



PROTOCOLO COORDINADO ATENCIÓN PRIMARIA-HOSPITALARIA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA DE CASTILLA Y LEÓN



SOCIEDAD
CASTELLANO-LEONESA
DE CARDIOLOGÍA



SEMG Castilla y León
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia



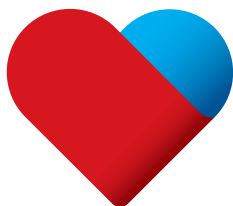
SEMERGEN
AP
Sociedad Española
de Atención
de Medicina
de Castilla
y León



socalemFYC



fucalec
FUNDACIÓN DE LA SOCIEDAD PROFESIONAL
CASTELLANO-LEONESA DE CARDIOLOGÍA



PROTOCOLO COORDINADO DE ATENCIÓN PRIMARIA-HOSPITALARIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA DE CASTILLA Y LEÓN

Documento editado por la **SOCALC**
(Sociedad Castellano y Leonesa de Cardiología)

en colaboración con:
SOCALCFyC,
SEMERGEN Castilla y León
y **SEMG Castilla y León**

Este documento tendrá actualizaciones periódicas en función del avance del conocimiento.

Edición Mayo 2022

© Documento editado por la SOCALEC

ISBN: 978-84-09-41265-5

Imprime: MATA Digital, S.L.
Pza. Universidad, 2
47002 Valladolid

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO Y DE LA REALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO COMUNITARIO PARA EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome complejo que deriva de una anomalía estructural o funcional del corazón que produce una disminución de su capacidad para mantener el gasto cardíaco adecuado, o hacerlo a expensas de elevación de presiones intracavitarias

Este mal funcionamiento ocasiona síntomas como disnea, fatigabilidad, ortopnea, así como retención hidrosalina tanto a nivel pulmonar como periférico. Todo ello reducen la capacidad funcional de los pacientes y limitan su calidad de vida.

La prevalencia de la IC en el mundo es muy elevada y sus cifras siguen en aumento, motivo por el cual se habla de esta entidad como la epidemia del siglo XXI. En EEUU se calcula que dicha prevalencia aumentará, en el año 2030 un 25% respecto a la actual^[1]. En España se estima una prevalencia de 1-2% de la población adulta pero alcanza un 8-17% en mayores de 70 años. Además el tratamiento de las distintas afecciones como la cardiopatía isquémica, las valvulopatías o los trastornos del ritmo hace que aumente significativamente la supervivencia pero a expensas de un aumento también de la prevalencia^[2]. Este problema se agrava más si cabe en una población como la de nuestra Comunidad que tiene una de las poblaciones más envejecidas de todo el territorio nacional^[3].

La IC consume el 1-2% del gasto sanitario, principalmente debido a las hospitalizaciones. 1 de cada 4 pacientes hospitalizados por IC reingresarán en los 30 días posteriores al alta, la mayoría de hospitalizaciones (61%) ocurrieron en los 15 primeros días^[4]. El riesgo de mortalidad en los 30 días posteriores al alta es dos veces mayor que el riesgo a los 6 meses^[5]. Los pacientes con IC tienen una peor supervivencia que los pacientes con alguno de los cánceres más comunes^[6]. Tras su primera hospitalización aproximadamente 6 de cada 10 fallecen a los cinco años^[7].

En nuestro país el coste estimado en el seguimiento de un paciente con IC durante un año se sitúa entre los 12.995-18.220 €^[8].

Existen múltiples estudios que relacionan la existencia de un plan de gestión que contenga un plan de educación y seguimiento de este tipo de pacientes con un drástico descenso de reingresos (85%) y/o vistas a los servicios de urgencias (73%)^[8].

Sin embargo, pese a ser una patología tan habitual y con el gasto sanitario más grande también es muy sensible a la educación tanto del paciente como de los familiares así como a los cuidados que se le proporcionen. Esta educación y cuidados evitará los reingresos y previene la progresión de la enfermedad en pacientes que ingresan y reingresan por IC⁽¹⁰⁾.

Todas estas razones justifican el hecho de que a esta patología se le proporcione una adecuada atención que, en la actualidad pasa por realizar un diagnóstico adecuado, planificar adecuadamente el alta garantizando una continuidad de cuidados así como la adquisición de unos conocimientos básicos de la patología. Además, debe de realizarse un seguimiento adecuado que incluya visita precoz y continuidad de las mismas así como prestar especial atención a las descompensaciones intentando anticiparse a las mismas. Todas estas claves son el motivo para la realización siendo tenidas muy en cuenta en la elaboración de este protocolo

Dra. María José Ruiz Olgado

Coordinadora del Grupo de Atención Primaria de SOCALEC

Dr. Francisco Vicente Martínez García

Presidente Semergen Castilla y León

Dr. Eduardo Lamarca Pinto

Presidente Socalemfyc

Dra. Carmen Sánchez Peinador

Presidenta SEMG Castilla y León

Dra. Ana María Serrador Frutos

Presidenta SOCALEC

JUSTIFICACIÓN

BIBLIOGRAFÍA

Referencias bibliográficas del texto:

- (1) Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics--2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;127(1):e6-e245. doi: 10.1161/CIR.0b013e31828124ad.
- (2) Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66(8):649-56. doi:10.1016/j.recesp.2013.03.014
- (3) Indicadores de Estructura de la Población. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1489>. Fecha de acceso: 20 de febrero 2021.
- (4) Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LJ, et al. Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. *JAMA*. 2013;309(4):355-63. doi:10.1001/jama.2012.216476.
- (5) Solomon SD, Dobson J, Pocock S, Skali H, McMurray JJ, Granger CB, et al. Influence of nonfatal hospitalization for heart failure on subsequent mortality in patients with chronic heart failure. *Circulation*. 2007;116(13):1482-7. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.696906.
- (6) Mamas MA, Sperrin M, Watson MC, Coutts A, Wilde K, Burton C, et al. Do patients have worse outcomes in heart failure than in cancer? A primary care-based cohort study with 10-year follow-up in Scotland. *Eur J Heart Fail*. 2017;19(9):1095-104. doi: 10.1002/ehf.822.
- (7) Fernández-Gassó L, Hernando-Arizaleta L, Palomar-Rodríguez JA, Abellán-Pérez MV, Hernández-Vicente Á, Pascual-Figal DA. Estudio poblacional de la primera hospitalización por insuficiencia cardíaca y la interacción entre los reingresos y la supervivencia. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72(9):740-8. doi:10.1016/j.recesp.2018.05.037
- (8) Aldama López G, Piñero Portela M, Campo Péreza R, Piñón Esteban P. Insuficiencia cardíaca: concepto, epidemiología, clasificación, etiología y fisiopatología. *Medicine*. 2015; 9(35):2279-90. doi: 10.1016/S0211-3449(05)73717-6
- (9) Cerqueiro JM, González-Franco A, Montero-Pérez-Barquero M, Llácer P, Conde A, Dávila MF, et al. Reducción de ingresos y visitas a Urgencias en pacientes frágiles con insuficiencia cardíaca: resultados del programa asistencial UMIPIC. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2016;216(1):8-14.. doi: 10.1016/j.rce.2015.07.006.
- (10) Actualización del decálogo de transición del paciente hospitalizado con Insuficiencia Cardíaca. Sociedad Española de Cardiología. Publicado el 18 de junio de 2021. Disponible en: <https://secardiologia.es/multimedia/cardiotev/12646-transicion-del-paciente-hospitalizado-con-insuficiencia-cardiaca>. Acceso: 2 de agosto de 2021.

GRUPO DE TRABAJO

AVILA

Dr. Miguel Gutiérrez Almarza (Medicina de Familia)

Dra. Ana Arconada Pérez (Medicina de Familia)

Dr. Pedro Perdiguero (Cardiología)

BURGOS

Dra. Eva M^a Asensio Esteban (Medicina de Familia)

Dr. Andrés García García (Emergencias Sanitarias)

Dra. M^a Angeles Gil López (Medicina de Familia)

Dr. Andrés Martínez Beceiro (Medicina de Familia)

Dra. Ester Sánchez Corral (Cardiología)

Dr. Álvaro Roldán Sevilla (Cardiología)

Dr. Favio Aníbal Rojas Simoni (Cardiología)

Dra. Ana María Ruíz Moreno (Soporte de Atención Domiciliaria)

LEON

Dr. Miguel Rodríguez Santa Marta (Cardiología)

Dr. Fernando Álvarez Guisasola (Medicina de Familia)

Dra. Ana María Pérez Laorden (Medicina de Familia)

PALENCIA

Dra. Irene Blanco Martínez (Cardiología)

Dra. Teresa Cano Mozo (Cardiología)

Dr. Daniel Alberto San Segundo Rivera (Medicina Interna)

Dr. Juan Manuel Monge Aramburu (Medicina de Familia)

Dr. Victor Calatrava Gallardo (Médico de Familia)

Dr. Oscar Antón Rubio (Médico de Familia)

Dra. María Paz Morillas Santamaría (Médico de Familia)

SALAMANCA

Dr. Valentín Alberca Herrero (Medicina de Familia) **SECRETARIO DEL GRUPO**

Dr. David González Calle (Cardiología)

Dra. Esther Guitérrez Piedra (Medicina de Familia)

SEGOVIA

Dra. Cristina Lezcano Pertejo (Cardiología)

Dra. Carmen Sánchez Peinador (Medicina de Familia)

SORIA

Dr. Patricio Arribas Arribas (M.Interna-Cardiología)

Dra. Cristina Gonzalo García (Medicina de Familia)

VALLADOLID

Dra. Celia Curieses Andrés (Medicia Urgencias-Medina del Campo)

Dra. Carolina Hernández Luis (Cardiología-Clínico)

Dra. Teresa Pérez Sanz (Cardiología-Río Hortega)

Dra. Susana Sánchez Ramón (Medicina de Urgencias-Río Hortega)

Dra. Ana María García Rodríguez (Medicina de Familia)

Dra. María Hernández Carrasco (Medicina de Familia)

ZAMORA

Dra. Mercedes Prieto Matellan (Médico de Familia)

Dra. M^a Jesús Fuentes (Médico de Familia)

Dra. M^a José Ruiz Olgado (Cardiología) **COORDINADOR GRUPO**

COMITÉ CIENTÍFICO

SOCALC

Dra. Ana María Serrador Frutos

SEMERGEN

Dr. Francisco Vicente Martínez García

SOCALCMFyC

Dr. Eduardo Lamarca Pinto

SEMG Castilla y León

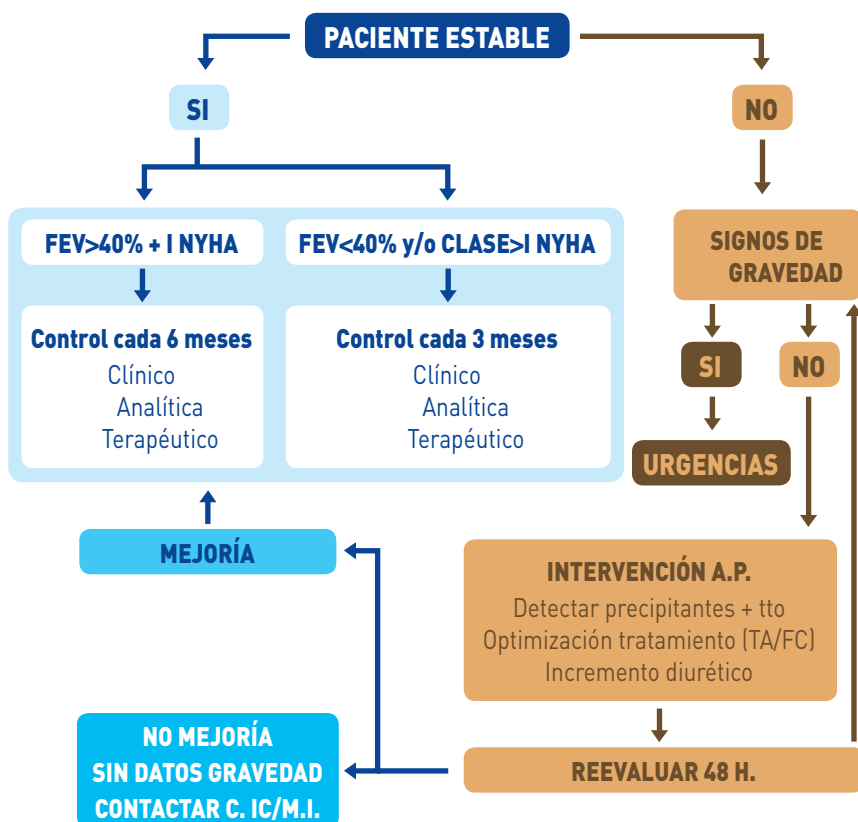
Dra. Carmen Sánchez Peinador

ÍNDICE

Manejo de la Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria	13
Insuficiencia cardíaca ya conocida	13
Insuficiencia cardíaca aguda	14
Insuficiencia cardíaca crónica estable.....	14
Criterios de ingreso desde urgencias y criterios de ingreso en cada unidad (<i>UCI/Coronarias, Cardiología y Medicina Interna</i>)	15
Manejo de descompensación en pacientes con I.C. ya diagnosticada	18
Tratamiento de la IC con FEVI-conservada ($\geq 50\%$)	20
Tratamiento de la IC con FEVI-reducida ($\leq 40\%$)	20
Tratamiento de la IC con FEVI-ligeramente reducida (41-49%)	20
Fármacos con impacto en el pronóstico ($<$ mortalidad) para todos los pacientes	20
¿Cómo iniciar tratamiento con Sacubitrilo-Valsartán?	22
Manejo farmacológico de situaciones frecuentes	23
Manejo de las comorbilidades cardiovasculares	25
Manejo de las comorbilidades no cardiovasculares en la insuficiencia cardíaca	33
Cuidados paliativos en IC avanzada	39
Anexos	43

MANEJO DE LA I.C. EN ATENCIÓN PRIMARIA

INSUFICIENCIA CARDÍACA YA CONOCIDA



INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

SEGUIMIENTO AL ALTA *(Primeros 7 días post-alta)*

Control Clínico

1. Comprobar persistencia mejoría clínica: peso, TA, FC, SatO₂
2. Comprobar información al alta: Etiología, FEVI, intervenciones pendientes desde A. Hospitalaria (cita revisión, procedimientos pendientes).

Control Medicación

1. Comprobar Adherencia y cumplimiento.
2. Comprobar ausencia efectos secundarios.
3. Titulación-optimización dosis.

Control analítico

Mínimo: Función renal e Iones.

Control ECG

Electrocardiograma basal post-alta.

INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA ESTABLE

(Paciente ya diagnosticado)

CLASE I NYHA FEVI > 40%

CADA 6 MESES

CLASE NYHA > I Y/O FEVI < 40%

CADA 3 MESES

1. **Control signos y síntomas IC**
(FC, TA, Peso, Auscultación Cardio-pulmonar, PVY, edema periférico, disnea)
2. **Control terapéutico**
(Adherencia, efecto secundarios, optimización dosis).
3. **Control analítico**
(Hemograma, función renal e iones).

CRITERIOS DE INGRESO DESDE URGENCIAS Y CRITERIOS DE INGRESO EN CADA UNIDAD (UCI/CORONARIAS, CARDIOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA)

Pacientes que podrían ser dados de alta desde urgencias:

Pacientes con ICA (principalmente como exacerbación de los síntomas de IC crónica) con signos sutiles de congestión, sin disfunción renal, valores de troponina negativos y un nivel de PN bajo; tras una pequeña dosis de diuréticos y algunos ajustes del tratamiento oral pueden ser dados de alta directamente desde el servicio de urgencias con la recomendación de realizar un seguimiento clínico en régimen ambulatorio.

Pacientes con indicación de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos

Con disponibilidad de ventilación mecánica invasiva, terapia de sustitución renal y soporte circulatorio de corta duración]:

- Necesidad de intubación (o ya intubado).
- Mala respuesta a la FiO2 alta o a la VNI.
- Signos/síntomas/marcadores de hipoperfusión: extremidades frías, alteración mental, confusión, oliguria, lactato >2 mmol/L.
- Hipotensión persistente (TAS <90 mmHg).
- Necesidad de dos o más agentes vasoactivos para mantener la presión arterial.
- Necesidad de monitorización invasiva del gasto cardíaco.
- Necesidad de soporte circulatorio mecánico.
- Frecuencia cardíaca <40 lpm o arritmia persistente que ponga en peligro la vida.
- Cualquier afección no cardíaca asociada que requiera ingreso en cuidados críticos (por ejemplo, hemofiltración venosa continua y ultrafiltración).

Pacientes con perfil de ingreso en planta de Cardiología

- IC sin diagnóstico previo, rápidamente progresiva, que no responda a tratamiento inmediato.
- IC conocida con episodio de reagudización grave que precisa pruebas o tratamientos específicos por parte de Cardiología.

Pacientes con perfil de ingreso en planta de Medicina Interna

Paciente Crónico Pluripatológico (PCP)

(ver anexo: Definición del paciente crónico pluripatológico) con descompensación de IC ya conocida (confirmada mediante un ecocardiograma), que no cumple criterios de alta desde urgencias y no precisa tratamiento inminente específico por parte de Cardiología (quirúrgico, hemodinámico o electrofisiológico).

DEFINICIÓN DE PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO (PCP)

Los PCP son pacientes que sufren enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las siguientes categorías clínicas:

Categoría A:

1. Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en clase funcional II de la NYHA.
2. Cardiopatía isquémica.

Categoría B:

1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina ($>1,4$ mg/dl en hombres o $>1,3$ mg/dl en mujeres) o proteinuria, mantenidas durante 3 meses.

Categoría C:

1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC, o $FEV1 < 65\%$, o $SaO_2 \leq 90\%$.

Categoría D:

1. Enfermedad inflamatoria intestinal.
2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular o hipertensión portal 5.

Categoría E:

1. Ataque cerebrovascular.
2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel < 60).

CRITERIOS DE INGRESO

3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Test de Pfeiffer con 5 o más errores).

Categoría F:

1. Arteriopatía periférica sintomática.
2. Diabetes Mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.

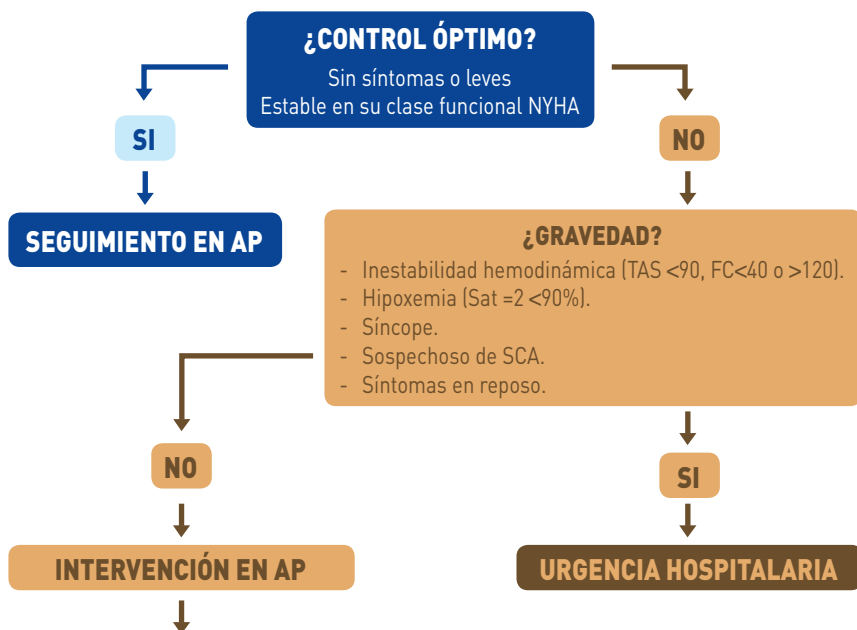
Categoría G:

1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente una hemoglobina $<10\text{mg/dl}$ en dos determinaciones separadas más de tres meses.
2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

Categoría H:

1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel <60).

MANEJO DE DESCOMPENSACIÓN EN PACIENTES CON I.C. YA DIAGNOSTICADA



1 DETECCIÓN Y CORRECCIÓN DE:

Factores precipitantes

- Mal cumplimiento de medidas higiénico-dietéticas y/o tratamiento farmacológico.
- Fármacos (AINE, quimioterápicos, intoxicación digitálica)
- Tóxicos (alcohol, cocaína...)
- Infecciones (respiratoria, urinaria...)

Comorbilidades

- CARDIOVASCULARES HTA
Arritmias / Cardiopatía isquémica / Valvulopatías / Miocardiopatías
- NO CARDIOVASCULARES
SDM-2
Tiroidopatías / Obesidad / Sarcopenia / Ferropenia y asenia / Enfermedad Renal Crónica / Alteraciones hidroelectrolíticas / EPOC y SAHS / Depresión

INSUFICIENCIA CARDÍACA CONOCIDA

2 OPTIMIZACIÓN DE TRATAMIENTO:**Cambios en el estilo de vida**

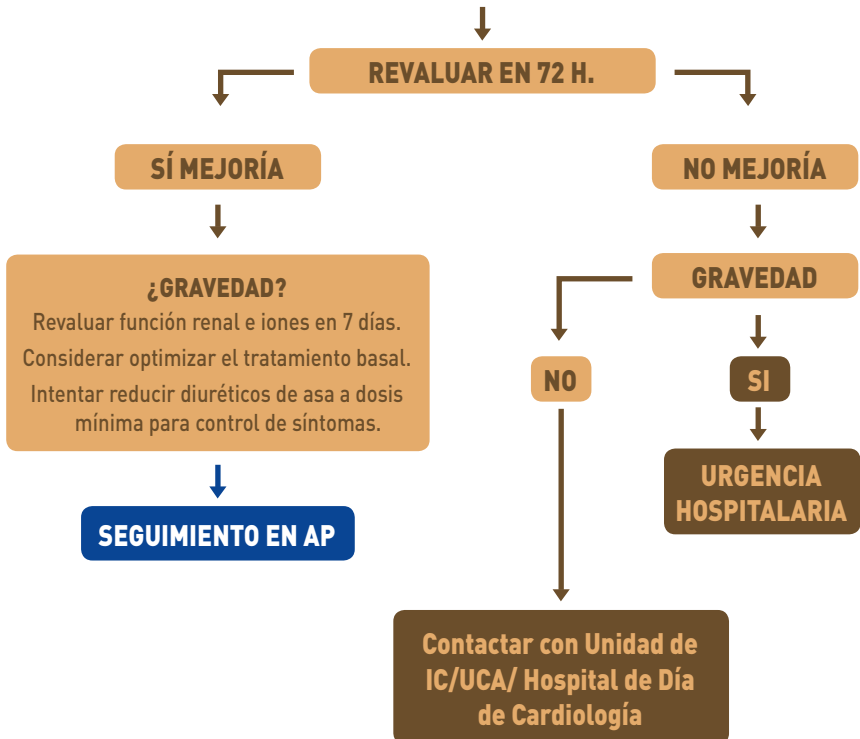
- Mal cumplimiento de medidas higiénico-dietéticas y/o tratamiento farmacológico.
- Fármacos (AINE, quimioterápicos, intoxicación digitalica)
- Tóxicos (alcohol, cocaína...)
- Infecciones (respiratoria, urinaria...)

Fármacos

- FEVI-reducida ($\leq 40\%$): dosis máxima tolerada de IECA/INRA+BB+ARM+ISGLT2
- FEVI-ligeramente reducida (41-49%): Manejo similar a FEVI-reducida.
- FEVI-conservadora ($\geq 50\%$): Control óptimo de TA y FC.

3 INCREMENTO DE DIURÉTICOS:

Ver apartado específico.



TRATAMIENTO DE LA IC CON FEVI-CONSERVADA ($\geq 50\%$)

- Estilo de vida
- Comorbilidades
- Actividades Preventivas (Vacunación)
- Diuréticos para el manejo de la congestión

TRATAMIENTO DE LA IC CON FEVI-REDUCIDA ($\leq 40\%$)**TRATAMIENTO DE LA IC CON FEVI-LIGERAMENTE REDUCIDA* (41-49%)**

**Mismo tratamiento que IC con FEVI-reducida pero con menor nivel de evidencia.*

IECA/ARNI

+

BB

+

ARM

+

ISGLT2

**FÁRMACOS CON IMPACTO EN EL PRONÓSTICO (< MORTALIDAD)
PARA TODOS LOS PACIENTES¹¹**

ARNI	DOSIS RECOMENDADA
SACUBITRILO VALSARTÁN	Manejo indicado en Pag 22.

IECA	DOSIS INICIAL	DOSIS MÁXIMA
RAMIPRIL	1,25 mg/ 24h	10 mg/ 24h
ENALAPRIL	2,5 mg/ 12h	10-20 mg/ 12h
LISINOPRIL	2,5 mg/ 24h	20-40 mg/ 24h
CAPTOPRIL	6,25 mg/ 8h	25-50 mg/ 8h
TRANDOLAPRIL	0,5-1 mg/ 24h	4 mg/ 24h

TENDENCIA A HIPERPOTASEMIA. MONITONIZAR NIVELES DE K⁺

**Valorar Ciclosilicato de Sodio y Zirconio o Patirómero Cálcico.*

INSUFICIENCIA CARDÍACA CONOCIDA

ANTI-ALDOSTERONICOS		DOSIS INICIAL	DOSIS MÁXIMA	
ESPIRONOLACTONA		12,5-25 mg/24h	25-50 mg/24h	
EPLERENONA		25 mg/24h	50 mg/24	
BETABLOQUEANTES		DOSIS INICIAL	DOSIS MÁXIMA	
BISOPROLOL		1,25 mg/ 24h	10 mg/ 24h	
CARVEDILOL		3,125 mg/12h	25 mg/12h	
NEBIVOLOL		2,5 mg/24h	10 mg/ 24h	
METROPOLOL			200/24h	
ISGLT2		DOSIS INICIAL	DOSIS MÁXIMA	FG
DAPAGLIFLOZINA	10 mg/24h	10 mg/ 24h		>25ml/min
EMPAGLIFLOZINA	10 mg/24h	No Dm2	Dm2	>20 ml/min
		10 mg/24h	25 mg/24h	

En el estudio Dapa-HF¹², se observó con Dapagliflozina reducciones significativas del 26% en el riesgo de muerte cardiovascular, hospitalización o visita a urgencias por IC que precisara tratamiento intravenoso, del 30% en la primera hospitalización por IC, del 18% la mortalidad cardiovascular y del 17% la mortalidad por cualquier causa.

En el estudio EMPEROR Reduced¹³, Empagliflozina demostró una reducción del 25% del objetivo combinado de muerte cardiovascular u hospitalización por IC a expensas del descenso del 31% de hospitalizaciones, sin alcanzar la significación estadística en la reducción de mortalidad cardiovascular y por cualquier causa. No hay evidencia de beneficio cardiovascular con la dosis de 25 mg.

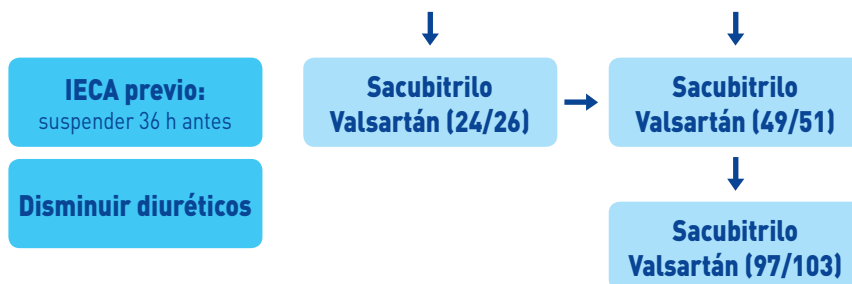
11 McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021;42(36):3599-726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.

12 McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, Køber L, Kosiborod MN, Martinez FA, et al. Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *N Engl J Med.* 2019;381(21):1995-2008. doi: 10.1056/NEJMoa1911303.

13 Packer M, Anker SD, Butler J, Filippatos G, Pocock SJ, Carson P, et al. Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure. *N Engl J Med.* 2020;383(15):1413-24. doi: 10.1056/NEJMoa2022190.

¿CÓMO INICIAR TRATAMIENTO CON SACUBITRILO-VALSARTÁN?

TRATAMIENTO PREVIO	Enalapril <10mg/día o dosis baja de ARAII	Dosis altas de IECA/ARAI
TAS	100-110 mmHg	110 mmHg
FUNCIÓN RENAL	FG<60 mL/min, K+>5,5 mEq/L	FG≥60 mL/min, K+<5,5 mEq/L
FUNCIÓN HEPÁTICA	IH moderado, Edad >75 años	IH leve



*Posología 1 cp/12 h
Titulación cada 2-4 semanas*

CLAVES PARA OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO:

- AÑADIR un NUEVO GRUPO farmacológico produce MÁS BENEFICIO que titular uno ya existente.
- Dosis bajas son eficaces en términos de REDUCCIÓN de MORBI-MORTALIDAD
- La magnitud del BENEFICIO de cada grupo farmacológico es INDEPENDIENTE del producido por los otros.
- Si precisa AJUSTE de tratamiento es preferible MANTENER TODOS LOS GRUPOS farmacológicos.
- Se debería ALCANZAR la CUÁDRUPLE TERAPIA dentro de las 4 primeras SEMANAS en todos los pacientes.

MANEJO FARMACOLÓGICO DE SITUACIONES FRECUENTES**Si HTA MAL CONTROLADA**

- 1º Subir IECA/ARAI/ ARNI.
- 2º Subir betabloqueante.
- 3º Asociar ARM.
- 4º Derivar al 2º nivel.

Si HIPOTENSIÓN SINTOMÁTICA

- 1º Reducir dosis de diurético u otros fármacos sin impacto en el pronóstico (nitratos, calcioantagonistas, alfabloqueantes...).
- 2º Reducir dosis de IECA/ARAI o betabloqueante según situación clínica.
- 3º Derivar al 2º nivel.

Si TAQUICARDIA MANTENIDA

- 1º ECG para diagnóstico.
- 2º Valorar causas (incumplimiento, tóxicos, broncodilatadores, infección, anemia...)
- 3º Iniciar/aumentar dosis de betabloqueante.
- 4º Añadir Ivabradina si RS y FC > 70 lpm, tendencia a hipotensión o contraindicación a betabloqueantes.
- 5º Valorar digoxina si FA Derivar al 2º nivel.

Si BRADICARDIA SINTOMÁTICA

- 1º ECG para diagnóstico.
- 2º Descartar causas extracardiacas: hipotiroidismo, colirios con betabloqueantes para el glaucoma...
- 3º Suspender digoxina/ reducir-suspender betabloqueante.
- 4º Derivar al 2º nivel.

SI AUMENTO DE EDEMAS, SÍNTOMAS CONGESTIVOS

INCREMENTO DE DIURÉTICOS.

- 1º Optimizar diurético de asa para lograr estado euvolémico.
- 2º Añadir/ optimizar dosis de otro grupo con beneficio pronóstico (ARM/ iS-GLT2).
- 3º Si resistencia a diuréticos, asociar tiazida.
- 4º Derivar al 2º nivel.

Reevaluar periódicamente e **INTENTAR RETIRADA/REDUCCIÓN**
SÓLO LOS INDICADOS **SI SÍNTOMAS CONGESTIVOS**

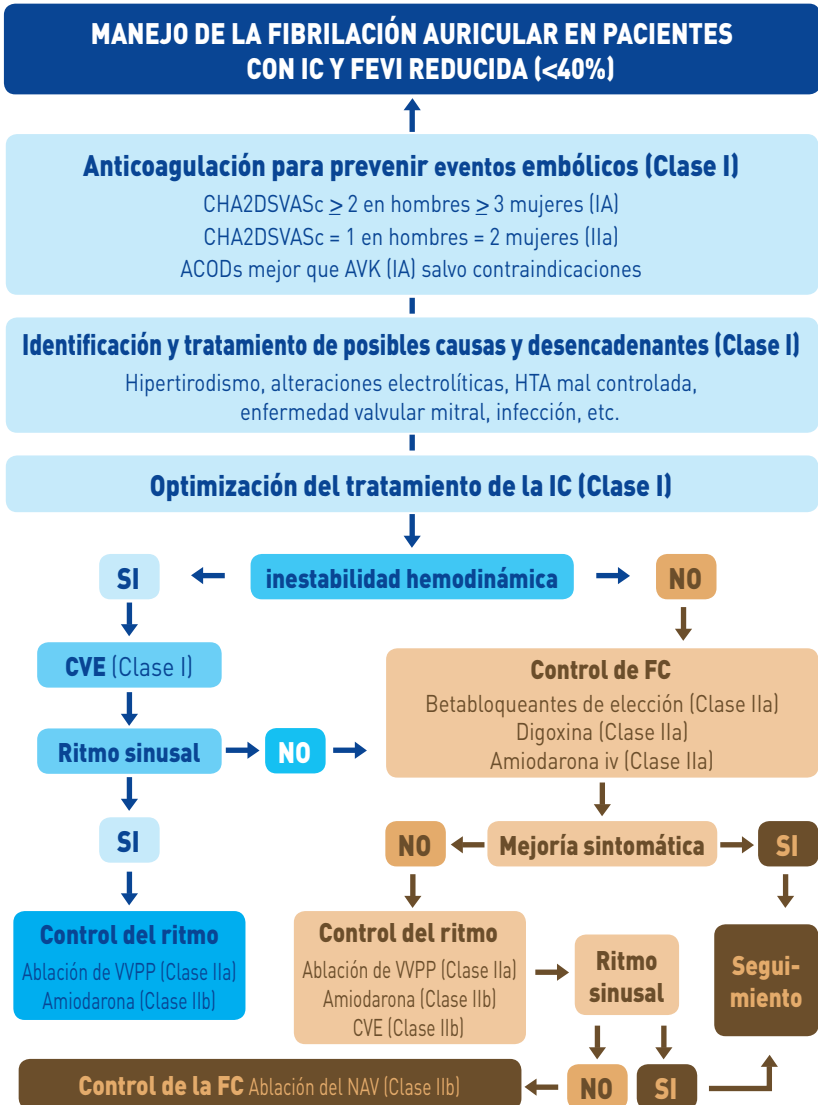
DIURÉTICOS DE ASA	DOSIS INICIAL	DOSIS MÁXIMA
FUROSEMIDA	20-40 mg/d	160-200 mg/d
TORASEMIDA	5-10 mg/d	40-60 mg/d

TRIAZIDAS	DOSIS INICIAL	DOSIS MÁXIMA
HIDROCLOROTIAZIDA	25 mg/d	50-100 mg/d
CLORTALIDONA	12,5-25 mg/d	50-100 mg/d

MANEJO DE LAS COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES

1. ARRITMIAS Y ALTERACIONES DE LA CONDUCCIÓN

a. Fibrilación auricular



b. Arritmias ventriculares

- Las arritmias ventriculares pueden ser tanto una complicación de la insuficiencia cardiaca (IC) como causa de las misma.
- El tratamiento incluye:
 - Manejo de posibles desencadenantes (fármacos, alteraciones hidroelectrolíticas...) y optimización del tratamiento de la IC.
 - Si inestabilidad hemodinámica: Cardioversión eléctrica.
 - Si estabilidad hemodinámica: amiodarona eficaz en este contexto pero no reduce la mortalidad cardiovascular ni total.
- En caso de taquimiocardiopatía por extrasistolia ventricular frecuente:
 - Tratamiento estándar de la IC haciendo hincapié en los betabloqueantes.
 - Valorar uso de amiodarona sin perder de vista sus efectos secundarios.
 - Ablación con radiofrecuencia de la extrasistolia puede mejorar la disfunción ventricular en estos pacientes.

c. Bradiarritmias sintomáticas y bloqueos auriculoventriculares.

- Misma indicación de implante de marcapasos que en otros escenarios clínicos.
- La estimulación continuada del ventrículo derecho (VD) puede conllevar a una disfunción ventricular izquierda y a desarrollar IC.
- En pacientes con IC y FEVI reducida que requieren frecuente estimulación de VD debe implantarse terapia de resincronización cardiaca o dispositivos de estimulación fisiológica.

2. SÍNDROMES CORONARIOS CRÓNICOS.

La enfermedad arterial coronaria (EAC) es la causa más común de IC en países desarrollados y está en ascenso en países en vías de desarrollo.

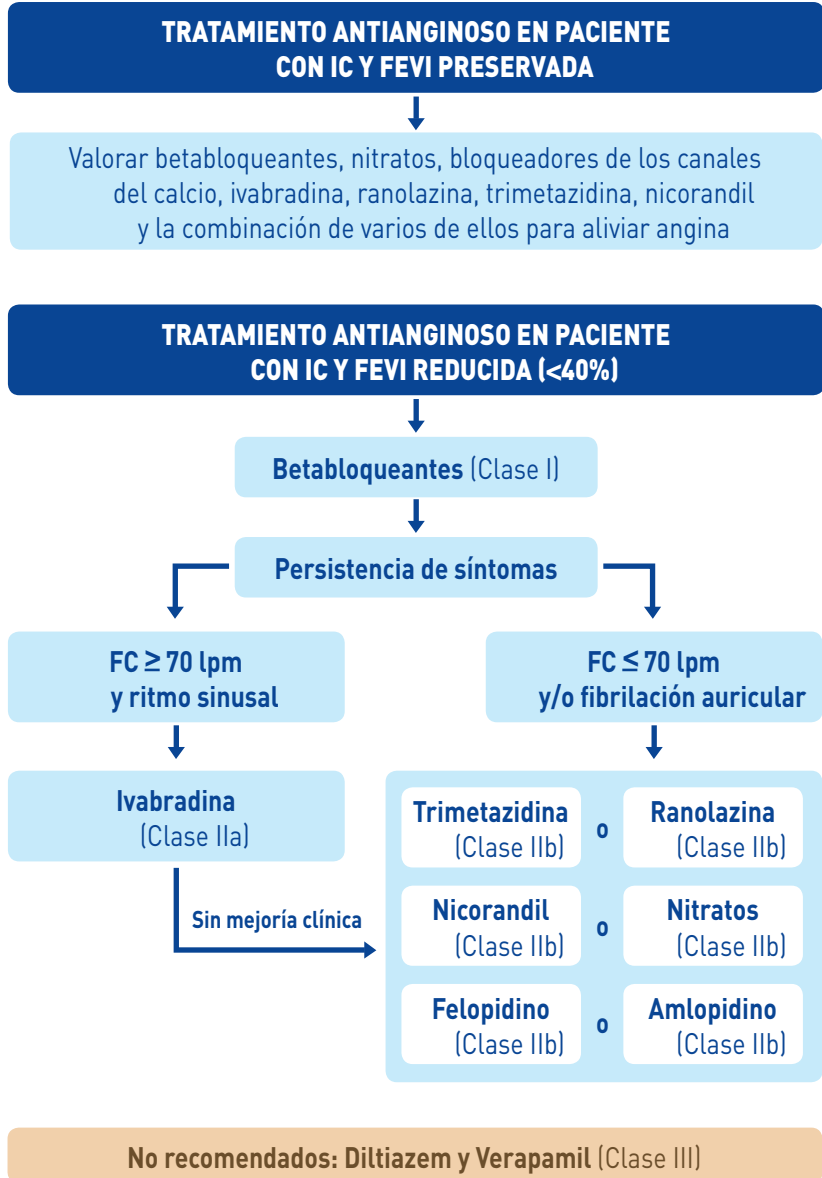
a. Diagnóstico

- Síntomas y/o signos de enfermedad coronaria.
- Historia familiar de enfermedad coronaria.
- Exploración física.
- ECG, analítica y test de imagen.
- Documentar isquemia con test no invasivos y/o invasivos
- Valorar realizar angiografía coronaria (invasiva o TC coronario) para descartar presencia de EAC.

MANEJO DE LAS COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES

b. Tratamiento

- Tratamiento médico:



- **Revascularización miocárdica en pacientes con IC y FEVI reducida (FEVI < 40%):**

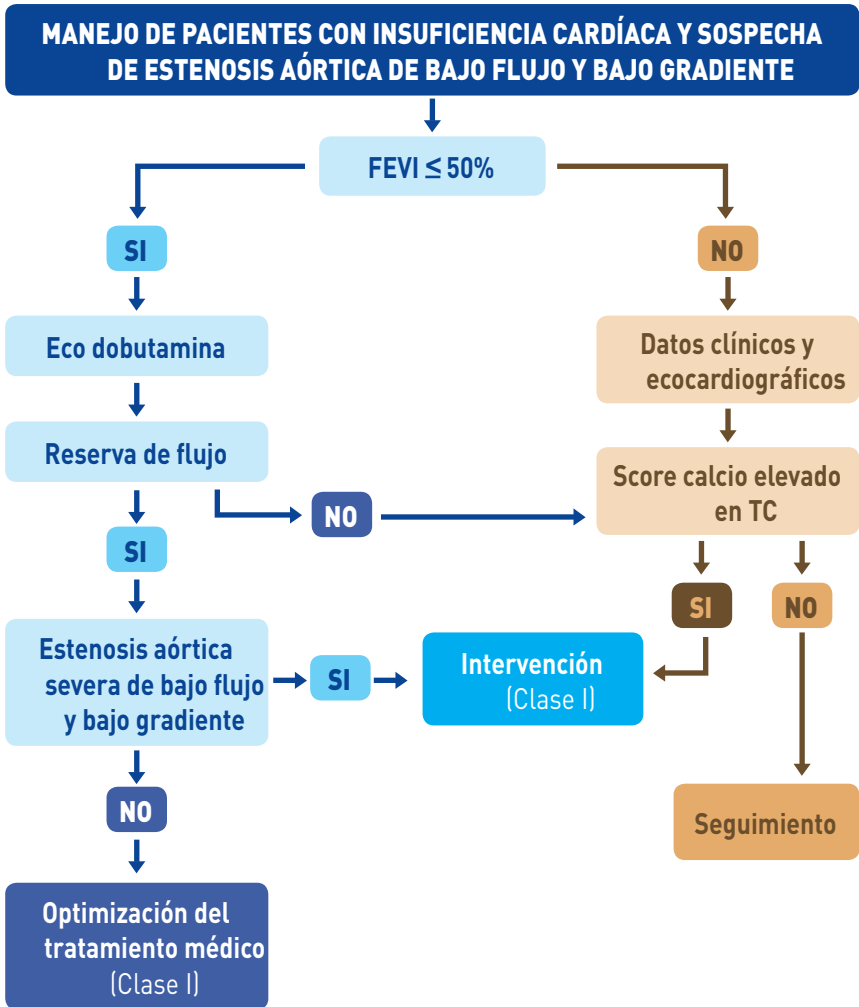
- La CABG es la primera opción de revascularización especialmente en los pacientes diabéticos y en aquellos con enfermedad multivaso (Clase IIa).
- Considerar la revascularización coronaria para aliviar síntomas persistentes de angina en pacientes con IC y FEVI reducida, síndrome coronario crónico y anatomía favorable para la revascularización a pesar del tratamiento médico óptimo (Clase IIa). Puede ser considerada para mejorar el pronóstico en estos pacientes tras una evaluación individualizada de los beneficios/riesgos (Clase IIb).
- En pacientes candidatos a dispositivos de asistencia ventricular de destino, la cirugía coronaria debe evitarse en la medida de lo posible (Clase IIa).
- La ICP puede ser la alternativa a la CABG en pacientes seleccionados (Clase IIb).

3. VALVULOPATÍAS.

a. Estenosis aórtica severa

- **Estenosis aórtica grave con gradientes elevados (área $\leq 1\text{cm}^2$, gradiente medio $\geq 40\text{mmHg}$):** Si hay síntomas de IC existe indicación de intervención independientemente de la FEVI.
- **En pacientes en IC con sospecha de estenosis aórtica grave de bajo flujo y bajo gradiente** se recomienda aplicar el siguiente algoritmo diagnóstico-terapéutico:

MANEJO DE LAS COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES



- **Tipo de intervención:**

- Cirugía recomendada en pacientes con edad < 75 años y bajo riesgo quirúrgico.
- TAVI recomendada en pacientes con edad >75 años o alto/prohibitivo riesgo quirúrgico.
- En resto de casos, la elección entre cirugía o TAVI será tomada por el Heart Team.
- La valvuloplastia aórtica puede considerarse en pacientes muy sintomáticos con IC aguda como puente a TAVI o cirugía de sustitución valvular aórtica. También puede considerarse en IC avanzada como puente a la recuperación o terapia de destino.

b. Insuficiencia aórtica severa

- Tratamiento médico: puede mejorar los síntomas de IC en pacientes con insuficiencia aórtica severa, especialmente los inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Usar prudentemente betabloqueantes por alargar diástole y poder empeorar la insuficiencia aórtica.
- Insuficiencia aórtica grave y síntomas de IC: indicación de cirugía independientemente de la FEVI.
- Puede considerarse TAVI en pacientes con elevado/prohibitivo riesgo quirúrgico.

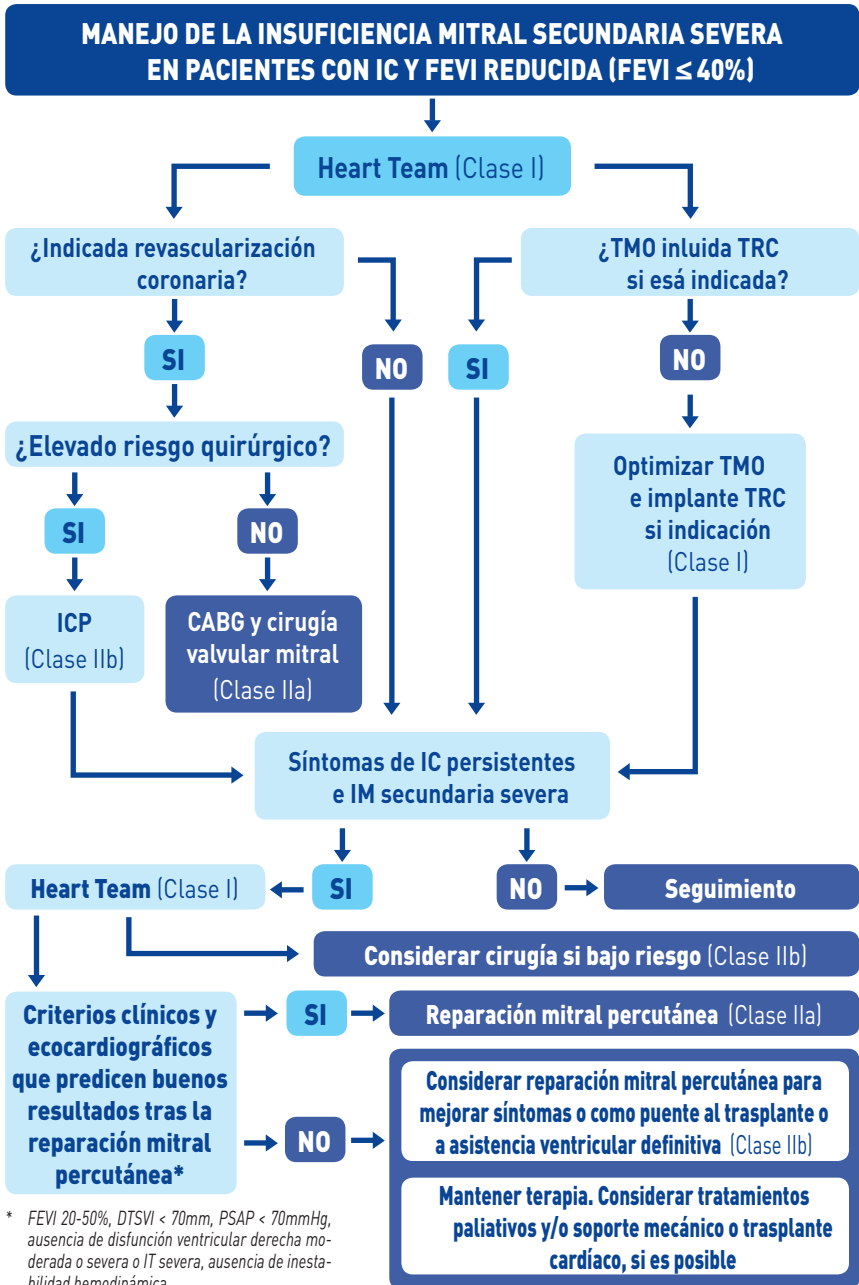
c. Estenosis mitral severa

- Pacientes con estenosis mitral severa y síntomas de IC: indicación de intervención.
- La valvuloplastia mitral es preferible sobre la cirugía siempre y cuando no haya contraindicaciones para la misma y las características clínicas y anatómicas sean favorables.

d. Insuficiencia mitral severa

- **Insuficiencia mitral primaria (orgánica):** la cirugía, preferiblemente la reparación, está recomendada en pacientes con IM severa primaria y síntomas de IC. Si la cirugía esta contraindicada, la reparación percutánea puede considerarse.
- **Insuficiencia mitral secundaria (funcional):**

MANEJO DE LAS COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES



e. Insuficiencia tricúspide severa.

- Puede ser causa de IC o consecuencia de una disfunción ventricular derecha e IC.
- El tratamiento médico incluye diuréticos y antagonistas neurohormonales.
- Cirugía:
 - Recomendada en IT severa cuando existe indicación de cirugía de patología cardíaca izquierda.
 - Debe considerarse en IT moderada con dilatación anular cuando existe indicación de cirugía de patología cardíaca izquierda.
 - Puede considerarse en IT severa aislada en pacientes con síntomas de IC.
- Técnicas transcáteter: en desarrollo, indicados actualmente en pacientes seleccionados.

4. HIPERTENSIÓN.

- Factor de riesgo muy importante para el desarrollo de IC.
- IC con FEVI reducida ($\leq 40\%$): mismo tratamiento en hipertensos que normotensos.
 - Modificación del estilo de vida.
 - Antagonistas neurohormonales y diuréticos.
 - HTA mal controlada en ausencia de signos de congestión: calcioantagonistas dihidropiridínicos, precaución con alfabloqueantes. Contraindicados calcioantagonistas no-dihidropiridínicos y fármacos de acción central.
- IC con FEVI preservada:
 - Modificación estilo de vida.
 - IECA, ARA-II, betabloqueantes, calcio antagonistas y diuréticos.
 - Descartar causas secundarias.

5. ICTUS.

- IC e ictus coexisten muy frecuentemente presentando una mayor morbimortalidad.
- El riesgo de ictus es elevado incluso en pacientes con IC y ritmo sinusal, siendo 5 veces mayor en pacientes con IC y FA.

MANEJO DE LAS COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES

- La incidencia de ictus es mayor en los primeros 30 días tras el diagnóstico de IC o tras un episodio de descompensación, decreciendo tras los primeros 6 meses.
- El tratamiento anticoagulante:
 - Esta indicado en pacientes con FA en función de CHA2DS2VASc.
 - Puede considerarse en pacientes con trombo intraventricular o aquellos casos con alto riesgo trombótico (ej. Embolismo periférico o algunos paciente con miocardiopatía periparto o miocardiopatía no compactada).

MANEJO DE LAS COMORBILIDADES NO CARDIOVASCULARES EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

DIABETES MELLITUS:

Adecuado control glucémico según las guías clínicas, priorizando el uso de fármacos con beneficio cardiovascular demostrado: inhibidores del co-transportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT-2)¹⁴ (dapaglifozina¹⁵, empaglifozina¹³). Las tiazolidinedionas (glitazonas¹⁶) están contraindicadas al incrementar el riesgo de descompensación. La metformina es segura. En caso de insulinización, se recomienda vigilancia clínica por riesgo de retención hidrosalina. Si además existe riesgo elevado o enfermedad aterosclerótica establecida valorar asociar análogos de GLP1.

-
- 14 Zannad F, Ferreira JP, Pocock SJ, Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al. SGLT2 inhibitors in patients with heart failure with reduced ejection fraction: a meta-analysis of the EMPEROR-Reduced and DAPA-HF trials. *Lancet*. 2020;396(10254):819-29. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31824-9.
 - 15 McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, Køber L, Kosiborod MN, Martinez FA, et al. Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *N Engl J Med*. 2019;381(21):1995-2008. doi: 10.1056/NEJMoa1911303.
 - 16 Lago RM, Singh PP, Nesto RW. Congestive heart failure and cardiovascular death in patients with prediabetes and type 2 diabetes given thiazolidinediones: a meta-analysis of randomised clinical trials. *Lancet*. 2007;370(9593):1129-36. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61514-1.

PROTOCOLO COORDINADO DE ATENCIÓN PRIMARIA-HOSPITALARIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA DE CASTILLA Y LEÓN

Agonistas GLP1

Beneficiosos en metaanálisis pero efecto neutro en estudios con IC reducida

Inhibidores DPP4

Efecto neutro excepto saxagliptina (riesgo descompensaciones)

Sulfonilureas

Datos no concluyentes.
En 1 estudio retrospectivo aumentó número descompensaciones

Insulina

Datos no concluyentes.
Puede provocar retención de hidrosalina

Inhibidores SGLT2

Menos descompensaciones y menos mortalidad en IC reducida (independientemente de DM o no)

Metformina

Disminución de todas las causas de mortalidad y menos descompensaciones en estudios observacionales

Tiazolinedionas

Incrementan riesgo de insuficiencia cardíaca y descompensaciones

ALTERACIONES TIROIDEAS:

Evaluar la función tiroidea en todo paciente con IC. Tratamiento indicado según recomendaciones de las guías clínicas (en el hipotiroidismo subclínico, valorar su inicio generalmente si la TSH es > 10 mIU/L y en determinados casos entre 7 y 10 mIU/L).

OBESIDAD:

Incrementa el riesgo de IC, además de otras enfermedades cardiovasculares. Se recomienda conseguir el normopeso mediante la modificación del estilo de vida (actividad física) y una alimentación adecuada al riesgo CV y comorbilidades (prototipo: dieta mediterránea hipocalórica). En determinados casos, valorar la indicación de tratamiento farmacológico (a-GLP1, liraglutida 3 mg) o la cirugía bariátrica. Se recomienda medir tanto el IMC como el perímetro de la cintura, reflejo más exacto de la obesidad visceral.

FRAGILIDAD, CAQUEXIA, SARCOPENIA:

El tratamiento es multifactorial, incluyendo: rehabilitación física, suplementos nutricionales y tratamiento dirigido a las comorbilidades. En caso de caquexia, deben descartarse otras enfermedades como causa de la misma. Si existe sarcopenia, los ejercicios de resistencia posiblemente combinados con la ingesta de 1-1.5 gramos de proteínas /kg/ diarias si no existen contraindicaciones, pueden ser un tratamiento eficaz.

MANEJO DE LAS COMORBILIDADES NO CARDIOVASCULARES EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

DEFICIENCIA DE HIERRO Y ANEMIA:

Valorar regularmente metabolismo del hierro (ferritina e índice de saturación de transferrina) y la cifra de hemoglobina. Reposición con hierro carboximaltosa intravenoso en casos de IC sintomática con FE reducida, con el objetivo de aliviar síntomas, mejorar la capacidad funcional y reducir el riesgo de hospitalizaciones. La reposición oral no ha mostrado eficacia.

Peso corporal	35 kg a <70 kg			≥70 kg		
Hb (g/dL)	<10	10 to <14	≥14*	<10	10 to <14	≥14*
Dosis total de hierro	1.500 mg	1.000mg	500 mg	2.000 mg	1.500 mg	500 mg
Administración Semana 1	1.000 mg	1.000mg	500 mg	2.000 mg	1.500 mg	500 mg
Administración Semana 1	500 mg	–	–	1.000 mg	500 mg	–

ENFERMEDAD RENAL:

Se pueden producir ligeros incrementos en el nivel de creatinina (hasta el 50% sobre el basal y por debajo de 3 mg/dL) o descenso del FG (< 10% del basal y por encima de 25 mL/min/1,73 m²) al iniciar el tratamiento neurohormonal (inhibidores del SRAA, antagonistas del receptor de neprilisina o ISGLT-2) o asociados al tratamiento diurético. Suelen ser transitorios y no se asocian a un peor pronóstico renal a largo plazo por lo que no deben propiciar la retirada del tratamiento.

DESÓRDENES ELECTROLÍTICOS:

Frecuentes en la IC, habitualmente iatrogénicos y asociados a mayor mortalidad (por la propia severidad de la IC o por trastornos del ritmo cardíaco). Deben ser tratados según su origen y gravedad; de forma generalizada, algunos de las medidas terapéuticas son:

- Hipokalemia (< 3,5 mmo/L): añadir IECAs, diuréticos ahorradores de potasio o suplementos de potasio.
- Hiperkalemia (> 5 mmoL/L): resinas de intercambio iónico y diuréticos de asa; carbonato cálcico o insulina (con o sin glucosa) suelen utilizarse en ca-

sos graves. El patiomer y el Ciclosilicato de Sodio y Zirconio son alternativas más novedosas para el tratamiento y prevención de la hiperkalemia a largo plazo, permitiendo el mantenimiento o inicio del tratamiento neurohormonal.

- Hiponatremia (< 136 mmol/L): la restricción hídrica ($< 800-1000$ mL/día) está indicada para conseguir balances hídricos negativos. En casos severos (< 125 mmol/L) puede requerir reposición con suero salino hipertónico. Su infusión junto con diuréticos de asa parece aumentar tanto el sodio sérico como la potencia diurética. El tolvaptan puede estar indicado en casos de hiponatremia y congestión persistente.

ENFERMEDAD PULMONAR Y TRASTORNOS DEL SUEÑO

- **EPOC:** presente en aproximadamente un 20% de pacientes con IC. Las agudizaciones de EPOC con frecuencia se solapan con agudizaciones de insuficiencia cardiaca.
- **Asma bronquial:** en caso de coexistir con IC, los betabloqueantes cardioselectivos (nebibolol, bisoprolol, metoprolol) pueden iniciarse a baja dosis y con vigilancia clínica estrecha. Ni los corticoides inhalados ni los agonistas beta-adrenérgicos parecen aumentar el riesgo de IC.

Dosis de hierro IV en función de peso corporal y hemoglobina

- **Trastornos del sueño:** ya sean de causa central u obstructiva (SAHS, SAOS), se debe realizar una búsqueda activa de síntomas compatibles en todo paciente con IC.

HIPERURICEMIA Y GOTA:

Puede estar causada o agravada por el tratamiento diurético. El alopurinol y febuxostat son seguros. En caso de ataque agudo de gota, se prefiere el tratamiento con colchicina respecto a los AINEs.

DISFUNCIÓN ERÉCTIL:

Los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 son generalmente eficaces y seguros. No recomendados en caso de hipotensión arterial, clase funcional NYHA III- IV, angina refractaria o evento cardiovascular reciente. Debe existir un periodo de 24 horas libre de nitratos si se toma sildenafil o vardenafil y de 48 h en caso del tadalafilo.

MANEJO DE LAS COMORBILIDADES NO CARDIOVASCULARES EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

DEPRESIÓN:

Afecta hasta al 20% de pacientes con IC (sobre todo mujeres) y se asocia a peor estado clínico y pronóstico. La sertralina y el escitalopram han demostrado ser seguros en pacientes con IC. La intervención psicosocial es una parte fundamental del manejo. Los antidepresivos tricíclicos deben ser evitados por el riesgo de descompensación y de arritmias.

CÁNCER:

Valoración del riesgo de IC en el paciente candidato a recibir fármacos potencialmente cardiotóxicos (clínica, ECG, biomarcadores, ecocardiograma). En caso de aparecer disfunción sistólica con descenso de FE, reconsiderar el tipo/dosis de tratamiento quimioterápico e iniciar tratamiento con IECAs y betabloqueantes.

INFECCIONES:

Son claros factores causantes de IC, pudiendo causar daño miocárdico y deterioro de la función sistólica. El coronavirus SARSCOV-2 ha emergido como una causa mayor de IC y miocarditis. Se recomienda la vacunación antigripal, antineumocócica y frente al SARSCOV-2.

PROTOCOLO COORDINADO DE ATENCIÓN PRIMARIA-HOSPITALARIA
EN INSUFICIENCIA CARDIACA DE CASTILLA Y LEÓN

CUIDADOS PALIATIVOS EN IC AVANZADA

1. CÓMO DETECTAR AL PACIENTE CON IC CANDIDATO A CUIDADOS PALIATIVOS.

La **Sociedad Europea de Cardiología** propone los siguientes criterios que definen la situación de **IC avanzada**:

1. Síntomas severos o persistentes de IC (clase funcional III o IV de la NYHA)
2. Disfunción cardíaca grave (al menos uno de los siguientes): FEVI $\leq 30\%$; disfunción grave de ventrículo derecho; valvulopatías o cardiopatías congénita graves no operables; elevación marcada y persistente de péptidos natriuréticos con disfunción diastólica grave.
3. Ingresos o visitas a urgencias recurrentes (>1 al año) por congestión (que precisa diurético i.v.), bajo gasto (que precise inotrópicos) o arritmias malignas.
4. Severa limitación funcional, objetivable (en pacientes seleccionados) con test de 6M (6MWT) menor de 300 m o prueba de consumo de oxígeno con un pico menor de 12- 14 ml/kg/min de origen cardíaco.

Cuando nos referimos a una **IC avanzada en fase final**, asumimos que se han agotado las posibilidades de tratamiento (fármacos, dispositivos, intervencionismo) y que se ha valorado y descartado la posibilidad de otras terapias avanzadas (asistencia ventricular o trasplante). En algunos casos, el paciente puede encontrarse en situación de **IC avanzada y refractaria**, cuando presenta episodios de congestión/bajo gasto muy frecuentes o mantenidos y progresivo deterioro clínico, con resistencia a los fármacos. Es en esta situación en la que se debe valorar la posibilidad de aportar Cuidados Paliativos.

El Plan Integral de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2017-2020 propone la **herramienta NECPAL CPAL CCOMS-ICO®** (2016) para la identificación de la **unidad paciente/familia-cuidador** (UP/F-C) con necesidad de estos cuidados (*ver Anexo 1*).

Una vez identificada la (UP/F-C) candidato a Cuidados Paliativos, se debe **reflejar en el informe médico** de forma clara (paciente NECPAL +) para que sea conocido por los distintos niveles asistenciales.

2. RED ASISTENCIAL EN CUIDADOS PALIATIVOS EN IC. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR. TRANSICIONES.

Existe evidencia que demuestra que la **integración de Cuidados Paliativos en el proceso de atención** a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Avanzada mejora su calidad de vida. El objetivo es **mejorar o mantener dicha calidad de vida** del paciente y su familia en el mayor grado posible hasta su fallecimiento. Para ello, es necesario planificar y establecer un sistema de atención **continuo y coordinado**, especialmente en las transiciones asistenciales.

El modelo debe estar organizado **en torno a la Atención Primaria** en coordinación con el resto de dispositivos asistenciales.

La trayectoria de cada paciente es diferente por lo que es necesaria una atención **individualizada**. La identificación del paciente con necesidades de atención paliativa (mediante el instrumento **NECPAL**) la realizarán los profesionales de los equipos responsables, dentro del ámbito asistencial donde se encuentre el paciente; en función del estado de su patología y de su situación social, se establecerá el modelo más adecuado en la atención paliativa (ver algoritmo en Anexo 3).

La intervención de equipos específicos de Cuidados Paliativos debe basarse en las necesidades de paciente y entorno cuidador, no en el pronóstico de la enfermedad. Estos equipos participan en la atención ante necesidades asistenciales complejas (instrumento IDC-PAL).

Para la evaluación de la **complejidad** de la UP/F-C se propone la herramienta IDC-PAL (ver Anexo 2). Esta herramienta los criterios que pueden ser dependientes del paciente, de la familia o de la organización sanitaria y puede servir de apoyo para la toma de decisiones en la valoración de la complejidad de la situación y para determinar la necesidad de la intervención en la asistencia sanitaria de los equipos de soporte en CP si la situación así lo requiere.

Para el manejo de la **UP/F-C con necesidades complejas**, existen en nuestro medio las **Unidades de Cuidados Paliativos Avanzados/Específicos**, de las que se dispone de diferentes modalidades, para adecuar los cuidados a cada caso concreto: Equipos de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos (ESDCP), Hospitalización a Domicilio (HADO) y Unidades Hospitalarias de Cuidados Paliativos (UHCP).

- **ESDCP o ESAD:** Su función es de apoyo y asesoramiento de los Equipos de AP en el proceso de atención a las personas en situación de enfermedad avanzada y terminal. Tienen además una función de coordinación entre los servicios implicados en la atención del enfermo, garantizando la continuidad

CUIDADOS PALIATIVOS EN IC AVANZADA

de cuidados. Formados por profesional médico y de enfermería, con la colaboración de psicólogos y trabajadores sociales con dedicación específica a Cuidados Paliativos.

- **HADO o HAD:** Es una alternativa asistencial que dispensa cuidados, médicos y de enfermería, de rango hospitalario, a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisen de la infraestructura hospitalaria, pero que siguen necesitando vigilancia activa y asistencia compleja permitiéndoles mantenerse en su entorno social próximo (domicilio o centro residencial) y evitar riesgos asociados al ingreso hospitalario. La atención es proporcionada por equipos multidisciplinares formados por profesional médico y de enfermería, con la colaboración del resto de recursos sanitarios y también en colaboración con el equipo de atención psicosocial de la Obra Social de la Caixa.
- **UHCP:** Destinados a la atención de pacientes con necesidad de cuidados paliativos avanzados en régimen hospitalario. Atienden pacientes afectados por cualquier enfermedad que no responde al tratamiento curativo, presentan complicaciones agudas, síntomas de difícil control, y en general hay imposibilidad de un control adecuado en el domicilio del paciente, además de las “crisis de necesidades”.

En el *Anexo 4* se facilitan los contactos con las diferentes Unidades de Cuidados Paliativos Avanzados/específicos de la Comunidad.

3. ASPECTOS ÉTICOS.

- En los últimos años estamos asistiendo a un profundo cambio en las relaciones clínico-asistenciales, pasando de un modelo vertical, paternalista, a otro horizontal con un protagonismo creciente del paciente en todos los aspectos relativos a su salud, desde la responsabilidad de su autocuidado hasta la toma de decisiones que le afecten.
- En todos los casos se consultará la existencia de un documento de **instrucciones previas** y se respetarán las instrucciones otorgadas por el paciente que no sean contrarias al ordenamiento jurídico y a la *lex artis*, dejándolo registrado en la historia clínica del paciente.
- La información al paciente no es exclusiva de ningún profesional, debe ser una obligación de **todos los profesionales que atienden al paciente**, en la consulta externa, durante el ingreso hospitalario o la consulta de atención primaria.

- Se identificará al cuidador principal y se le dará información clara y precisa para que participe en la medida de sus posibilidades en los cuidados directos y la administración de fármacos, aportando de forma escrita instrucciones sobre síntomas y signos, así como las actuaciones que pueden contribuir a su control y mejora, dándole pautas de actuación ante la aparición de posibles crisis. Se debe ofrecer ayuda para prevenir la posible sobrecarga o claudicación del cuidador principal, facilitando el afrontamiento de la situación mediante la escucha activa y el apoyo emocional.
- Dentro de la PAD conviene incluir una discusión explícita sobre la posible desactivación de dispositivos desfibrilación o el no reemplazarlo cuando se haya agotado la batería, ya que pueden generarse descargas múltiples en situación de últimos días que resulten dolorosas para el paciente. La desactivación de DAI en final de vida es correcta y éticamente válida.

ANEXOS

ANEXO 1 - HERRAMIENTA NECPAL CPAL CCOMS-ICO®

El NECPAL CCOMS-ICO® es un instrumento adaptado y validado para identificar precozmente a personas con necesidades de atención paliativa y pronóstico de vida relativamente limitado con el objetivo de mejorar activamente su atención, instaurando de manera gradual y progresiva el enfoque de cuidados paliativos. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales>

PACIENTE:		HC:
FECHA: / / SERVICIO:		
RESPONSABLE(S):		
Pregunta sorpresa (a /entre profesionales)	¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?	☐ Sí (-) ☐ No (+)
"Demanda" o "Necesidad"	- Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo? - Necesidad: identificada por profesionales miembros del equipo	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No
Indicadores clínicos generales: en los últimos 6 meses	- Declive nutricional - Declive funcional - Declive cognitivo	• Pérdida Peso > 10% • Deterioro Karnofsky o Barthel > 30% • Pérdida de > 2 ABVDs • Pérdida ≥ 5 minimental o ≥ 3 Pfeiffer
- Severos, sostenidos, progresivos, no relacionados proceso intercurrente reciente - Combinar severidad CON progresión		☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No
Dependencia severa	- Karnofsky <50 o Barthel <20	☐ Sí ☐ No
Síndromes geriátricos	- Caídas - Úlceras por presión - Disfagia - Delirium - Infecciones a repetición	• Datos clínicos anamnesis ≥ 2 recurrentes o persistentes
		☐ Sí ☐ No
Síntomas persistentes	Dolor, debilidad, anorexia, disnea, digestivos...	• ≥ 2 síntomas (ESAS) persistentes o refractarios
		☐ Sí ☐ No
Aspectos psicosociales	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo Vulnerabilidad social severa	• Detección de Malestar Emocional (DME) > 9 • Valoración social y familiar
		☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No
Multi-morbilidad	> 2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas (de la lista de indicadores específicos)	☐ Sí ☐ No
Uso de recursos	Valoración de la demanda o intensidad de intervenciones	• > 2 ingresos urgentes o no planificados 6 meses • Aumento demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliar, intervenciones enfermería, etc)
		☐ Sí ☐ No
Indicadores específicos	Cáncer, MPOC, ICC, i Hepática, i Renal, AVC, Demencia, Neurodegenerativos, SIDA, d'altres malalties avançades	• Per a desenvolupar com annexos • Criterios de severidad y progresión
		☐ Sí ☐ No
Clasificación:		Codificación y registro
Pregunta Sorpresa (PS)	PS + (No me Sorprendería) ✓ PS - (Me Sorprendería)	Proponer codificación como Paciente con Cronicidad Avanzada (PCA)
Parámetros NECPAL	NECPAL + (de 1+ a 13+) ✓ NECPAL - (Ningún parámetro)	

ANEXO 2 - HERRAMIENTA IDC-PAL

La escala IDC-Pal es un instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos, valora los criterios que pueden ser dependientes del paciente, de la familia o de la organización sanitaria y puede servir de apoyo para la toma de decisiones en la valoración de la complejidad de la situación y para determinar la necesidad de la intervención en la asistencia sanitaria de los equipos de soporte en CP si la situación así lo requiere.

Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales>.

► **IDC-Pal: Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos**

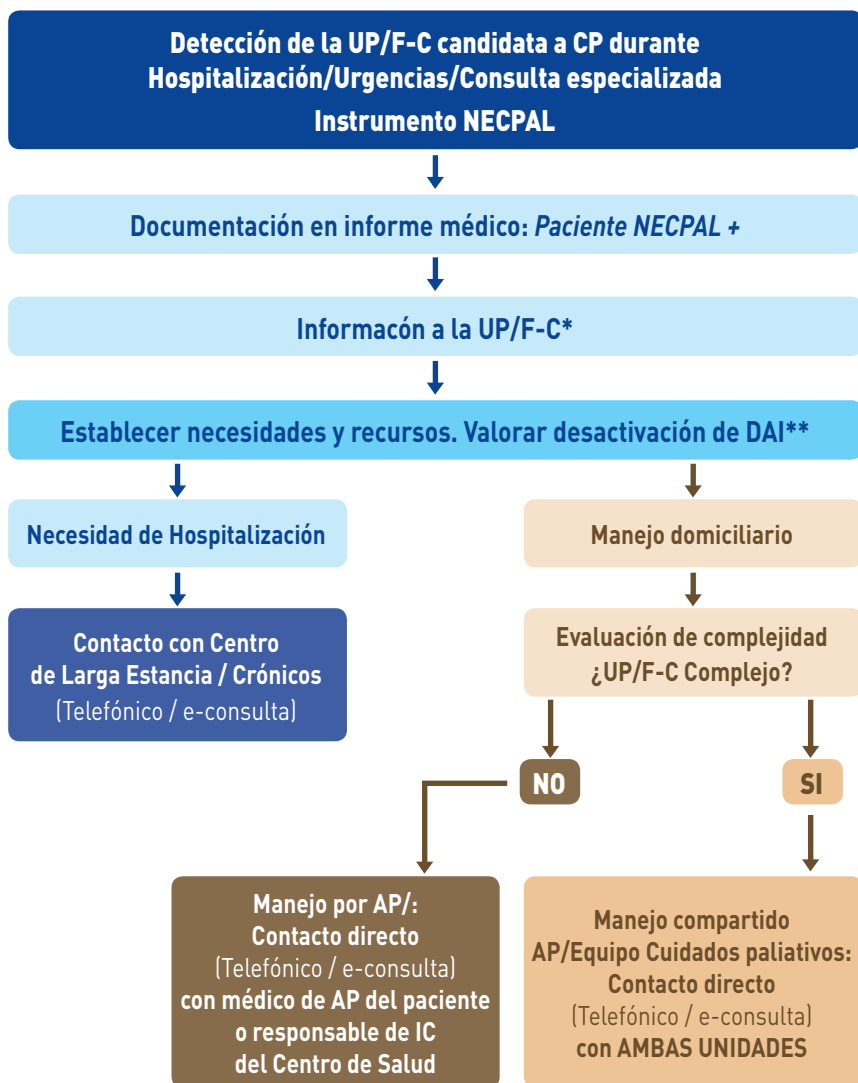
		Elementos	Nivel de complejidad*	SÍ	NO
1. Dependientes del paciente	1.1. Antecedentes	1.1a Paciente es niño/a o adolescente	AC		
		1.1b Paciente es profesional sanitario	C		
		1.1c Rol socio-familiar que desempeña el/la paciente	C		
		1.1d Paciente presenta discapacidad física, psíquica o sensorial previas	C		
		1.1e Paciente presenta problemas de adicción recientes y/o activos	C		
		1.1f Enfermedad mental previa	C		
	1.2. Situación clínica	1.2a Síntomas de difícil control	AC		
		1.2b Síntomas refractarios	AC		
		1.2c Situaciones urgentes en paciente terminal oncológico	AC		
		1.2d Situación de últimos días de difícil control	AC		
		1.2e Situaciones clínicas secundarias a progresión tumoral de difícil manejo	AC		
		1.2f Descompensación aguda en insuficiencia de órgano en paciente terminal no oncológico	C		
		1.2g Trastorno cognitivo severo	C		
		1.2h Cambio brusco en el nivel de autonomía funcional	C		
		1.2i Existencia de comorbilidad de difícil control	C		
		1.2j Síndrome constitucional severo	C		
	1.2k Dificil manejo clínico por incumplimiento terapéutico reiterado	C			
	1.3. Situación psico-emocional	1.3a Paciente presenta riesgo de suicidio	AC		
1.3b Paciente solicita adelantar el proceso de la muerte		AC			
1.3c Paciente presenta angustia existencial y/o sufrimiento espiritual		AC			
1.3d Conflicto en la comunicación entre paciente y familia		C			
1.3e Conflicto en la comunicación entre paciente y equipo terapéutico		C			
1.3f Paciente presenta afrontamiento emocional desadaptativo		C			
2. Dependientes de la familia y el entorno	2.a Ausencia o insuficiencia de soporte familiar y/o cuidadores	AC			
	2.b Familiares y/o cuidadores no competentes para el cuidado	AC			
	2.c Familia disfuncional	AC			
	2.d Claudicación familiar	AC			
	2.e Duelos complejos	C			
	2.f Limitaciones estructurales del entorno	AC			
3. Dependientes de la organización sanitaria	3.1. Profesional/Equipo	3.1a Aplicación de sedación paliativa de manejo difícil	AC		
		3.1b Dificultades para la indicación y/o manejo de fármacos	C		
		3.1c Dificultades para la indicación y/o manejo de intervenciones	C		
		3.1d Limitaciones en la competencia profesional para el abordaje de la situación	C		
	3.2. Recursos	3.2a Dificultades para la gestión de necesidades de técnicas instrumentales y/o material específico en domicilio	C		
		3.2b Dificultades para la gestión y/o manejo de necesidades de coordinación o logísticas	C		

*Nivel de complejidad C: Elemento de Complejidad AC: Elemento de Alta Complejidad

Situación: No compleja ☐ Compleja ☐ Altamente Compleja ☐

Intervención de los recursos avanzados/específicos: Sí ☐ No ☐

ANEXO 3 - ALGORITMO PROCESO ASISTENCIAL CUIDADOS PALIATIVOS



* *Consideraciones hacia la familia/cuidador:*

- *Se identificará el cuidador principal.*
- *Se proporcionará información clara y precisa para que participe en la medida de sus posibilidades en los cuidados directos y la administración de fármacos.*
- *Se aportará de forma escrita instrucciones sobre síntomas y signos, así como las actuaciones que pueden contribuir a su control y mejora, dando pautas de actuación ante la aparición de posibles crisis.*
- *Se debe ofrecer ayuda para prevenir la posible sobrecarga o claudicación del cuidador principal, facilitando el afrontamiento de la situación mediante la escucha activa y el apoyo emocional.*

** *Requisitos para plantear desactivación de DAI:*

- *La desactivación debe llevarse a cabo **dentro de un conjunto de otros cuidados paliativos**.*
- *El paciente (o representante) ha solicitado la desactivación.*
- *El enfermo (o representante) posee **capacidad** para tomar la decisión.*
- *Se han discutido las **alternativas** terapéuticas disponibles.*
- *Se han aclarado las **consecuencias** de la desactivación.*
- *Se han especificado claramente las **funciones del DAI que se van a desactivar**.*
- *Se ha informado a la **familia** de que se va a proceder a la desactivación, toda vez que el paciente así lo solicite y acepte.*

ANEXO 4 - CÓMO CONTACTAR CON LAS DIFERENTES UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS AVANZADOS/ESPECÍFICOS.

Provincia	Área de Salud	Modo de contacto
Ávila	Ávila	lolar20@hotmail.com. Tel.: 920 35 80 00 Ext: 32261
Burgos	Burgos	*ESAD: secretaría ESAD en C.S. San Agustín: tlf: 947255628 (Ext. 34161).
		*HAD: busca 162300 o mediante Hoja de consulta.
		*Equipo de apoyo psicosocial la Caixa, contacto Ext. 35280.
		*Hospital San Juan de Dios: Derivar pacientes a través de interconsulta con HAD.
	Aranda de Duero	*ESAD Tfno: 947255628; Ext. 34161
	Miranda de Ebro	*ESAD Tfno: 947255628; Ext. 34161
León	León	*Equipo de soporte domiciliario de Cuidados Paliativos (ESDCP): Tfno. 987215455 (envío Historia Clínica mediante FAX). Extensión interna: 41730. *Unidad de Paliativos Hospitalaria: Hospital Monte San Isidro
Palencia	Palencia	iherreros@hospitalariaspalencia.es. Tel: 979 16 53 24
Salamanca	Salamanca	Tel: 923 33 01 63
Segovia	Segovia	*Facultativo de contacto: Leandro; Tfno: 629487127
Soria	Soria	*Hospitalización: Dr. Javier Elvira; Ext. 39289.
		*ESAD: Dra. Yana Dubrava; Ext. 167405.
Valladolid	Valladolid	Tel.: 608 08 47 83 Ext: 168527 - 608 12 18 70 Ext: 168240
Zamora	Zamora	*ESDCP: Dra. Nuria García Martínez. paliativos.gapza@saludcastillayleon.es 667113622 – Ext. Interna: 169123
		*UCP Hospitalarios: Dra. Manuela Mateos. Ext. Interna: 169060



Sacyl



Junta de
Castilla y León