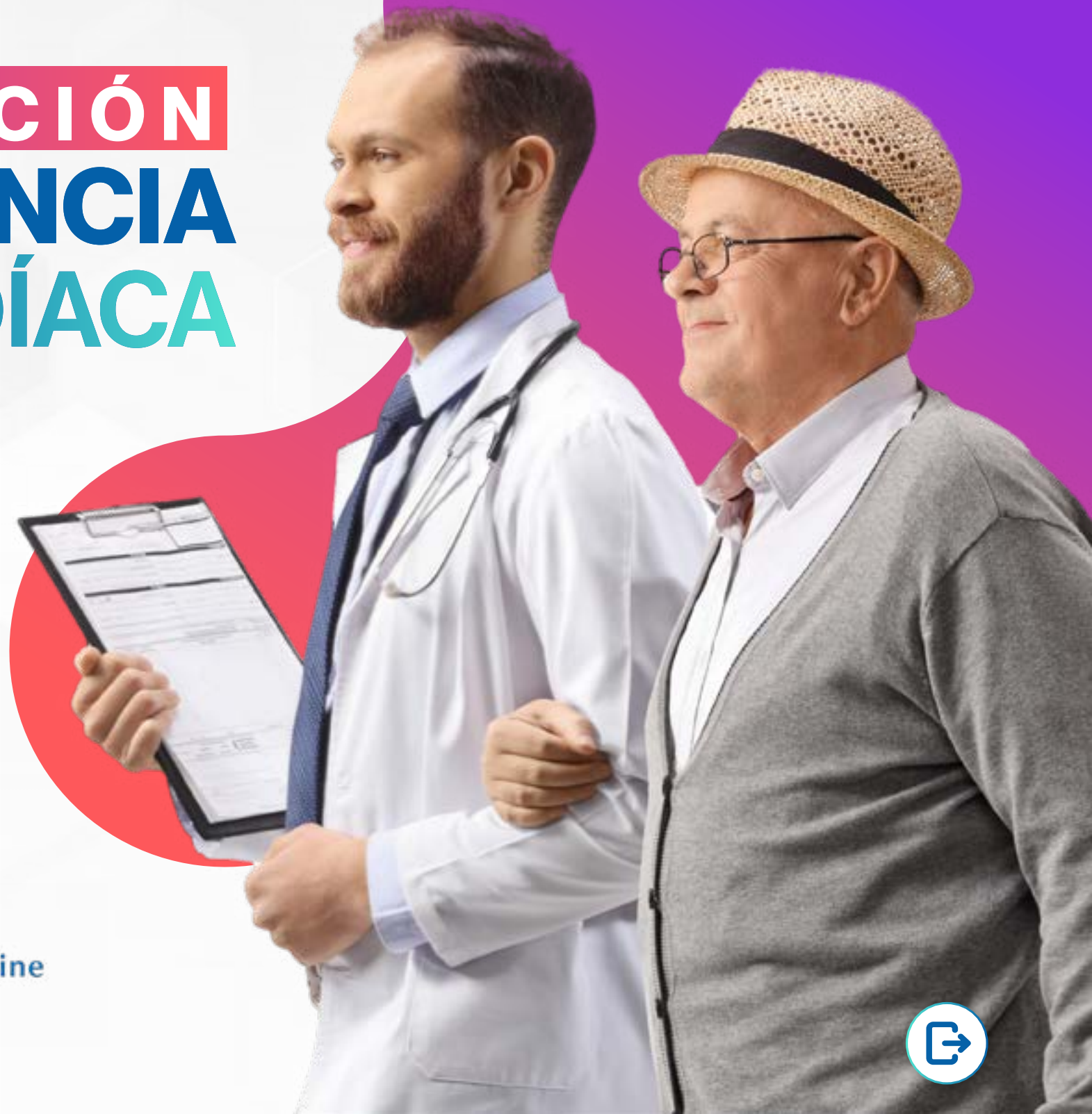


EMPEZAR

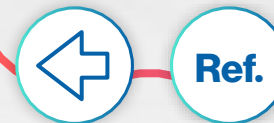


RUTA DE ATENCIÓN PARA LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Fecha de caducidad: 24/08/2026
Content ID: FA-11253978



ruta de atención para la INSUFICIENCIA CARDÍACA



Esta ruta puede variar según la institución; por favor, adáptela a sus requerimientos.





Glosario abreviaturas

IC: Insuficiencia cardíaca; **HTA:** Hipertensión arterial; **AF:** Actividad física; **Rx:** Radiografía de tórax; **EKG:** Electrocardiograma; **BNP:** Brain natriuretic peptide; **NTproBNP:** N-terminal pro b-type natriuretic peptide; **NYHA:** Clasificación de insuficiencia cardíaca de la New York Heart Association; **FEVI:** fracción de eyección del ventrículo izquierdo; **BUN:** nitrógeno ureico en la sangre; **TFG:** Tasa de filtración glomerular; **Na:** Sodio sérico; **K:** Potasio sérico; **Cl:** Cloro sérico; **Mg:** Magnesio sérico; **HbA1C:** Hemoglobina glicosilada. **TGO:** transaminasa glutámico oxalacética; **TGP:** transaminasa pirúvica; **TSH:** hormona estimulante de la tiroides; **Cr:** Creatinina sérica; **ARNI:** Inhibidores del receptor de angiotensina/neprilisina; **Isplt2:** inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; **TAS:** Tensión arterial sistólica; **GDMT:** Guideline directed medical therapy; **IECA:** Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; **ARA II:** antagonistas de los receptores AT1 de la angiotensina II; **VD:** Ventrículo derecho; **UA:** Unidad de atención; **FC:** Frecuencia cardíaca; **SatO2:** Saturación de oxígeno.

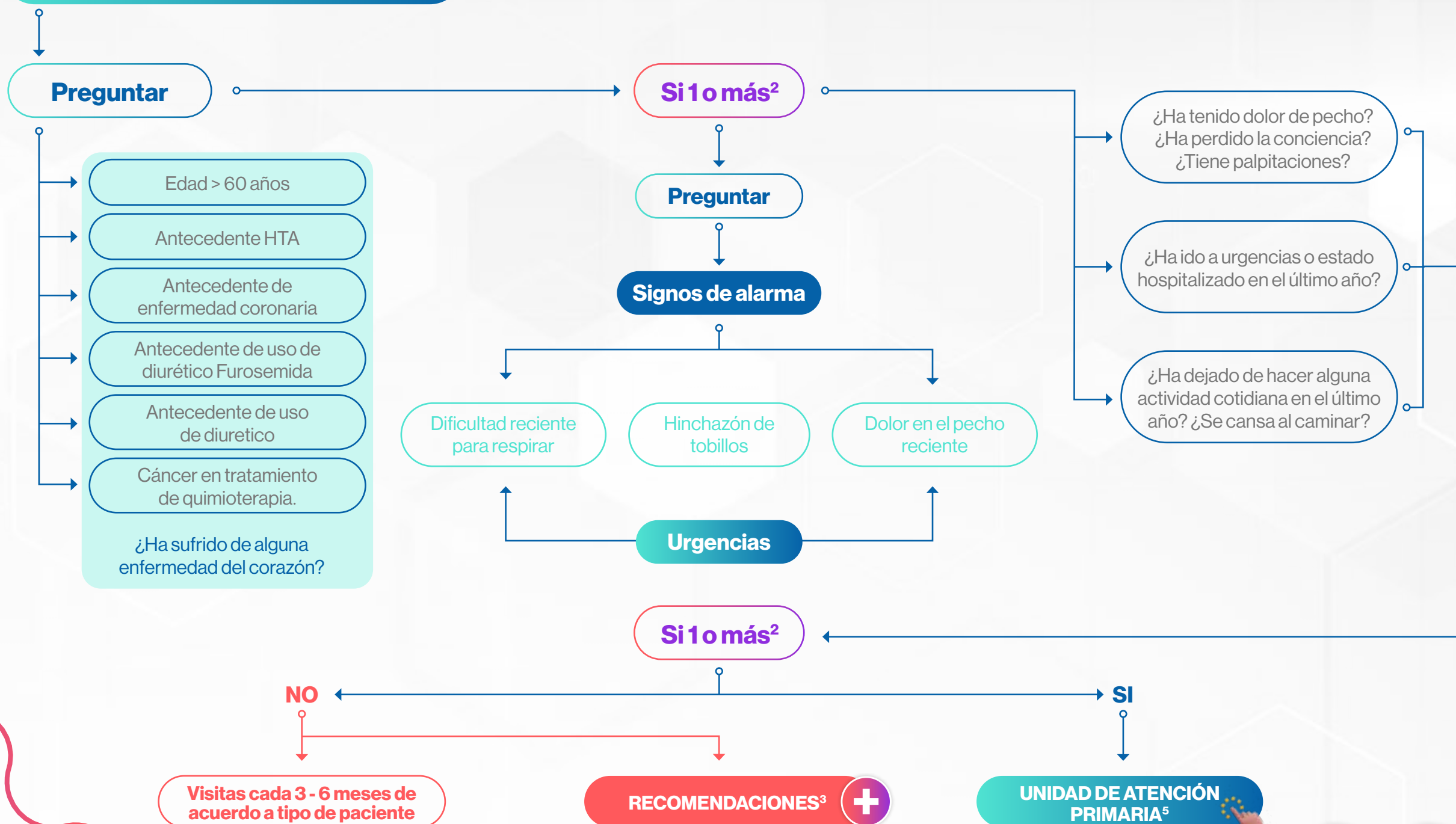


Esta ruta puede variar según la institución; por favor, adáptela a sus requerimientos.

ENTRADA RUTA INSUFICIENCIA CARDÍACA⁴



FIGURA DE PROMOTOR DE SALUD¹



RECOMENDACIONES³

Visitas cada 3 - 6 meses de acuerdo a tipo de paciente³

Realizar actividad física (AF)³

Al menos 150-300min/ semana de AF de intensidad moderada o 75 - 150min/ semana de AF intensa

En adultos que no puedan realizar 150min/semana de AF de intensidad moderada que se mantengan tan activos como su capacidad y su estado de salud le permitan

Alimentación³

Disminuir el consumo de sal

Consumir alimentos de origen vegetal, rico en fibra, que incluya cereales integrales, frutas (2-3 raciones), verduras, legumbres (2-3 raciones) y frutos secos

Restringir la ingesta de azúcares especialmente bebidas azucaradas (gaseosas, jugos)

Dejar de fumar / no consumo de bebidas alcohólicas³



Visitas cada 3 - 6 meses de acuerdo a tipo de paciente

RECOMENDACIONES³



UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA⁵

Abr.



UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA⁵



VALORAR Y PREGUNTAR⁶

Historia clínica **+**

Signos específicos **+**

Síntomas típicos **+**

>1

Si

Antes de 1 semana

• Rx de tórax
• Péptidos natriuréticos⁶

Si

Antes de 1 semana

Cualquier anomalía, BNP ≥ 35 pg/mL o
NTproBNP ≥ 125 pg/mL

EKG

Sin alteraciones

Descartar otros diagnósticos

RECOMENDACIONES **+**

No

Descartar otros
diagnósticos

ECOCARDIOGRAMA⁶ **+**

Antes de 1 semana

Si

NORMAL

ANORMAL⁵

Diagnóstico de insuficiencia cardíaca **+**



Historia clínica^{2,13}

La obtención de una historia clínica completa es crucial para el diagnóstico preciso de la falla cardíaca. Este proceso permite identificar la etiología subyacente, los factores de riesgo, las comorbilidades y los hábitos del paciente, lo cual es esencial para un manejo adecuado y personalizado de la enfermedad. Una evaluación detallada y exhaustiva nos permite abordar de manera integral las necesidades del paciente, mejorando así sus resultados clínicos y calidad de vida.

FACTORES DE RIESGO

- Antecedente de HTA
- Antecedente de enfermedad coronaria
- Exposición a fármacos cardiotóxicos
- Uso de diuréticos



Signos específicos¹³

- Presión venosa yugular aumentada
- Reflujo hepatoyugular
- Tercer tono
- Impulso apical desplazado lateralmente

Menos específicos⁹

- Aumento de peso (> 2 kg/semana)
- Pérdida de peso (IC avanzada)
- Pérdida de tejido (caquexia)
- Soplo cardíaco
- Edema periférico (tobillos, sacro, escroto)
- Crepitantes pulmonares
- Derrame pleural
- Taquicardia
- Respiración de Cheyne Stokes
- Pulso irregular
- Hepatomegalia
- Ascitis
- Extremidades frías
- Oliguria
- Presión de pulso estrecha



X

Síntomas típicos¹³

- Ortopnea
- Disnea paroxística nocturna
- Tolerancia disminuida al ejercicio
- Fatiga
- Inflamación de tobillos

Menos típicos⁹

- | | |
|---|-----------------|
| • Tos nocturna | • Depresión |
| • Sibilancias | • Palpitaciones |
| • Sensación de hinchazón | • Mareo |
| • Pérdida de apetito | • Síncope |
| • Confusión (especialmente en ancianos) | • Bendopnea |



UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA⁵



VALORAR Y PREGUNTAR⁶

Historia clínica +

Signos específicos +

Síntomas típicos +

EKG (hallazgos frecuentes)⁷

- Hipertrofia ventricular izquierda
- Bloqueo completo de rama izquierda
- Arritmias > Fibrilación auricular
- Desviación del eje a la izquierda



X

Descartar otros diagnósticos

NORMAL

ANORMAL⁵

Diagnóstico de insuficiencia cardíaca +



RECOMENDACIONES³

Visitas cada 3 - 6 meses de acuerdo a tipo de paciente³

Realizar actividad física (AF)³

Al menos 150-300min/
semana de AF de intensidad moderada o 75 - 150min/
semana de AF intensa

En adultos que no puedan realizar 150min/semana de AF de intensidad moderada que se mantengan tan activos como su capacidad y su estado de salud le permitan

Alimentación³

Disminuir el consumo de sal

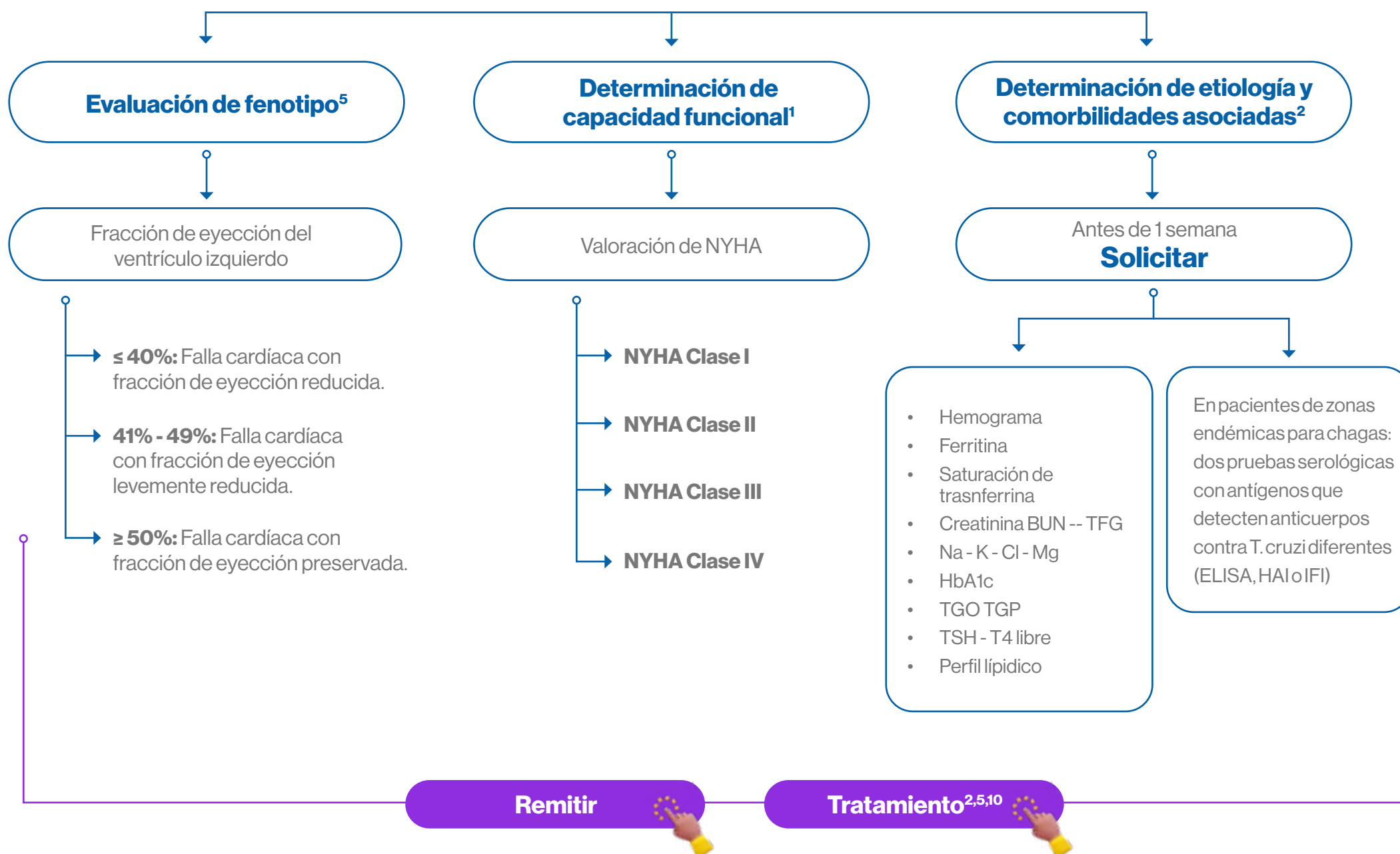
Consumir alimentos de origen vegetal, rico en fibra, que incluya cereales integrales, frutas (2-3 raciones), verduras, legumbres (2-3 raciones) y frutos secos

Restringir la ingesta de azúcares especialmente bebidas azucaradas (gaseosas, jugos)

Dejar de fumar / no consumo de bebidas alcohólicas³



DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA



Variables ecocardiográficas según fracción de eyección:⁶

ICFEr - ICFEIr

- Fracción de eyección del ventrículo izquierdo <50 %

ICFEp

- LV Mass index: >95 g/m² (mujeres), >115 g/m² (hombres)
- LA Volume index: >34 mL/m²
- E/e' en reposo: >9
- No olvidar aplicación de escalas en casos que se requieran: escala HFA-PEFF y H2FPEF

Descartar otros
diagnósticos

NORMAL

ANORMAL⁵

Diagnóstico de insuficiencia cardíaca

¿A DÓNDE REMITIR AL PACIENTE?



¿A DÓNDE REMITIR AL PACIENTE?



RECOMENDACIONES³

Visitas cada 3 - 6 meses de acuerdo a tipo de paciente³

Realizar actividad física (AF)³

Al menos 150-300min/
semana de AF de intensidad moderada o 75 - 150min/
semana de AF intensa

En adultos que no puedan realizar 150min/semana de AF de intensidad moderada que se mantengan tan activos como su capacidad y su estado de salud le permitan

Alimentación³

Disminuir el consumo de sal

Consumir alimentos de origen vegetal, rico en fibra, que incluya cereales integrales, frutas (2-3 raciones), verduras, legumbres (2-3 raciones) y frutos secos

Restringir la ingesta de azúcares especialmente bebidas azucaradas (gasesas, jugos)

Dejar de fumar / no consumo de bebidas alcohólicas³



RECOMENDACIONES

TRATAMIENTO

INSUFICIENCIA CARDÍACA^{2,5,10}

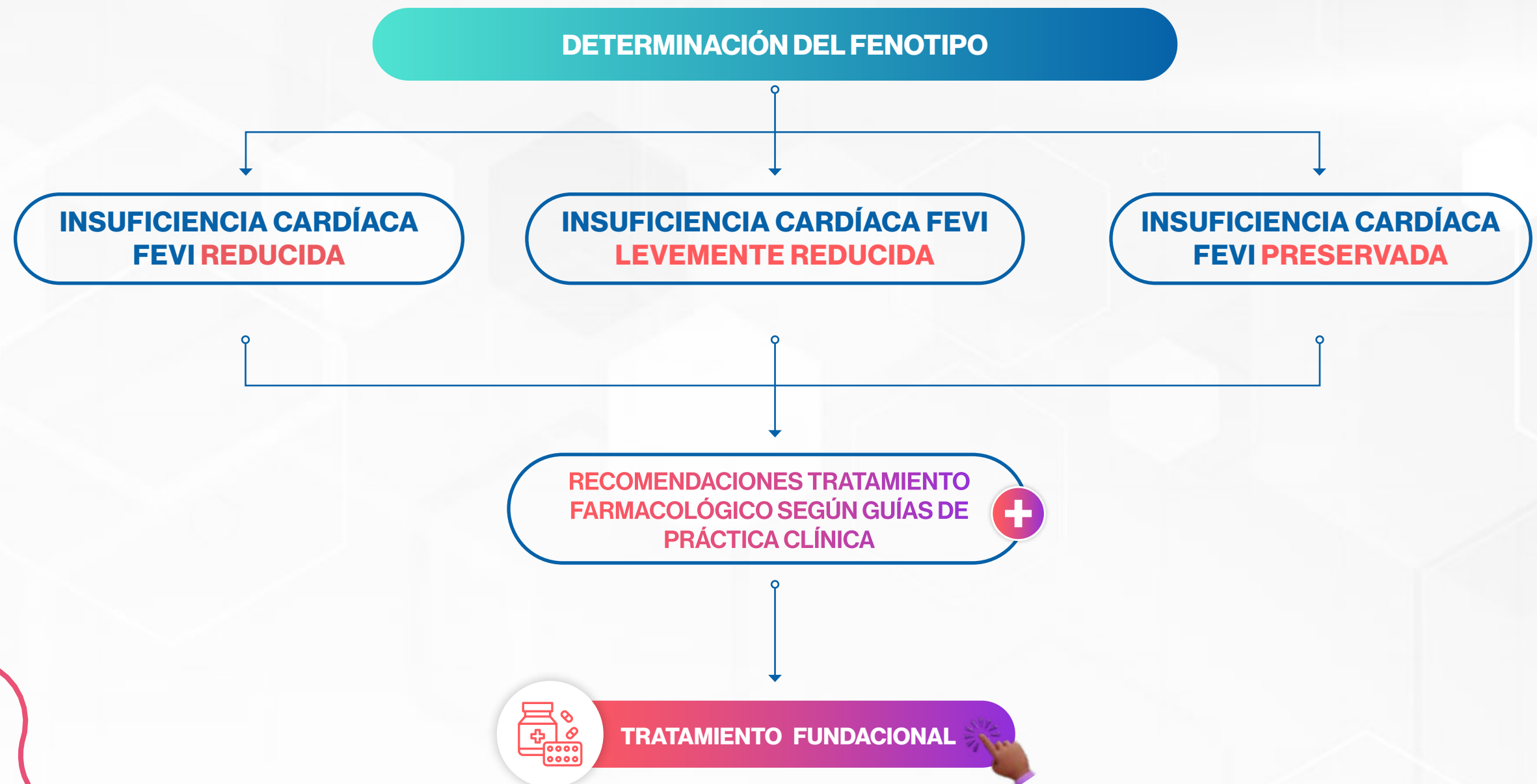


ILUSTRACIÓN CENTRAL: GUÍA DE MANEJO CLÍNICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AHA/ACC/HFSA 2022.

Directrices de terapia médica dirigida (GDMT) a través de los estadios de IC

Utilice esta herramienta para hacer referencia a las directrices de terapia médica dirigida (GDMT) en las cuatro etapas de ACC/AHA de la insuficiencia cardíaca definidas en el 2022 mediante las guías AHA/ACC/HFSA para el manejo de la insuficiencia cardíaca. Consulte la guía para los criterios específicos de población de pacientes.

GDMT clases terapéuticas.	Estadio C y D			
	Estadio A: En riesgo de IC	Estadio B: Pre-IC	Estadio C: IC sintomática. ICFEr FEVI $\leq$ 40%	Estadio D: IC avanzada ICFEp FEVI $\geq$ 50%
	iSGLT2 en pacientes con DM (1)	iSGLT2 en pacientes con DM (1)	ARNI en NYHA II-III, IECA o ARA II en NYHA II-IV (1)	Diuréticos, según necesidad (1)
		IECA (1)	Betabloqueador (1)	iSGLT2 (1)
		ARA II si intolerancia a IECA (1)	ARM (1)	IECA, ARA o INRA (2b)
		Betabloqueador (1)	iSGLT2 (1)	ARM (2B)
			Diuréticos, según necesidad (1)	Betabloqueador (2b)
			Hidralazina- nitratos para NYHA III-IV en pacientes afroamericanos (1)	ARA (2b)
	1 (Recomendación fuerte)		2a (Recomendación moderada)	2b (Recomendación débil)

TRATAMIENTO FUNDACIONAL^{2,5,10}



Inicio de 4 terapias fundacionales (Bloqueo de 4 vías fisiopatológicas)

Ver esquema de cada grupo farmacológico abajo



PRIMERA TITULACIÓN

*Ver esquema de titulación para cada medicamento

SEGUNDA TITULACIÓN

*Ver esquema de titulación para cada medicamento

TERCERA TITULACIÓN

*Ver esquema de titulación para cada medicamento

Al diagnóstico

PASO 1

2-4 semanas

PASO 2

2-4 semanas

PASO 3

4-8 semanas

PASO 4

Cardiólogo
Enfermera

Médico
Enfermera

Diuréticos + (a dosis mínima eficaz para control de congestión)

Terapia permanente - No desescalar ni quitar si no hay indicación

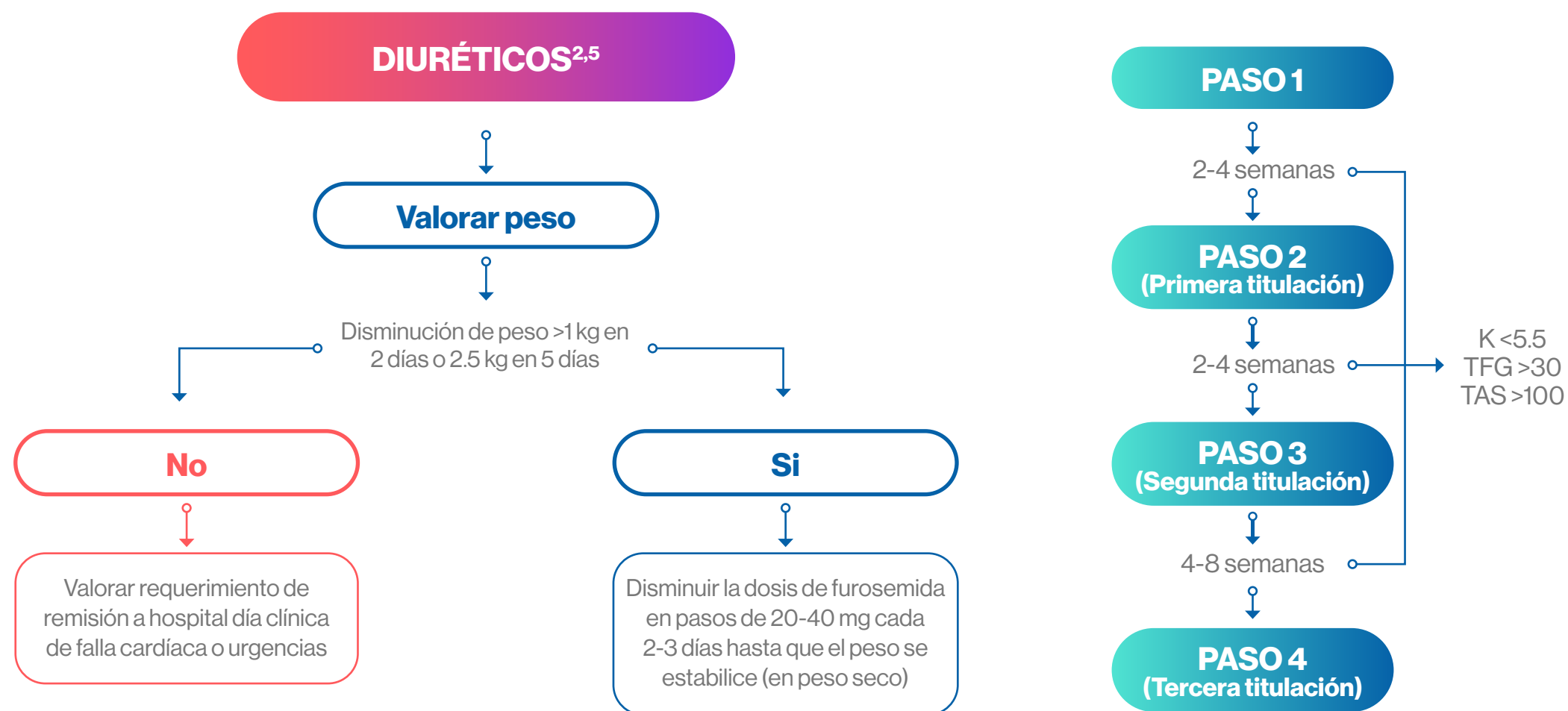
Día 1

3 meses



TRATAMIENTO FUNDACIONAL^{2,5,10}

X



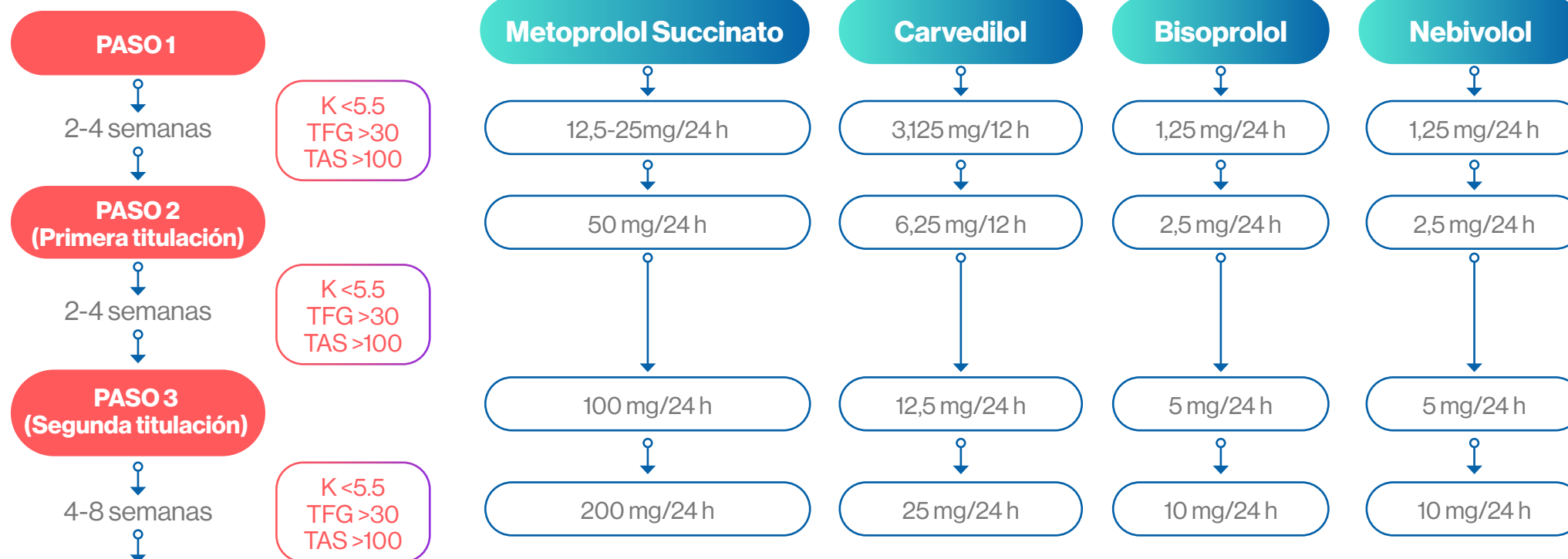
Terapia permanente - No descalar ni quitar si no hay indicación.

Día 1

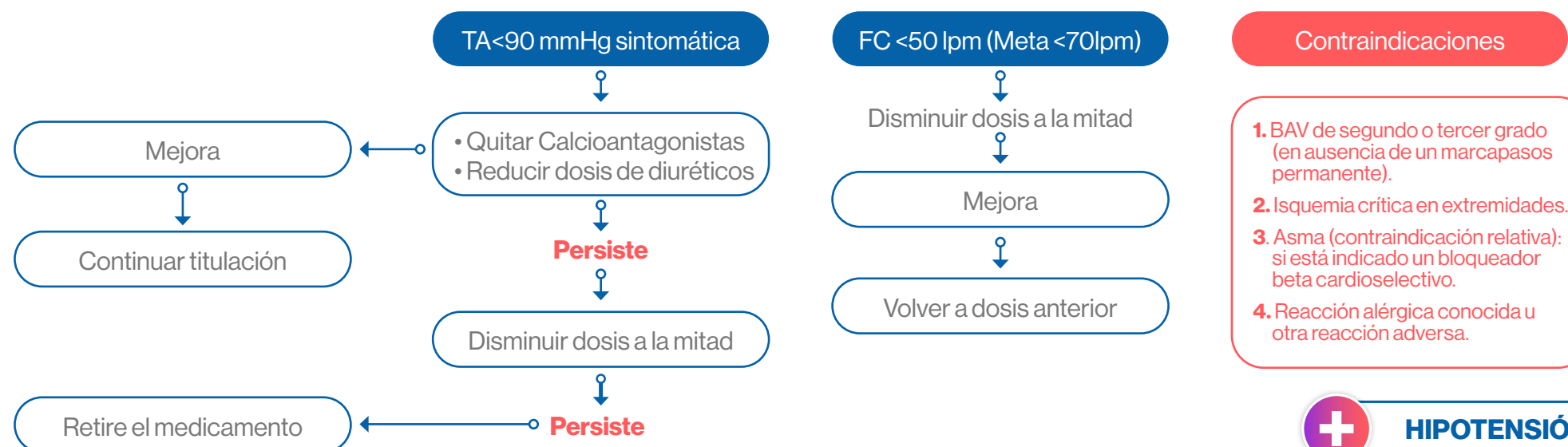
3 meses

BETABLOQUEADORES^{2,5}

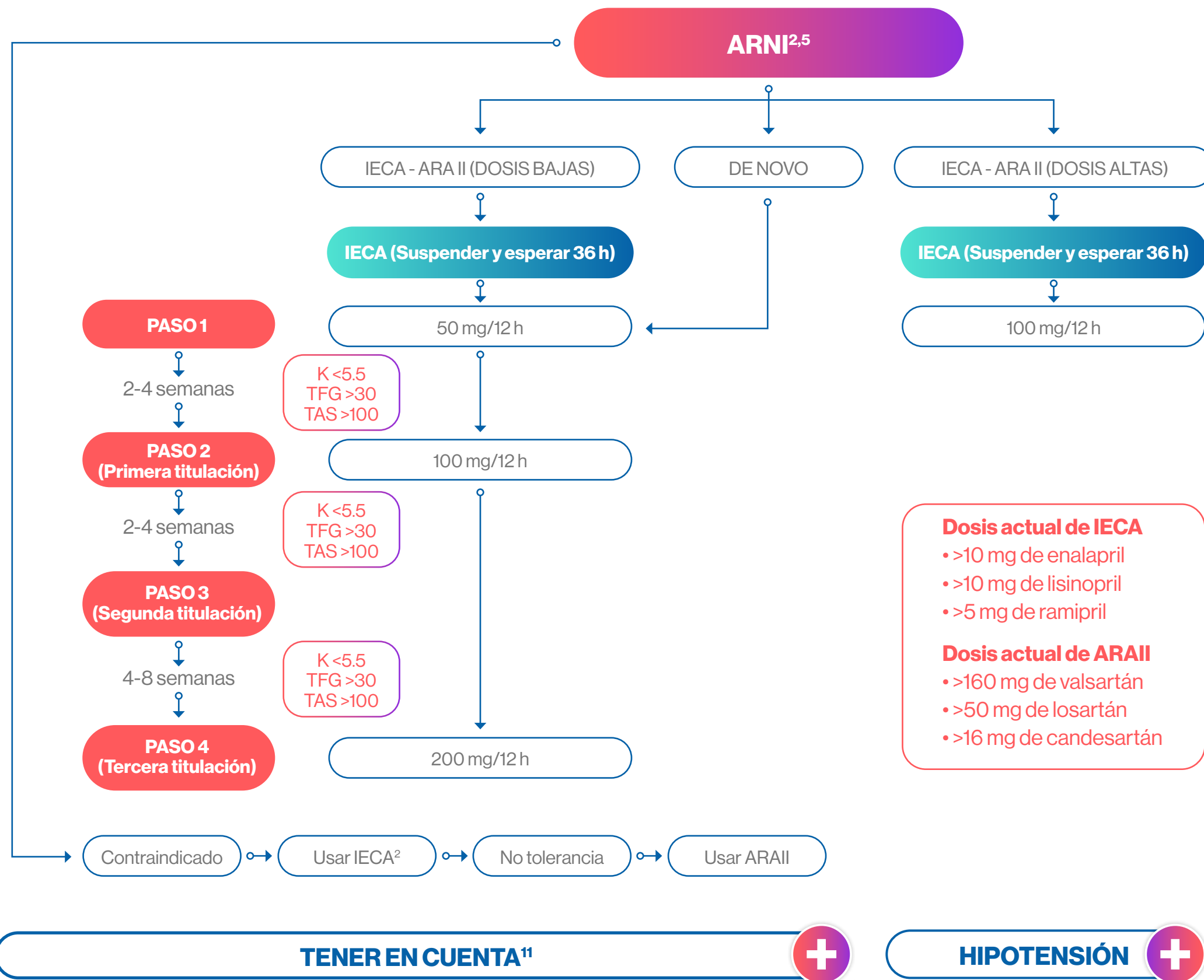
¿Cuáles?



TENER EN CUENTA¹¹

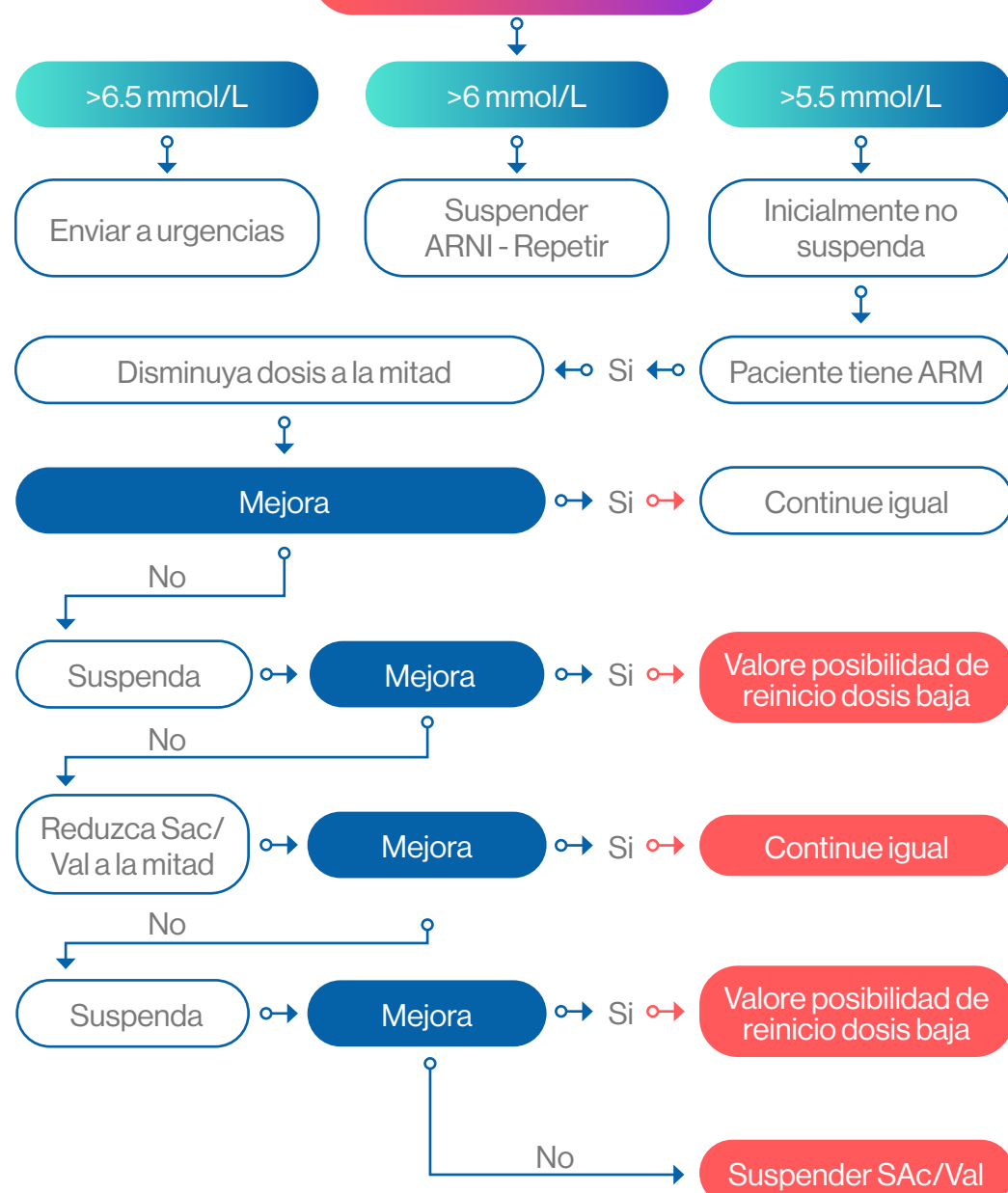


HIPOTENSIÓN

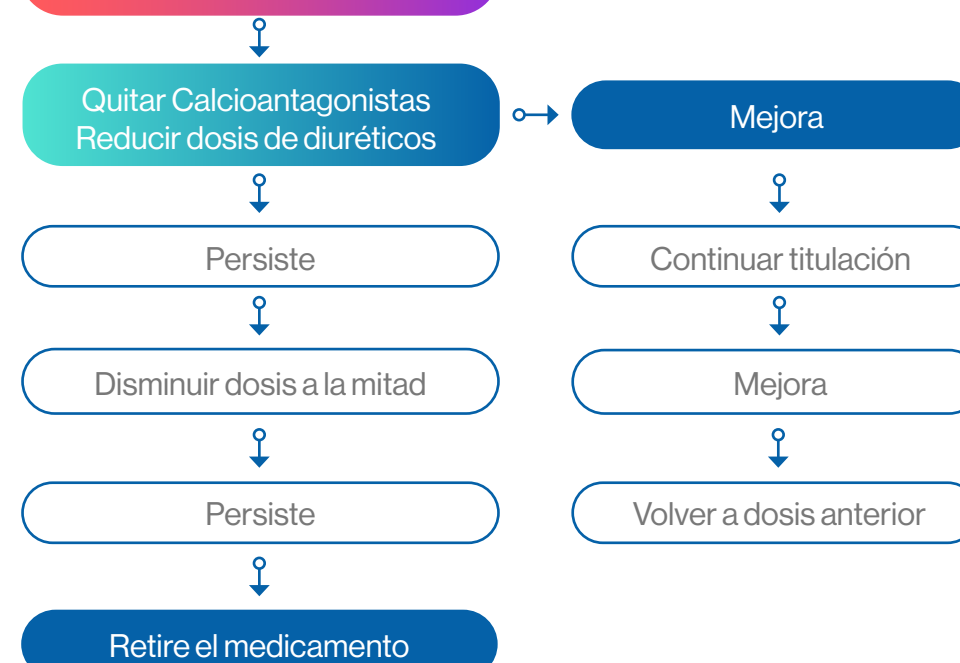


TENER EN CUENTA¹¹

Hipercalcemia



TA < 90 mmHg sintomática

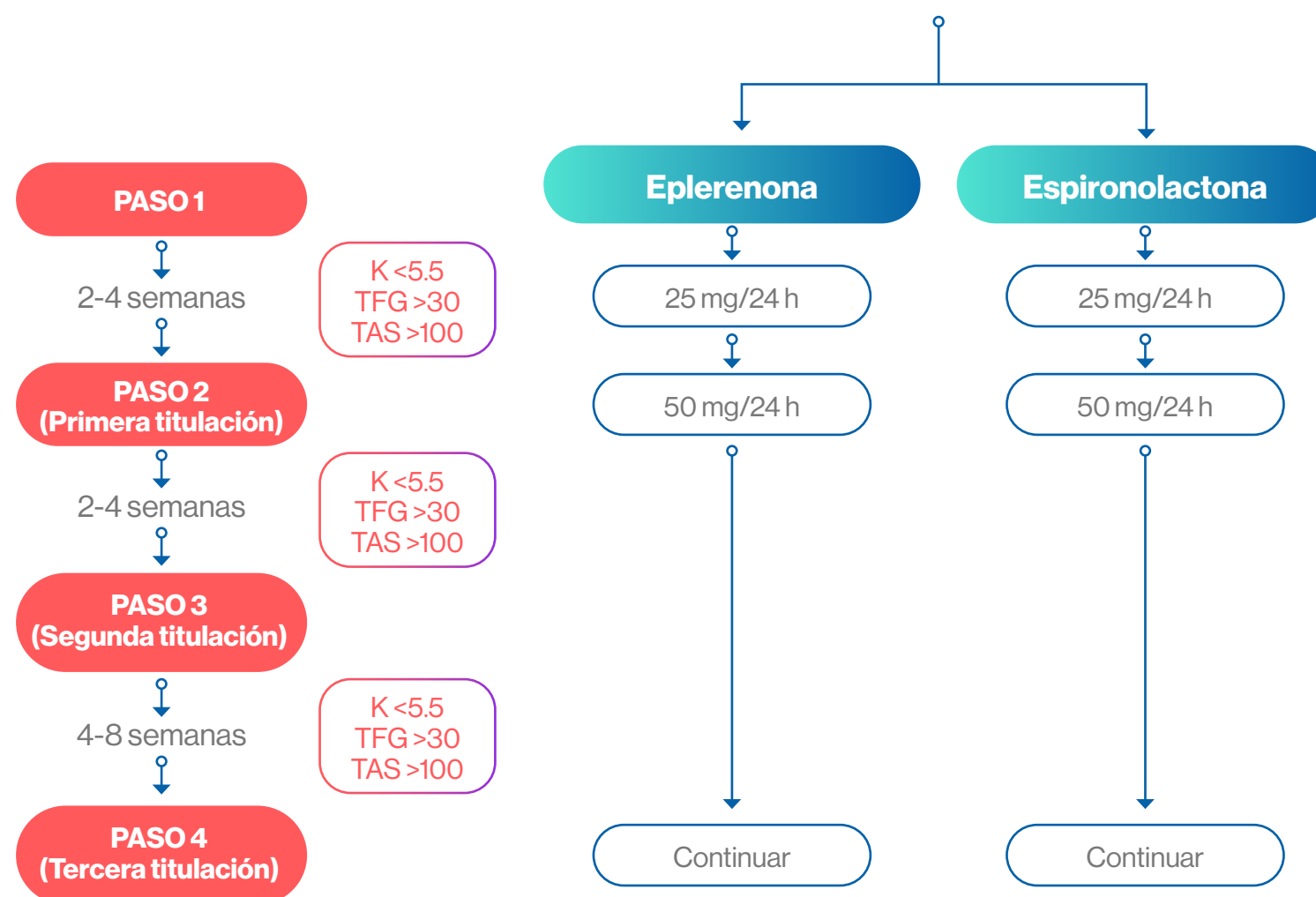


Alteración función renal





Antagonista receptor mineralocorticoide^{2,5}



TENER EN CUENTA¹¹

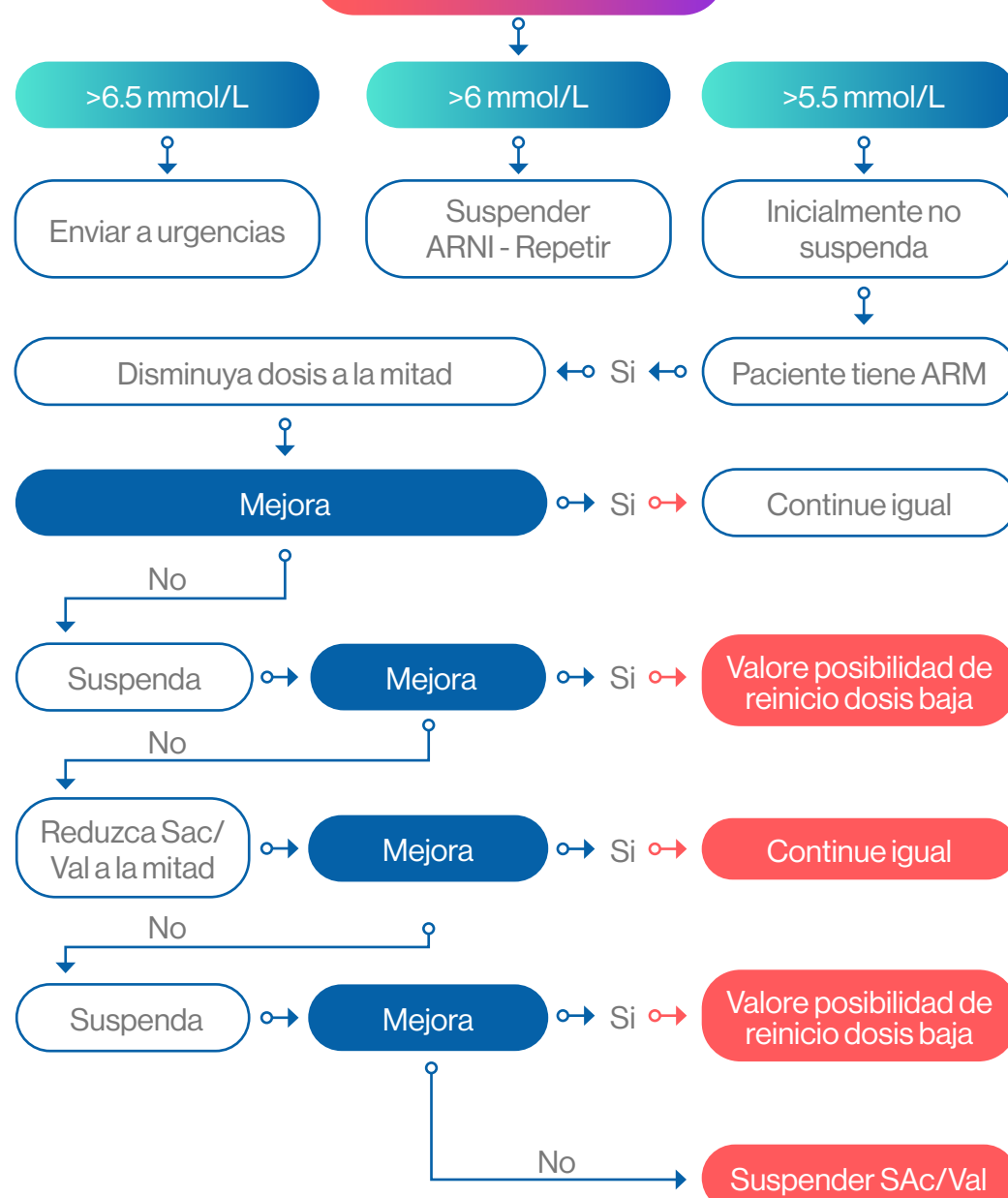


HIPOTENSION



TENER EN CUENTA¹¹

Hipercalemia



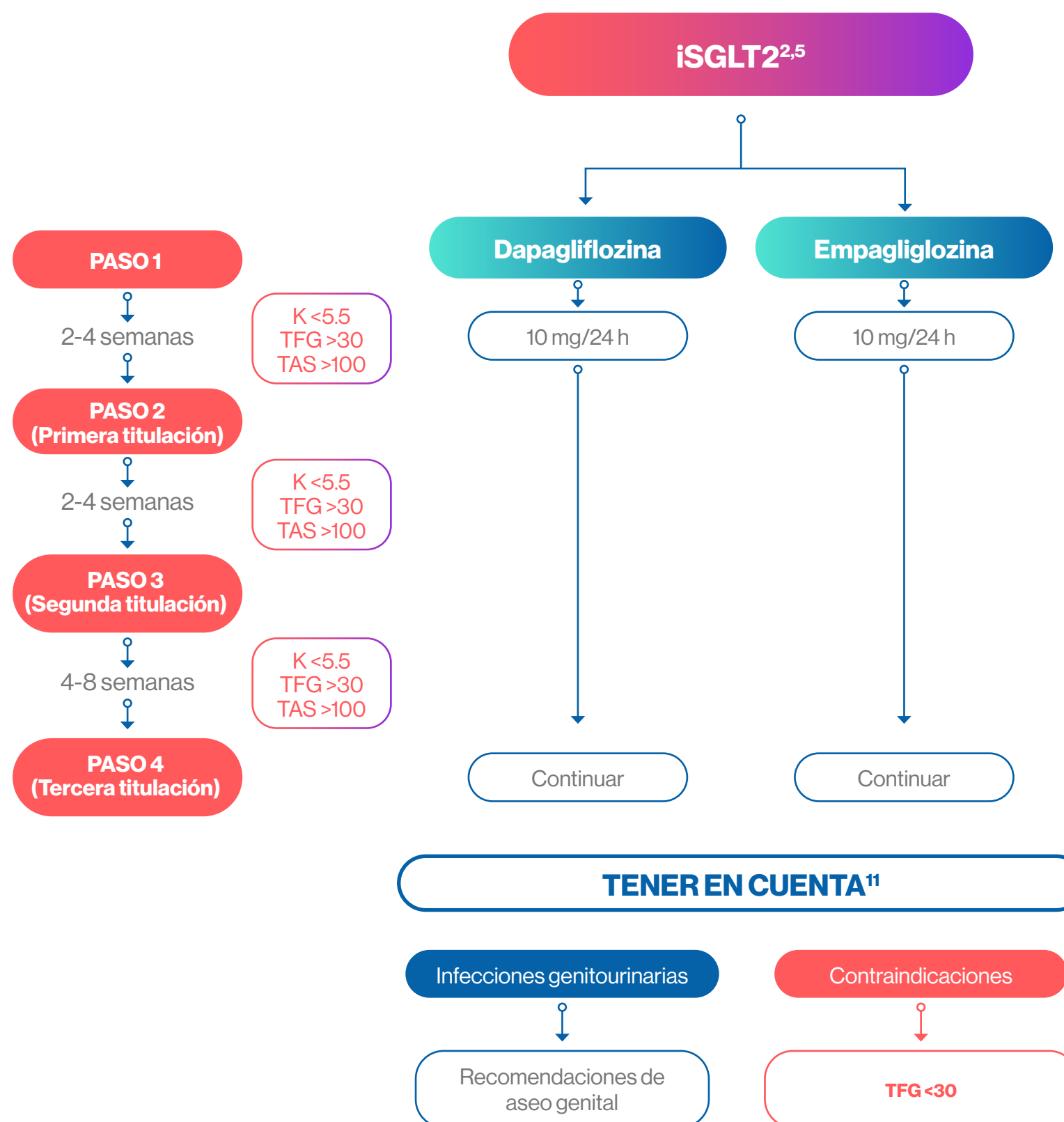
Alteración función renal



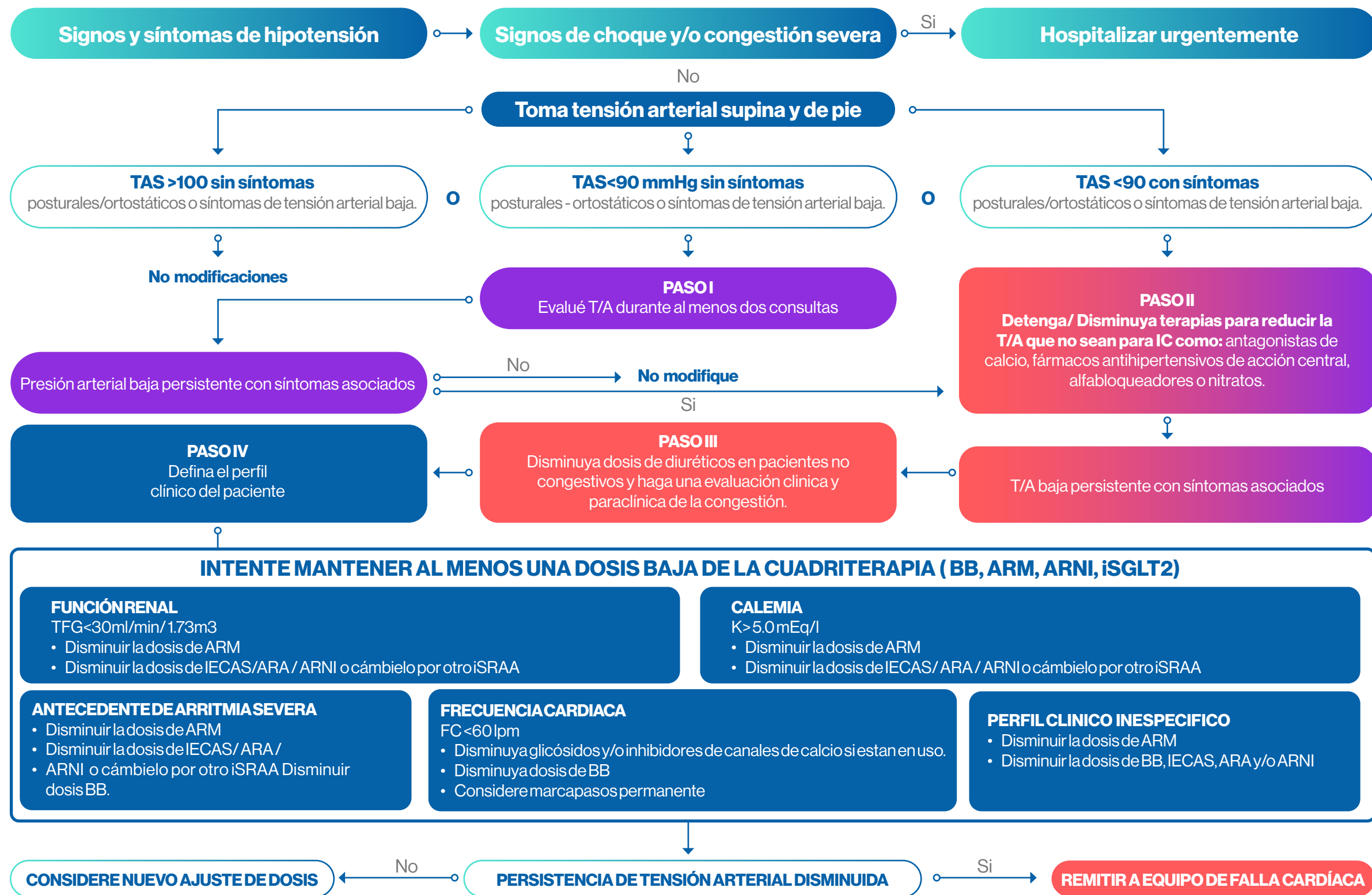
Contraindicaciones

- TFG <30
- Hipercalemia K >5.5





ALGORITMO PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA E HIPOTENSIÓN



SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO²

SEGUIMIENTO TELEFÓNICO/VIRTUAL²

- Barreras de acceso para llegar a centro de atención
- Pacientes en plan de final de vida
- Pacientes con alto índice de fragilidad

- Considerar seguimiento telefónico o por telemedicina con las mismas frecuencias que el seguimiento presencial

SEGUIMIENTO PRESENCIAL²

Conocer - Comunicar



SEGUIMIENTO UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA

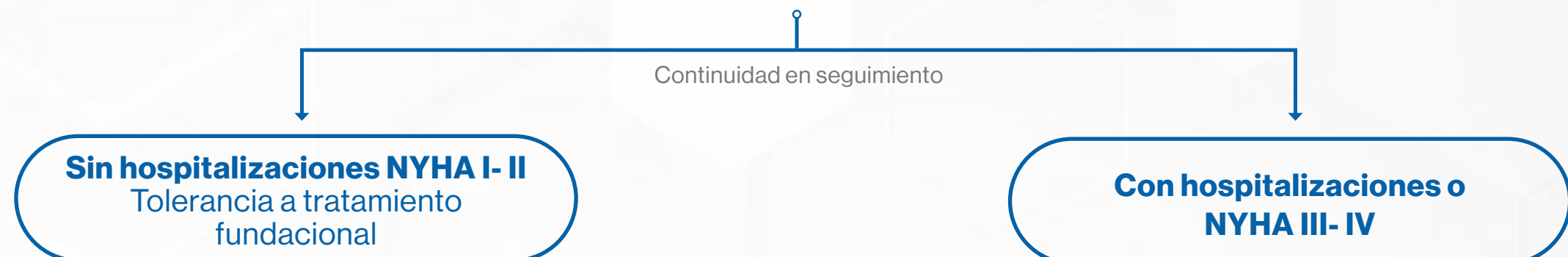
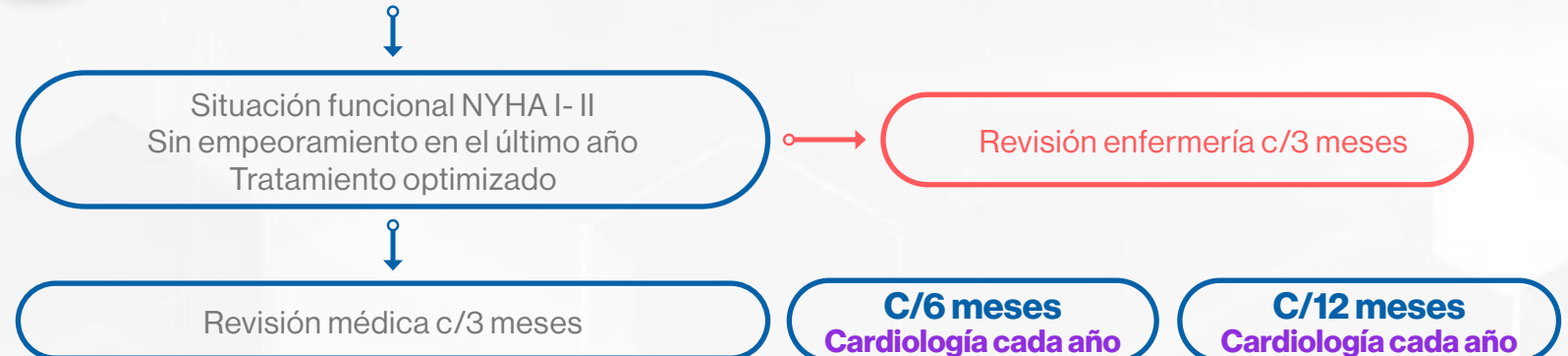
Sin hospitalizaciones NYHA I- II
Tolerancia a tratamiento fundacional

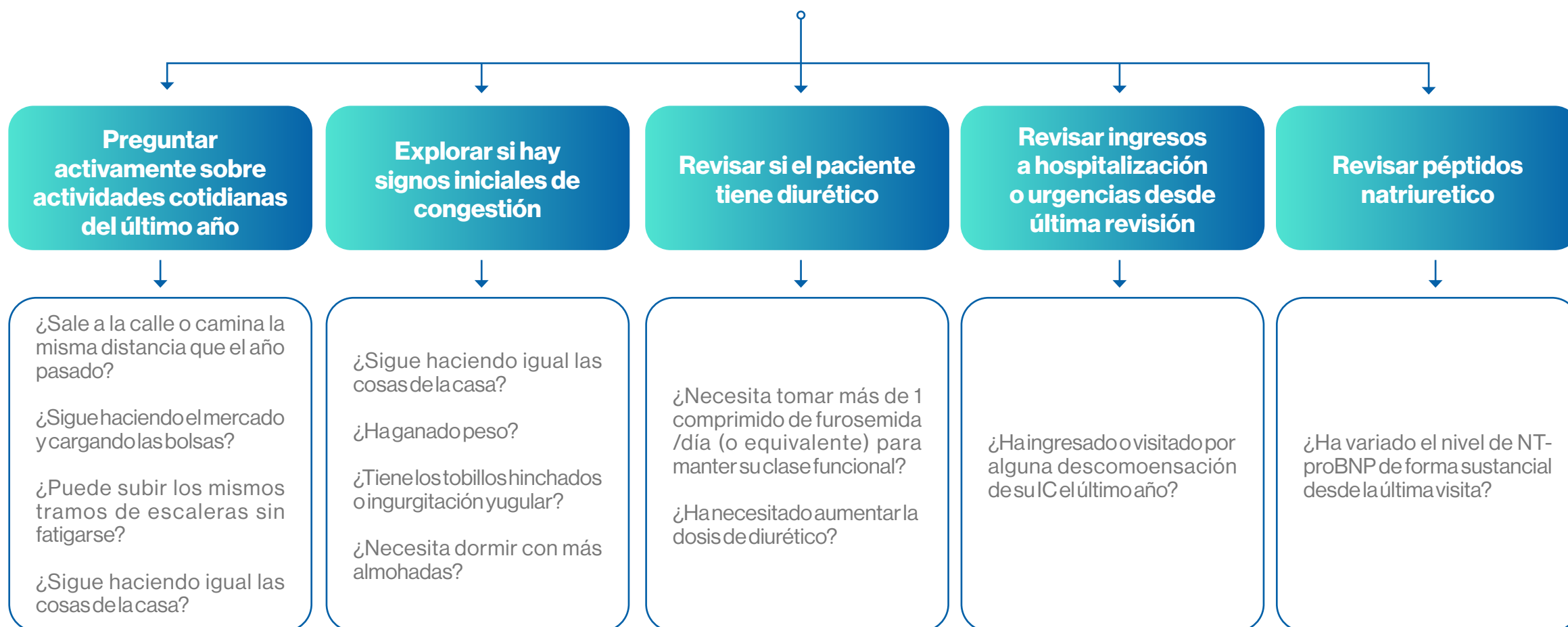


UNIDAD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA CARDIOLOGÍA

Con hospitalizaciones o NYHA III- IV

SEGUIMIENTO UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA



Cinco aspectos a abordar^{2,12}**Optimizar el tratamiento^{2,5,12}**

Valorar otras comorbilidades

Si FC > 70 lpm con betabloqueadores a dosis óptimas: Iniciar ivabradina

UNIDAD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA CARDIOLOGÍA



UNIDAD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA CARDIOLOGÍA

Diagnóstico de insuficiencia cardíaca



Revisión enfermería
c/3 meses

Clase funcional III- IV
>1 hospitalización al año

**CRITERIOS CLÍNICA
FALLA CARDÍACA**

Remita a

RECOMENDACIONES



Revisión c/3 meses/1 año

**CLÍNICA DE FALLA
CARDÍACA**

**Con hospitalizaciones o
NYHA III- IV**

Sin hospitalizaciones NYHA I- II
Tolerancia a tratamiento
fundacional



**UNIDAD DE ATENCIÓN
ESPECIALIZADA CARDIOLOGÍA**



**UNIDAD DE ATENCIÓN
PRIMARIA**



Abr.



UNIDAD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA CARDIOLOGÍA



RECOMENDACIONES³

Visitas cada 3 - 6 meses de acuerdo a tipo de paciente³

Realizar actividad física (AF)³

Al menos 150-300min/ semana de AF de intensidad moderada o 75 - 150min/ semana de AF intensa

En adultos que no puedan realizar 150min/semana de AF de intensidad moderada que se mantengan tan activos como su capacidad y su estado de salud le permitan

Alimentación³

Disminuir el consumo de sal

Consumir alimentos de origen vegetal, rico en fibra, que incluya cereales integrales, frutas (2-3 raciones), verduras, legumbres (2-3 raciones) y frutos secos

Restringir la ingesta de azúcares especialmente bebidas azucaradas (gaseosas, jugos)

Dejar de fumar / no consumo de bebidas alcohólicas³



UNIDAD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA CARDIOLOGÍA



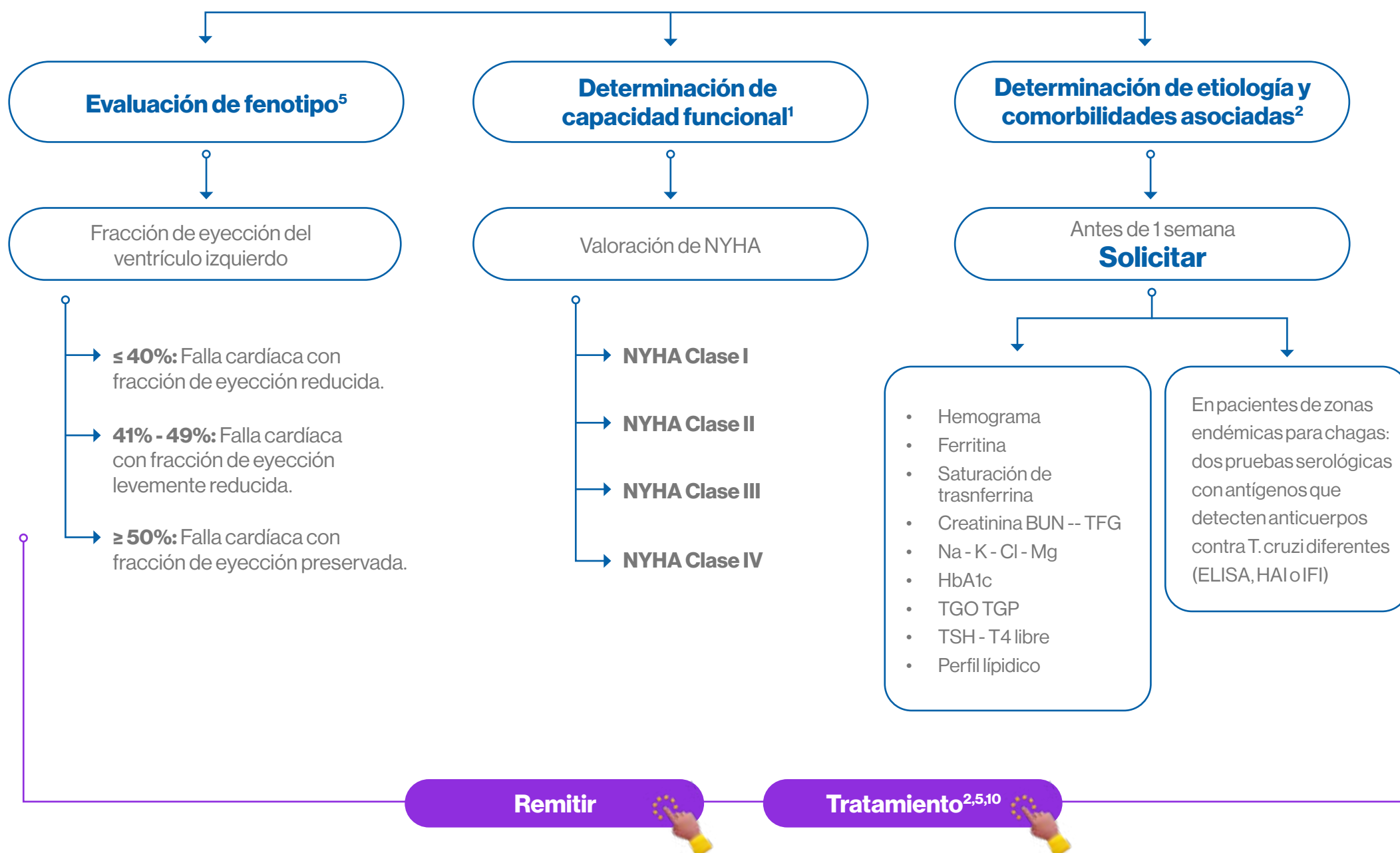
UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA



Abr.



DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA



CRITERIOS DE REMISIÓN A CLÍNICA DE FALLA CARDÍACA¹²

CRITERIOS DE REMISIÓN A CLÍNICA DE FALLA CARDÍACA¹²

Identificadores de pacientes con IC en final de vida²

1. Síntomas persistentes en cualquier actividad física o en reposo (NYHA IV)
2. No elegible para intervenciones adicionales (Como revascularización coronaria, cirugía valvular, implante de dispositivos o trasplante cardíaco)

Además cumple con al menos uno de los siguientes criterios¹²

1. Aumento de síntomas de IC a pesar de máximas dosis de tratamiento fundacional
2. Empeoramiento o daño orgánico irreversible (Incluyendo la carquexia cardíaca)
3. Readmisiones hospitalarias muy frecuentes con deterioro de IC, arritmias ventriculares o paro cardíaco



Disminución de la titulación de GDMT como resultado de intolerancia hemodinámica como hipotensión (TAS <90 mm Hg), mareos, fatiga excesiva o náuseas. Interrupción del inhibidor de la IECA /ARA II /ARNI debido a hipotensión o intolerancia renal¹²



2 hospitalizaciones o visitas a urgencias por IC descompensada en 12 meses¹²



Perfil de biomarcadores de alto riesgo (p. ej., hiponatremia, péptidos natriuréticos o troponina muy elevados)¹²



Insuficiencia renal progresiva con aumento de creatinina/BUN¹²



FEVI 25 %, en particular con características de alto riesgo en el ecocardiograma (disfunción diastólica de grado III o IV; disfunción significativa del VD; presiones arteriales pulmonares elevadas o insuficiencia mitral grave a pesar de los intentos de descongestión)¹²



Síntomas persistentes de clase III o IV de la NYHA a pesar de tratamiento óptimo en los últimos 3 meses¹²



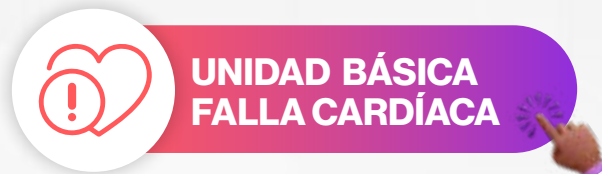
Dosis crecientes de diuréticos (p. ej., >160 mg/día de furosemida) o edema persistente a pesar de dosis crecientes de diuréticos¹²



Antecedente de implante de dispositivos o pacientes transplantados¹²

Si no se cuenta con una clínica de falla cardíaca, es necesario realizar el seguimiento a través de cardiología. Si desea establecer una clínica de falla cardíaca en su institución, siga el siguiente enlace para conocer el documento FAST (Facilitate Support Towards Heart Failure Programs).

EMPEORAMIENTO²



**UNIDAD BÁSICA
FALLA CARDÍACA**



**UNIDAD DE ATENCIÓN
ESPECIALIZADA CARDIOLOGÍA**

No

CRITERIOS DE EMPEORAMIENTO

No

1. Aumento de peso 2 Kg/3 días o 3 Kg/1 semana
2. Edema en tobillos
3. Disminución de diuresis
4. Disnea con menos esfuerzo o en reposo
5. Ortopnea
6. Tos persistente irritativa más estando acostado
7. Dolor torácico, cansancio intenso, mareo

Mejoría clínica

Manejo en UA BÁSICA IC
Detectar causa - Tratar

Si

**CONTINUAR EN
UA BÁSICA IC**

6 - 12 meses

**Tratamiento optimizado
NYHA I - II**

**Empeoramiento leve
sin signos de gravedad**

Si

**Empeoramiento
moderado a severo**

Hipotensión - Hipertensión
Taquicardia - Bradicardia
Hipercalemia - Hipocalcemia

NYHA IV (No terminal)
Sospecha EAP
Sincope BAV (2-3 grado)
Taquicardia muy sintomática
Claudicación familiar

HOSPITALIZACIÓN

CONSULTA TRANSICIONAL AL ALTA

**VALORACIÓN POR CONSULTA
ESPECIALIZADA**

Considerar remisión a clínica de falla

Considerar remisión a hospital día²

Tratamientos complementarios



INTERVENCIONES

- Paracentesis
- Transfusiones
- Toracocentesis



Tratamientos complementarios

Diuréticos

Ubicar al paciente en sillón, extraer bioquímica, colocar vía IV y tomar constantes (FC, TA y SatO₂).

Bolo de acuerdo a dosis ambulatoria de furosemida

5 ampollas de furosemida en 100cc SSF a pasar en 6 horas (20 mg/hora).

Se esperará 1h tras la última dosis de diurético y si no hay incidencias se procederá al alta.

Hierro

Considere dosis simple de hierro carboximaltosa (500 - 1000 mg IV)

HB gr/dL	Peso del paciente		
	<35 Kg	35- 70 Kg	>70 Kg
<10	500 mg	1500 mg	2000 mg
10-14	500 mg	1000 mg	1500 mg
≥14	500 mg	500 mg	500 mg

	Dosis de mantenimiento oral ambulatoria	Bolo de furosemida
Categoría	mg	mg
Dosis bajas	< 40	20
Dosis estándar	41 - 160	Equivalente numérico de la dosis de diurético de mantenimiento
Dosis alta	161 - 300	200
Mega dosis	> 301	200

Criterios para tratamiento con ciclos
intermitentes de Levosimendán

- FEVI < 35 %
- Clase funcional III-IV de la NYHA
- Descompensaciones frecuentes (congestión o bajo gasto)
- A pesar de tratamiento óptimo
- Buena respuesta a perfusión hospitalaria previa de 24h

Levosimendan

Perfusión continua durante 6h: Perfusión a 0,2 ug/k/min (si respuesta excesiva TA < 90mmHg o Fc > 120 reducir a 1/2 dosis)

Repetir cada 2 semana durante 2-3 meses (según respuesta)

Criterios para tratamiento con
Suero Salino Hipertónico

Candidato:

- Paciente que no responde satisfactoriamente a las pautas de furosemida IV en hospital + clortalidona VO y espironolactona VO.
- Predominio de fallo derecho. Evitar si congestión pulmonar significativa.
- En caso de insuficiencia renal pero con diuresis conservada.
- No utilizar si Na⁺ > 145 mEq/l o K⁺ menos de 3,5 mEq/l

Suero hipertónico

TRATAR SIEMPRE COMORBILIDAD Y ETIOLOGÍA

Comorbilidades y etiología²



Entregar fasciculos de pacientes

RECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA PARA PACIENTES CON IC ^{*13}				
INSUFICIENCIA CARDÍACA	ALIMENTACIÓN			EJERCICIO
	LÍQUIDOS	SODIO	OTROS	
AGUDA	Sugerir ingesta normal (1.5-2.5 L) Considerar restrictivo en hiponatremia (< 1.5 L) Ingesta líquida < Excreción de orina Consideraciones: Agudo Durante titulación de terapia fundacional Congestión residual Diurético de ASA	Sugerir ingesta normal (1.5-4 g) Evitar restricción extrema (< 1 g) Ingesta de sodio < Excreción de sodio en orina	Alimentos a consumir con precaución son enlistados en "Los 14 incomibles".	Reposo, limitación de actividad física
CRÓNICA	Sugerir ingesta normal (1.5-2.5 L) Ingesta liberal permitida (> 2.5 L); guiada por la sed y dependiente del entorno Consideraciones: Crónica En terapia fundacional Sin congestión El mínimo o ningún diurético de ASA	Sugerir ingesta normal (1.5-4 g) Ingesta liberal permitida hasta 5 g		No reposo Ejercicio físico de acuerdo a capacidad (mínimo 30min al día) Remisión a programa de RC

*Las recomendaciones para la ingesta de líquido y sodio están basadas en el último consenso clínico de la Asociación de Insuficiencia Cardíaca de la ESC (Abr/2024)

INGESTA DE SODIO	REFERENCIA DIARIA
Normal	1.5 - 4 g
Liberal	> 4 g
Restringido	< 1.5 g

INGESTA DE LIQUIDOS	REFERENCIA DIARIA
Normal	1.5 - 2.5 L
Liberal	> 2.5 L
Restringido	< 1.5 L

LOS 14 INCOMIBLES

1. Salsas preparadas o sopas de sobre
 2. Extractos de carne y pollo
 3. Carnes crudas ahumadas
 4. Verduras en conserva
 5. Zumos envasados
 6. Productos precocidos o congelados
 7. Quesos curados
8. Charcutería
 9. Pan y galletas con sal
 10. Frutos secos salados y papas fritas
 11. Aceitunas
 12. Agua mineral con gas
 13. Pescados ahumados en conserva
 14. Productos de bollería industrial



RECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA PARA PACIENTES CON IC*13				
INSUFICIENCIA CARDÍACA	ALIMENTACIÓN			EJERCICIO
	LÍQUIDOS	SODIO	OTROS	
AGUDA	Sugerir ingesta normal (1.5-2.5 L) Considerar restrictivo en hiponatremia (< 1.5 L) Ingesta líquido< Excreción de orina	Sugerir ingesta normal (1.5-4 g) Evitar restricción extrema (< 1 g) Ingesta de sodio < Excreción de sodio en orina	Alimentos a consumir con precaución son enlistados en "Los 14 incomedibles".	Reposo, limitación de actividad física
	Consideraciones: ✔ Agudo ✔ Durante titulación de terapia fundacional ✔ Congestión residual ✔ Diurético de ASA			
CRÓNICA	Sugerir ingesta normal (1.5-2.5 L) Ingesta liberal permitida (> 2.5L): guiada por la sed y dependiente del entorno	Sugerir ingesta normal (1.5-4 g) Ingesta liberal permitida hasta 5 g		No reposo Ejercicio físico de acuerdo a capacidad (mínimo 30min al día) Remisión a programa de RC
	Conisderaciones: ✔ Cronica ✔ En terapia fundacional ✔ Sin congestión ✔ El mínimo o ningún diurético de ASA			

*Las recomendaciones para la ingesta de líquido y sodio están basadas en el último consenso clínico de la Asociación de Insuficiencia Cardíaca de la ESC (Abr/2024)

INGESTA DE SODIO	REFERENCIA DIARIA
Normal	1.5 - 4 g
Liberal	> 4 g
Restringido	< 1.5 g

INGESTA DE LIQUIDOS	REFERENCIA DIARIA
Normal	1.5 - 2.5 L
Liberal	> 2.5 L
Restringido	< 1.5 L



TRATAR SIEMPRE COMORBILIDAD Y ETIOLOGÍA

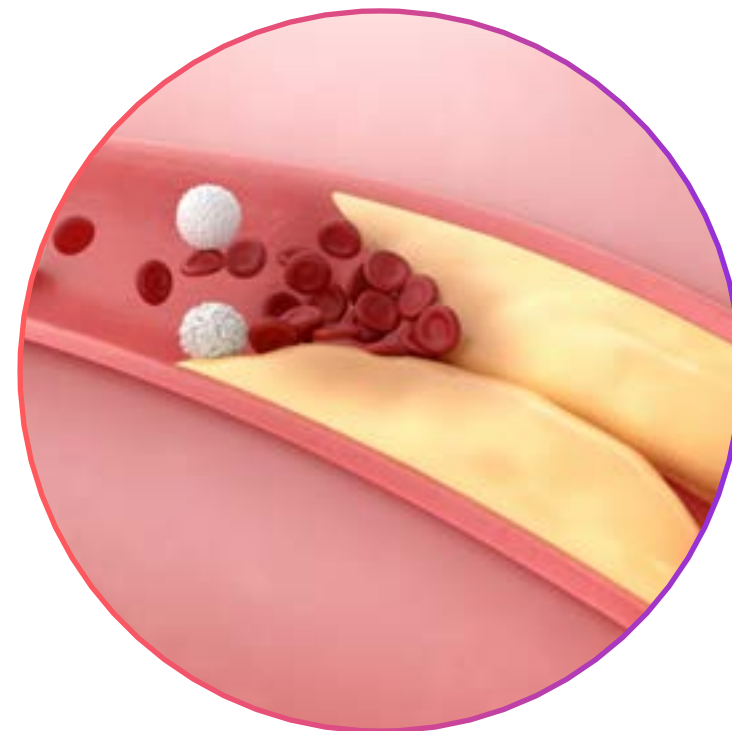
Comorbilidades y etiología²

Entregar fasciculos de pacientes

X

Enfermedad coronaria²

- Ver guías de tratamiento específicas
- Manejo de FR (Metas LDL <55mg/dL)



HTA



Alteraciones en tiroides



Diabetes



3. Carnes crudas ahumadas

4. Verduras en conserva

5. Zumos envasados

6. Productos precocidos o congelados

7. Quesos curados

10. Frutos secos salados y papas fritas

11. Aceitunas

12. Agua mineral con gas

13. Pescados ahumados en conserva

14. Productos de bollería industrial

Abr.



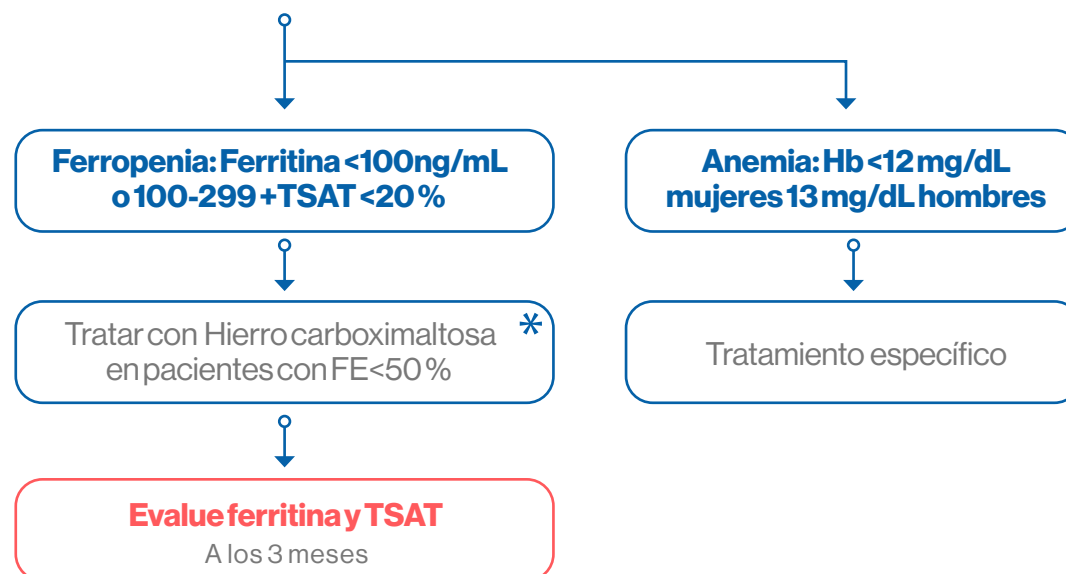
TRATAR SIEMPRE COMORBILIDAD Y ETIOLOGÍA

Comorbilidades y etiología²

Entregar fascículos de pacientes



Ferropenia y anemia²



*

Considere dosis simple de hierro carboximaltosa (500- 1000 mg IV)

HB gr/dL	Peso del paciente		
	<35 Kg	35- 70 Kg	>70 Kg
<10	500 mg	1500 mg	2000 mg
10-14	500 mg	1000 mg	1500 mg
≥14	500 mg	500 mg	500 mg

HTA



Alteraciones en tiroides



Diabetes



3. Carnes crudas ahumadas

4. Verduras en conserva

5. Zumos envasados

6. Productos precocidos o congelados

7. Quesos curados

10. Frutos secos salados y papas fritas

11. Aceitunas

12. Agua mineral con gas

13. Pescados ahumados en conserva

14. Productos de bollería industrial

Abr.



TRATAR SIEMPRE COMORBILIDAD Y ETIOLOGÍA

Comorbilidades y etiología²

Entregar fasciculos de pacientes

X

Fibrilación auricular y arritmias²

- Anticoagulación
- Tratamiento médico óptimo de IC
- Definir control del ritmo en Unidad especializada



HTA



Alteraciones en tiroides



Diabetes



3. Carnes crudas ahumadas

4. Verduras en conserva

5. Zumos envasados

6. Productos precocidos o congelados

7. Quesos curados

10. Frutos secos salados y papas fritas

11. Aceitunas

12. Agua mineral con gas

13. Pescados ahumados en conserva

14. Productos de bollería industrial

Abr.



TRATAR SIEMPRE COMORBILIDAD Y ETIOLOGÍA

Comorbilidades y etiología²

Entregar fasciculos de pacientes



Depresión²

- Ver guías de tratamiento. Antidepresivos tricíclicos contraindicados



HTA



Alteraciones en tiroides



Diabetes



3. Carnes crudas ahumadas

4. Verduras en conserva

5. Zumos envasados

6. Productos precocidos o congelados

7. Quesos curados

10. Frutos secos salados y papas fritas

11. Aceitunas

12. Agua mineral con gas

13. Pescados ahumados en conserva

14. Productos de bollería industrial

Abr.



TRATAR SIEMPRE COMORBILIDAD Y ETIOLOGÍA

Comorbilidades y etiología²

Entregar fasciculos de pacientes



Fragilidad - Caquexia - Sarcopenia²

- Manejo multidisciplinario



HTA



Alteraciones en tiroides



Diabetes



3. Carnes crudas ahumadas

4. Verduras en conserva

5. Zumos envasados

6. Productos precocidos o congelados

7. Quesos curados

10. Frutos secos salados y papas fritas

11. Aceitunas

12. Agua mineral con gas

13. Pescados ahumados en conserva

14. Productos de bollería industrial

Abr.



TRATAR SIEMPRE COMORBILIDAD Y ETIOLOGÍA

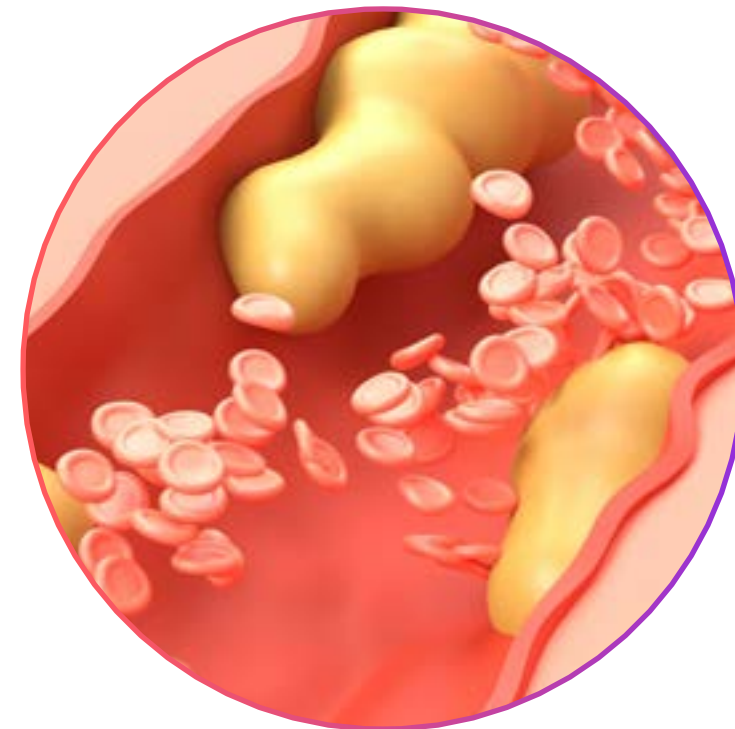
Comorbilidades y etiología²

Entregar fasciculos de pacientes

X

Dislipidemia²

- Tratar de acuerdo a metas determinadas por factores de riesgo individualizados de cada paciente.



HTA



Alteraciones en tiroides



Diabetes



3. Carnes crudas ahumadas

4. Verduras en conserva

5. Zumos envasados

6. Productos precocidos o congelados

7. Quesos curados

10. Frutos secos salados y papas fritas

11. Aceitunas

12. Agua mineral con gas

13. Pescados ahumados en conserva

14. Productos de bollería industrial

Abr.



TRATAR SIEMPRE COMORBILIDAD Y ETIOLOGÍA

Comorbilidades y etiología²

Entregar fasciculos de pacientes

X

Obesidad²

- Ver guías de tratamiento (Tratar siempre peor pronóstico)



HTA



Alteraciones en tiroides



Diabetes



3. Carnes crudas ahumadas

4. Verduras en conserva

5. Zumos envasados

6. Productos precocidos o congelados

7. Quesos curados

10. Frutos secos salados y papas fritas

11. Aceitunas

12. Agua mineral con gas

13. Pescados ahumados en conserva

14. Productos de bollería industrial

Abr.

TRATAR SIEMPRE COMORBILIDAD Y ETIOLOGÍA

Comorbilidades y etiología²

Entregar fasciculos de pacientes

X

Hipertensión arterial²

- Terapia médica para IC es hipotensora (Privilegiar uso de estos)
- Contraindicación para: Calcio antagonistas no dihidropiridínicos: diltiazem - verapamilo
- No indicación de alfabloqueadores



HTA



Alteraciones en tiroides



Diabetes



3. Carnes crudas ahumadas

4. Verduras en conserva

5. Zumos envasados

6. Productos precocidos o congelados

7. Quesos curados

10. Frutos secos salados y papas fritas

11. Aceitunas

12. Agua mineral con gas

13. Pescados ahumados en conserva

14. Productos de bollería industrial

Abr.

TRATAR SIEMPRE COMORBILIDAD Y ETIOLOGÍA

Comorbilidades y etiología²

Entregar fasciculos de pacientes



Alteraciones en tiroides²

- Ver guías de tratamiento Hipotiroidismo o Hipertiroidismo
- Tratar hipotiroidismo subclínico cuando TSH>10 mIU/L + en pacientes <70 años



HTA



Alteraciones en tiroides



Diabetes



3. Carnes crudas ahumadas

4. Verduras en conserva

5. Zumos envasados

6. Productos precocidos o congelados

7. Quesos curados

10. Frutos secos salados y papas fritas

11. Aceitunas

12. Agua mineral con gas

13. Pescados ahumados en conserva

14. Productos de bollería industrial

Abr.



TRATAR SIEMPRE COMORBILIDAD Y ETIOLOGÍA

Comorbilidades y etiología²

Entregar fasciculos de pacientes



Diabetes²

- iSGLT2 siempre requeridos
- GLP1 no previenen Hx por IC, se pueden usar
- DPP4 resultados neutros en desenlaces CV
- Metformina se puede usar: Atención en TFG < 30 mg/dL o falla hepática
- Insulina: Revisar al inicio siempre posible empeoramiento de IC
- Sulfonilureas o glitazonas están contraindicados



HTA



Alteraciones en tiroides



Diabetes



3. Carnes crudas ahumadas

4. Verduras en conserva

5. Zumos envasados

6. Productos precocidos o congelados

7. Quesos curados

10. Frutos secos salados y papas fritas

11. Aceitunas

12. Agua mineral con gas

13. Pescados ahumados en conserva

14. Productos de bollería industrial

Abr.



ENTRADA RUTA INSUFICIENCIA CARDÍACA⁴



EGRESO HOSPITALARIO



RUTA DE ATENCIÓN PARA LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

SALIR



REFERENCIAS:

1. Castillo Moraga MJ, Turégano-Yedro M, Pallarés-Carratalá V, Seoane-Vicente MC, Serrano Cumplido A, Ruiz-García A, et al. Posicionamiento SEMERGEN en el abordaje de la insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. Med Fam SEMERGEN. 2022 Mar 1;48(2):106–23.
2. 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: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2021 Dec 21;42(48):4901–4901.
3. L.J. Visseren F, Mach F, M. Smulders Y, Carballo D, C. Koskinas K, Bäck M, et al. Guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2022;75(5):429. e1-429.e104.
4. Sociedad Española de Cardiología. SEC-PRIMARIA. Proyecto integrador de Cardiología y Atención Primaria. Report No.: 2022–C. Available from: ISBN: 978-84-09-40378-3
5. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2022 May 3;145(18).
6. Bozkurt B, Coats AJ, Tsutsui H, Abdelhamid M, Adamopoulos S, Albert N, et al. Universal Definition and Classification of Heart Failure. J Card Fail. 2021 Apr;27(4):387–413.
7. O'Neal WT, Mazur M, Bertoni AG, Bluemke DA, AlMallah MH, Lima JAC, et al. Electrocardiographic Predictors of Heart Failure With Reduced Versus Preserved Ejection Fraction: The MultiEthnic Study of Atherosclerosis. J Am Heart Assoc. 2017 Nov 6;6(6):e006023.
8. Echeverría LE, Marcus R, Novick G, Sosa-Estani S, Ralston K, Zaidel EJ, et al. WHF IASC Roadmap on Chagas Disease. Glob Heart. 2020 Mar 30;15(1):26.5.
9. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2023;44(37):3627–39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195>
10. Rivera A, Saldarriaga C, Echeverría LE, Buitrago A, Mariño A, Arias C, et al. 2022 Update of the Colombian Consensus on Heart Failure with Reduced Ejection Fraction: Chapter on Heart Failure, Heart Transplantation and Pulmonary Hypertension of the Colombian Society of Cardiology and Cardiovascular Surgery. Revista Colombiana de Cardiología. 29(Supl 2):3–19.
11. Mewton, N Girerd N, Boffa JJ, Courivaud, Isnard R, Juillard L, et al. Practical management of worsening renal function in outpatients with heart failure and reduced ejection fraction: Statement from a panel of multidisciplinary experts and the Heart Failure Working Group of the French Society of Cardiology. Arch Cardiovasc Dis. 2020 Oct;113(10):660–70.
12. Morris AA, Khazanie P, Drazner MH, Albert NM, Breathett K, Cooper LB, et al. Guidance for Timely and Appropriate Referral of Patients With Advanced Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2021 Oct 12;144(15).
13. Mullens W, Damman K, Dhont S, Banerjee D, Bayes-Genis A, Cannata A, et al. Dietary sodium and fluid intake in heart failure. A clinical consensus statement of the Heart Failure Association of the ESC. Eur J Heart Fail. 2024;26(4):730–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ehjhf.3244>

Este material no es promocional en lenguaje, apariencia o intención. Si se hace alusión a productos o indicaciones no aprobados por la autoridad regulatoria del país, será bajo el estricto propósito educativo, de genuino intercambio científico y para incluir las alternativas de tratamiento de forma balanceada, completa y vigente. Material dirigido a profesionales de la salud. Este material no pretende sustituir o reemplazar una decisión clínica ni terapéutica. Más información en el Departamento Médico de Novartis S.A Colombia: 65444444. Si desea reportar un evento adverso ingrese al link: www.novartis.com/report. Para más información diríjase a informacion.cientifica@novartis.com. No se autoriza la grabación, toma de fotografías y distribución del material y tampoco difusión por medios no autorizados por Novartis. Novartis de Colombia S.A. Calle 93B No. 16-31. PBX 654 44 44. Bogotá, D.C. Novartis de Colombia S.A. Novartis Pharma, AG de Basilea, Suiza ® = Marca registrada. Fecha de caducidad: 24/08/2026 Content ID: FA-11253978

*Indicación aprobada en Colombia: Sacubitril/Valsartan está indicado para el tratamiento de la falla cardíaca (clase funcional NYHA II-IV) en pacientes con disfunción sistólica.

