

Dificultades en el seguimiento de Insuficiencia cardiaca en Atención Primaria

Luis Mendo Giner
Consultorio Cadreita
Semergen Navarra

Dificultades en el seguimiento de Insuficiencia cardiaca (IC) en Atención Primaria (AP)

- REVISIONES
- TRATAMIENTO
- IC TERMINAL



Revisiones

“ No podemos hacer seguimiento de lo que no diagnosticamos”



¿Cada cuánto debo revisar a mis pacientes?

- **Individualizar** seguimiento, en IC crónica alternan de modo imprevisible periodos de estabilidad con otros de descompensación
- En paciente estable 2-3 visitas año en AP, cardiología anual o si descompensación.
- En paciente inestable 2-3 visitas semanales en AP, trabajo en equipo con enfermería
- Instruir al paciente para detectar “**signos de alarma**” que avisen de la descompensación

Signos de alarma

- **Ganancia de peso:**
 - Más de 1 kilo en un día
 - Más de 3 kilos en una semana
- Edemas
- Incremento de disnea
- Ortopnea
- Tos persistente en decubito
- Oliguria
- Fatigabilidad (cansancio intenso)



¿Qué debo medir y qué pruebas solicito en consulta de seguimiento?

- Detallada anamnesis: **capacidad funcional** (actividades vida diaria), síncope?, mareo no explicado?, palpitaciones?
- Constantes habituales: TAS/TAD , SAT O2, FC, FR , PESO (compararlo con peso en situación estable,-peso seco-).
Coordinación con DUE
- **Detectar hipotensión**,¿ reducimos dosis de fármacos?
- Búsqueda sistemática de signos de congestión pulmonar y sistémica, datos de bajo gasto.

¿Qué debo medir y qué pruebas solicito en consulta de seguimiento?

- Pruebas complementarias:
Individualizar por situación clínica y tratamiento.
Hemograma, bioquímica con FUNCIÓN RENAL e IONES, perfil lipídico, hepático, tiroideo (amiodarona), ácido úrico, completar según tenga diabetes, HTA...
- ECG sistemático: fibrilación auricular (FA), signos de isquemia, HVI, QRS>120 ms
- Rx tórax : anual ,valorar evolución cardiomegalia, signos pulmonares izquierdos (líneas B de Kerley, derrame pleural bilateral..) y en caso de descompensación

¿Qué debo medir y qué pruebas solicito en consulta de seguimiento?

❖ ¿Utilidad de péptidos natriuréticos (PN) en el seguimiento ?

- En especial el BNP y el NT-pro BNP han demostrado ser útiles en el seguimiento
- Niveles basales altos se asocian a peor pronóstico en supervivencia y eventos desfavorables
- Más útil la determinación seriada que aislada
- Tener en cuenta variaciones mayores del 30% del valor basal, cambios menores pueden deberse a variabilidad biológica y del método de medida
- Su uso como guía de tratamiento? Valor óptimo establecido?

• Falsos positivos y negativos?

Toughin R, et al. Amino-terminal pro-B-type natriuretic peptide measurement and treatment of chronic heart failure guided by amino-terminal pro-B-type natriuretic peptide measurement. Am J Cardiol. 2008 ;101:72-75

Pascual Figal D. y cols. Usefulness of clinical and NT-proBNP monitoring for prognostic guidance in destabilized heart failure outpatients. Eur Heart J. 2008;29n:1011-1018.

¿Qué debo medir y qué pruebas solicito en consulta de seguimiento?

❖ **ECOCARDIOGRAMA:**

- Es de utilidad en el seguimiento de la IC, cuando hay cambio clínicos en la evolución de los pacientes
- No es necesario sistemático en el seguimiento del paciente estable



¿Qué debo medir y qué pruebas solicito en consulta de seguimiento?

- Solicitud de ecocardiograma directa desde atención primaria en protocolo de coordinación con especializada (1)
- ¿En el caso de valvulopatía qué hacer?
- Dificultad: el paciente interioriza “cuando me aumenta la fatiga ,voy al hospital y me hacen ecocardiograma”, esto aumenta las derivaciones a cardiología
- Programas de formación en ecocardiograma a médicos de atención primaria, puesta en marcha en determinadas comunidades autónomas Madrid , Galicia, teleecocardiografía en Castilla y León....
....¿ es posible en nuestro medio?

Tratamiento

“Si no fuera por la gran variabilidad
existente entre distintos individuos, la
Medicina sería una Ciencia y no un arte”

Sir Wiliam Osler 1882, The Principles and Practice of
medicine

Tratamiento

- ❖ Manejo de la clasificación en ESTADIOS EVOLUTIVOS A-B-C-D de la American Heart Association y American College of Cardiology (AHA/ACC) complementa a la NYHA ¿puede ser útil en el seguimiento en AP?
- Estadio A: riesgo alto de IC , sin enfermedad cardiaca estructural ni síntomas
- Estadio B: enfermedad cardiaca con disfunción ventricular izquierda asintomática
- Estadio C: Síntomas de IC actualmente o en el pasado
- Estadio D: Enfermedad cardiaca avanzada ,muy sintomática o refractaria.
- El tratamiento por estadios facilita el trabajo en AP, como en EPOC, dolor
- Los dos primeros estadios NO corresponden a IC propiamente dicha

Tratamiento

- **Estadio A:**
Tratamiento de factores de riesgo (HTA, DM2, tabaquismo, síndrome metabólico, obesidad ,lípidos..)
- **Estadio B:**
Tratar factores de riesgo, corrección de causas (valvular, isquémico), IECA/ARA-II y B-bloqueantes en pacientes apropiados.
- **Estadio C:** aparecen síntoma o signos de IC, añadir aldosterona (clase funcional III-IV), resincronización en los que cumplen criterios .
Diuréticos para control sintomático, restricción de sal si congestión, digital si FA rápida
- **Estadio D:** fase avanzada , IC refractaria , intervenciones “extraordinarias” en especializada ,en paciente terminal cuidados paliativos



Dificultades, ¿qué hacer?

❖ Manejo IECA/ARA-II:

- ¿Qué hago ? si se eleva $K > 5.5$ mEq/l o hipotensión TAS < 80 mmhg.; o creatinina $> 2,5$ mg/dl o aumento 50% respecto basal?
- Tos o angioedema?

❖ Manejo BETABLOQUEANTES:

- ¿ Que hacer ? Si no tolera primeras dosis por astenia, bradicardia , hipotensión, broncoespamo, impotencia,
- El paciente es diabético, asmático o EPOC, ¿ inicio b-bloqueante? B1 selectivo.
- ¿Qué betabloqueante pauto?
- ¿Primero uso de inicio betabloqueante o después de iniciar IECA?.
- ¿ alcanzo dosis plenas de uno o subo ambos a la vez?
- ¿si tomaba diuréticos previos, riesgo de hipotensión?
- Una de las medidas más beneficiosas en IC Sistólica

Dificultades, ¿qué hacer?

❖ **Inhibidores de la Aldosterona:**

- ESPIRONOLACTONA: usar en grado funcional III-IV , o recién hospitalizados por descompensación, disfunción ventricular sintomática tras IAM. Disminuye la morbimortalidad
- No en IR creatinina >2,5 mg/dl ni hiperpotasemia >5,5 mEq/l basales
- Iniciar dosis bajas 12,5-25 mg diarios vigilancia periódica de tensión arterial, creatinina y potasio.

❖ **Hidralacina y nitratos:**

- Menos experiencia en AP
- Efectos adversos significativos
- Raza negra o alternativa la intolerancia IECA/ARA-II

Dificultades, ¿qué hacer?

❖ **DIURÉTICOS:**

- Tratamiento sintomático fundamental en insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) para resolver sobrecarga hídrica en forma de congestión sistémica y/o edema periférico.
- En combinación con IECA y B-bloqueantes.
- En ausencia de sobrecarga hídrica NO usar
- Si ICC leve con tiazidas suficiente, son menos eficaces si $FG < 30$ ml/min
- En ICC más sintomática usar diuréticos de asa o asociar
- ICC grave uso intravenoso, ¿Cómo usar esta vía para tratar en AP?, para lograr balance hídrico negativo.
- Dosis incluso de 1 gr. de furosemida /día, a veces son ineficaces por IR , reducción absorción intestinal o desarrollo de resistencia al diurético, alternativas infusión continua i.v; asociar o cambiar a torasemida mejor biodisponibilidad oral y efecto diurético más estable

Dificultades, ¿qué hacer?

- ❖ Papel de las estatinas: ¿debemos usarlas en IC?
 - En conjunto no parece deducirse que las estatinas ofrezcan beneficios concluyentes ,limitándolas a las indicaciones establecidas
- ❖ ¿Qué medidas higiénico dietéticas debo insistir al paciente?
 - Importancia igual o mayor que los fármacos
 - Reducción de la SAL , hasta 2-3 gr. día en paciente congestivo
 - Informar necesidad de limitar ingesta hídrica
 - ICC avanzada :**PESARSE cada 1-2 días**, entrenar a los pacientes para modificar dosis de diurético de forma flexible para evitar descompensación e ingreso hospital.
 - Continuidad de tratamiento, NO abandonar por efectos secundarios
 - No FUMAR, No ALCOHOL
 - Ejercicio físico regular
 - Programas de rehabilitación cardiaca, en clase funcional II-III, ¿Dónde?

Dificultades, ¿qué hacer?

Mi paciente tiene :

- - **Anemia**,
- - **Hiponatremia**: es marcador de mal pronóstico $<135\text{mg/dl}$, $<125\text{ mg/dl}$ fase terminal de la enfermedad, restringir agua, aparición de sed por estímulo de ADH. IECA más diurético de asa pueden subir el sodio.
- - **Hiperpotasemia** ?
- - En fibrilación auricular rápida que tratamiento uso ,¿ya toma betabloqueantes?
- - Sigue hipertenso con dosis máximas de IECA, B-bloqueante y espironolactona
 - Presenta hipotensión ,¿ retiro el tratamiento?
- - Si tiene **valvulopatía** , ¿como actúo?
- -¿ Cuándo está indicado un **desfibrilador**?

Insuficiencia cardiaca en fase terminal

- Reconocer la fase terminal debemos dar un cambio mentalidad en nosotros mismos y en entorno del paciente, objetivo:
 - Alivio síntomas
 - Apoyo paciente
 - Apoyo familia
- Nuestro servicio de paliativos NO atiende paciente no oncológico



“ ...los pacientes terminales temen más lo desconocido que lo conocido, el desinterés del médico más que sus errores, el proceso de morir más que la muerte en si”

Doyle 1986



CONCLUSIONES

ORGANIGRAMA EMPRESA



Conclusiones

El seguimiento de la IC en AP precisa:

Formación de los profesionales en TRATAMIENTO:

- Manejo de betabloqueantes , IECA , sus dosis ,efectos secundarios, como titular la escalada de dosis, como asociar.
- Usar espironolactona, que controles precisa, con que podemos asociar, que hacer si se eleva potasio
- En caso de intolerancia NO dar por perdido ese tratamiento, los efectos adversos son DINAMICOS, pueden cambiar con el tiempo o las circunstancias, volver a intentar .
- Diuréticos :NO son la base del tratamiento, SI usar como sintomático de la ICC, ¿Cómo debemos usarlos? ¿Cuál?
- PNB , definir su uso en seguimiento.

Conclusiones

Formación profesionales de **enfermería** en:

- Educación del paciente y familiares en las medida higiénico dietéticas en la IC
- Enseñar control de PESO para detectar las descompensaciones de forma precoz.
- Entrenar a los pacientes para modificar las dosis de diuréticos de forma flexible
- Control de constantes habituales TA, pulsioximetría, ECG,
- ¿Cómo implantar tratamiento de diuréticos intravenosos en AP?

COORDINACION



Conclusiones

❖ COORDINACIÓN CON CARDIOLOGÍA:

- El paciente en cuanto aumenta la disnea asocia la visita al cardiólogo con el ecocardiograma y piensa que sino le hacen esta prueba no esta bien atendido.
- **Protocolo conjunto atención primaria -cardiología para :**
- Solicitud de ecocardiograma cuándo? ,como? , explicar al paciente que el seguimiento es conjunto
- ¿Cuándo se debe derivar en caso de descompensación?
- Resolución de dudas por consulta vía mail
- Revisión de casos conjunta, para ello un medico de AP de cada zona básica acudirá con periodicidad a sesiones presenciales con cardiólogo de área, comentaran casos que se hayan preparados en sesiones de los médicos de AP de esa zona básica.
- Docencia: con sistema de formador de formadores

Conclusiones

❖ ALTA HOSPITALARIA:

- Falta de coordinación, el paciente llega al domicilio con múltiples tratamientos nuevos, sin educación de medidas higiénico dietéticas, en las primeras dosis de medicación se dan los efectos secundarios y rechazo del paciente a fármacos imprescindibles para la IC
- Altas en viernes o vísperas de festivos muchos pacientes no inician los tratamientos hasta hablar con medico AP, y reingresa por descompensación.
- Coordinación con AP previa al alta, prepara la infraestructura de la familia para la llegada del paciente al domicilio, enfermera de enlace
- Creación de unidades ESPECIFICAS de Insuficiencia cardiaca
- Creación de unidad de rehabilitación cardiaca
- Insuficiencia cardiaca terminal : CUIDADOS PALIATIVOS



GRACIAS

