



INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

1 DEFINICIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

La insuficiencia cardiaca se define como un síndrome clínico caracterizado por síntomas específicos (disnea o fatiga) en la historia clínica y signos (edemas o estertores) en la exploración física.

Criterios diagnósticos .

- I. Síntomas de insuficiencia cardiaca (en reposo o durante el ejercicio)
- II. Evidencia objetiva de disfunción cardiaca (sistólica o diastólica)
- III. Respuesta al tratamiento dirigido a la insuficiencia cardiaca

Los criterios I y II se deben cumplir en todos los casos.

2 CLASIFICACION DE LA NYHA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

El método más utilizado para cuantificar el grado de limitación funcional impuesta por la IC es el desarrollado por la NYHA.

Clase I. Sin limitación: el ejercicio físico normal no causa fatiga, disnea o palpitaciones indebidas.

Clase II. Ligera limitación de la actividad física; sin síntoma en reposo, la actividad física normal causa fatiga, palpitaciones o disnea.

Clase III. Acusada limitación de la actividad física. Sin síntomas en reposo, cualquier actividad física provoca aparición de síntomas.(esfuerzo inferior al ordinario)

Clase IV: Síntomas incluso en reposo.

3 PRUEBAS DIAGNOSTICAS

3.1 PRIMERA VISITA EN CONSULTA.

Paciente remitido para valoración por síntomas y signos de IC

Historia clínica minuciosa y exploración física meticulosa para identificar trastornos cardiacos y no cardiacos o comportamientos que pudieran causar o acelerar el desarrollo o la progresión de IC.

ECG: Los cambios electrocardiográficos son comunes en los pacientes con ICC. El complejo QRS mayor de 120 msg sugiere la presencia de disincronía que debe ser considerada.

Radiografía de tórax: Es útil para valorar cardiomegalia y congestión pulmonar

Hematología y bioquímica. Se solicitarán: hemograma completo, función renal e iones, glucemia en ayunas, perfil lipídico, pruebas de función hepática y pruebas de función tiroidea para evaluar hiper o hipotiroidismo que pueden ser causa primaria o contribuyente de ICC.



Ecocardiograma: Prueba diagnóstica más útil en la evaluación de los pacientes con IC. Debe evaluar la función ventricular sistólica y diastólica, la estructura del VI y si hay otras alteraciones estructurales como anomalías valvulares, del pericardio, o del VD que puedan justificar los síntomas del paciente.

Holter: La monitorización electrocardiográfica continua se restringirá a los pacientes con IC crónica y síntomas sugestivos de arritmia.

Estudios de imagen no invasivos: son razonables para detectar isquemia y comprobar viabilidad antes de plantear revascularización (Ver esquema).

Coronariografía: En los pacientes con MD el beneficio de realizar coronariografía a todos no está claro. Constituye una recomendación IIB. Debe efectuarse en aquellos pacientes con alta sospecha de enfermedad coronaria y miocardio isquémico-hibernado. Aquí se incluirían los pacientes con angina evidente o a quienes una prueba de viabilidad miocárdica haya resultado positiva.

3.2 PACIENTE SEGUIDOS HABITUALMENTE EN CONSULTA

ECG: permite identificar cambios durante el seguimiento

Rx tórax: no se recomiendan las radiografías seriadas durante el seguimiento

Datos de laboratorio: vigilancia periódica de electrolitos séricos y de función renal. El empeoramiento de la función renal puede requerir ajuste de la dosis de diuréticos, inhibidores del sistema renina –angiotensina aldosterona y digoxina. La aparición de hiponatremia o anemia puede ser signos de progresión de la enfermedad y se asocia a reducción de la supervivencia.

Ecocardiograma: se solicitará cuando el paciente haya experimentado cambios en su situación clínica. La mejoría puede reflejar la recuperación de un trastorno previo como miocarditis viral o hipotiroidismo, el empeoramiento puede reflejar la progresión gradual de la enfermedad o un nuevo episodio.

Consumo de O2. Se solicitará en pacientes en grado funcional III, correctamente tratados, menores de 65 años y sin contraindicaciones para trasplante cardíaco.

Se solicita desde la Unidad de ICC avanzada a la que deben ser remitidos.

4 TRATAMIENTO

Objetivos del tratamiento

- 4.1 Prevenir, objetivo primario. Prevención tanto de la aparición como de la evolución
- 4.2 Mantenimiento o mejora de la calidad de vida
- 4.3 Mejoría de la supervivencia



TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON IC CRÓNICA

Medidas higiénico dietéticas. Dieta sosa, restricción de líquidos, control de peso, autocontrol de las dosis de diurético.	Entrega de tríptico de ICC	
Diuréticos(IA):tratamiento sintomático, se deben combinar con IECA y Betabloqueante.	Indicada si signos o síntomas congestivos	
Espironolactona: dosis inicial 25 mg/ 24 h v.o IB Eplerenona, postinfarto con FE <40% e IC o diabetes	Indicada si disnea en GF III o IV Contraindicada: si K >5 mmol/L o creatinina > 2.5 mg/dl	
Valorar suplementos de potasio si hipoKalemia		
Digoxina: 0,125 a 0,25 mg/día (IIA) - Si síntomas persistentes de IC durante el tratamiento con IECA, Bb y diuréticos. - Puede reducir hospitalizaciones	Indicada en FA asociada a Bb Contraindicada: bradicardia, bloqueo AV 2 y 3 grado, disfunción sinusal, sd. Seno cardotídeo, WPW, MHO, hipoK, hiperCa++	
IECA(IA) IECA Dosis inicio Mantenimiento Captopril 6.25 mg/ 8 h 25-50 mg/8 h Enalapril 2.5 mg/ 24 h 10 mg/12 h Lisinopril 2.5 mg/ 24 h 5-20 mg/24 h Ramipril 1.25-2,5mg/24h 2.5- 5 mg/12 h Trandolapril 1 mg/24 h 4 mg/ 24 h	La dosis inicial debe ser baja e ir aumentando progresivamente Con precaución en : -K >5 mmol/L -creatinina > 2.5mg/dl -TAS < 90 mmHg sintomática Contraindicados: angioedema por IECA's y estenosis de arterias renales bilaterales	
ARA II (IA si no se toleran IECA, IIA de primera línea) ARA II Dosis diaria Candesartán 4-32 mg Valsartán 80-320 mg Eprosartán 400-800 mg Losartán 50-100 mg Irbesartán 150-300 mg Telmisartán 40-80 mg	Alternativa de elección si hay contraindicaciones o intolerancia a IECA's. Valorar en pacientes que a pesar de tratamiento con IECA's presentan síntomas. Sólo disponen de efectos documentados sobre la mortalidad/morbilidad del candesartán y valsartán	
Betabloqueantes (IA) Betabloqueante Dosis inicio Dosis objetivo Bisoprolol 1.25 mg 10 mg Metoprolol 12.5 mg 200 mg Carvedilol 3.125 mg 50 mg Nebivolol 1.25 mg 10 mg	NO iniciarlos durante la fase aguda. Se pueden mantener si la descompensación de la IC es puramente congestiva y no se acompaña de bajo gasto Si la descompensación se produjo al aumentar la dosis volver a la previa Si hay gasto cardiaco bajo suspenderlos	
EVITAR en la medida de lo posible: -AINES e inhibidores de la ciclooxigenasa (COX) -antiarrítmicos clase I -antagonistas del calcio -antidepresivos tricíclicos -corticoides -Litio.		



5 SEGUIMIENTO

- ❖ Paciente estable: seguimiento cada seis meses o anual.
- ❖ Paciente con deterioro de su grado funcional menor de 65 años : remitir a Unidad de IC avanzada
- ❖ Paciente con deterioro de su grado funcional, mayor de 65 años, con criterios de resincronización y tratamiento optimizado: remitir a unidad de IC avanzada.
- ❖ Paciente alta de planta menor de 65 años con disfunción ventricular sin opción terapéutica : remitir a Unidad de IC avanzada
- ❖ Paciente alta de planta mayor de 65 años, no candidato a resincronización ni otra opción terapéutica: una vez optimizado el tratamiento valorar seguimiento por su MAP.

6 OTRAS MEDIDAS

6.1 DAI

- ❖ Se recomienda DAI como prevención secundaria en pacientes con síntomas actuales o previos de IC y reducción de FVI que tengan antecedentes de PCR, FV o TV hemodinámicamente desestabilizadora.
- ❖ Se recomienda DAI como prevención primaria en pacientes con cardiopatía isquémica, que hayan sufrido un IAM al menos 40 días antes, tengan una FE menor o igual al 30%, presenten un buen grado funcional y tengan esperanza de vida razonable.
- ❖ Se puede considerar la implantación de un DAI en combinación con un marcapasos biventricular en pacientes que permanecen sintomáticos con IC severa , en clase funcional III-IV con una FEVI $\leq 35\%$ y una duración del QRS ≥ 120 msg, recibiendo el tratamiento médico

Se valorará edad biológica del paciente y comorbilidad a la hora de indicar un desfibrilador.

6.2 TERAPIA DE RESINCRONIZACION.

Los pacientes con una FEVI $\leq$ del 35%, en ritmo sinusal, con síntomas en clase funcional III a pesar del tratamiento optimizado y que presenten falta de sincronía cardíaca actualmente definido como duración del QRS ≥ 120 msg deben recibir tratamiento de resincronización cardíaca a menos que esté contraindicado.(IA)

En pacientes en FA, hay datos favorables del beneficio de la TRC que apoyan la indicación de la misma; por lo que si se cumplen el resto de los criterios puede plantearse esta opción terapéutica

