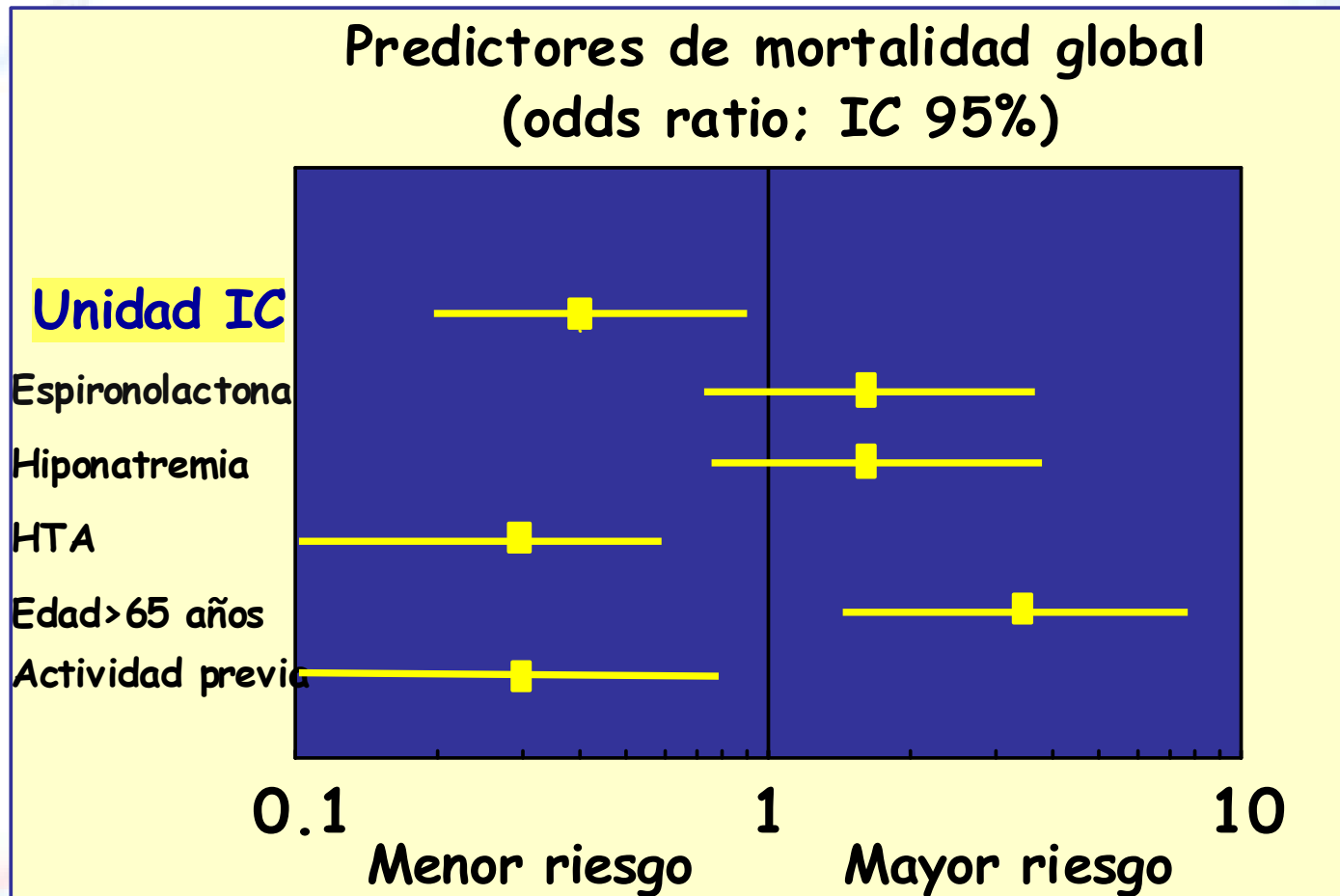


UC	148	39	23	13	7	3	2	2	2	2	1
HBI	149	64	40	30	20	13	9	6	4	4	4

Importancia de la Adherencia al tt^0



Resultados del programa



MANEJO MULTIDISCIPLINAR de la IC



- Seguimiento por equipo especializado multidisciplinar,
Reduce la mortalidad
Reduce las hospitalizaciones por IC
Reduce todas las hospitalizaciones
- Los programas enfocados a aumentar los autocuidados,
Reducen las hospitalizaciones por IC
Reducen todas las hospitalizaciones
- Los programas basados en seguimiento telefónico en AP,
Reducen las hospitalizaciones por IC

Todas estas estrategias reducen costes.

¿Cómo actuar en nuestro medio?



1. Educación Pte-Familia

Actuación similar a lo que hemos iniciado en C. Isquémica

¿Cómo actuar en nuestro medio?

- Es indispensable lograr la cooperación del paciente
 - Motivado
 - Comprender la naturaleza de su enfermedad
 - Comprender la utilidad de los consejos dietéticos y del tratamiento farmacológico
- Proporcionarle información que le permita comprender los distintos aspectos relacionados con el manejo de su enfermedad. Alimentación, ejercicio físico, cumplimentación del tratamiento
- Promover el autocuidado o el dedicado por sus cuidadores
 - Control de TA, pulso y peso diarios
 - Seguimiento de la medicación y detección de posibles efectos secundarios
 - Detección del inicio de las descompensaciones

¿Cómo actuar en nuestro medio?



2. Participación activa AP (DUE y MF)

- Seguimiento precoz (selección de ptes + riesgo / + síntom.)
- Ajuste ttº en Disfunción Sistólica (BB, IECA)
- Ttº precoz descompensaciones
- Contacto ágil Cardio (Consulta no presencial, Responsables de IC...)


¿Cómo actuar en nuestro medio?



3. Participación especializada (DUE, Cardiólogo)

- Seguimiento precoz (selección de ptes + riesgo / + síntom.)
- Apoyo a AP (CNP, DUE y Cardiólogo de IC)
- Tratamientos iv (“Hospital de Día”)

¿Podemos mejorar el manejo de la
IC?



SI, podemos

De forma muy notoria:

- Implicación AP-Cardiología