

Registro Nacional de Insuficiencia Cardíaca OFFICE IC AR

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La insuficiencia cardíaca crónica afecta aproximadamente al 2-3% de la población general, pero a más del 10% en los mayores de 70 años. Es la vía común final de la mayoría de las enfermedades cardíacas cuando no se tratan adecuadamente (1-3). Es una condición médica que afecta el pronóstico e implica una carga significativa para el sistema de salud. La morbimortalidad relacionada es alta y aumenta con la edad (4,5). Los periodos de hospitalización representan sólo una pequeña fracción de la vida del paciente, importante porque corresponde a las etapas más graves y potencialmente mortales. Los registros de insuficiencia cardíaca descompensada aguda se han realizado en diferentes países y contextos (6-10) Desde el punto de vista económico, las hospitalizaciones determinan la mayor parte de los costos directos e indirectos. Sin embargo, la mayor parte de la existencia del paciente transcurre de forma ambulatoria, por lo que el comportamiento diario, la adhesión a los estándares recomendados, el acceso rápido a la atención de la salud y el trabajo adecuado del médico son los determinantes de la evolución y los más responsables cuando se trata de prevenir hospitalizaciones .

Conocer los distintos patrones contemporáneos de insuficiencia cardíaca ambulatoria crónica, los métodos y tratamientos diagnósticos, el pronóstico de los pacientes y las barreras que se interponen con el mejor tratamiento es el primer paso necesario para mejorar el curso clínico de la enfermedad y adoptar decisiones acertadas en cuanto a la asignación de recursos .

Se han publicado diferentes registros de insuficiencia cardíaca crónica en todo el mundo, pero está claro que las realidades locales difieren (11). Últimos registros de insuficiencia cardíaca crónica en Argentina Se han realizado registros de 6 a 9 años antes. Ninguna de ellas ha sido verdaderamente representativa de la realidad argentina, ya que el área geográfica cubierta por las dos principales sociedades científicas (Sociedad Argentina de Cardiología y Federación Argentina de Cardiología, cada una responsable de 1 de ellas) es diferente (12,13)

En los últimos años las directrices han cambiado y nuevos tratamientos están en uso. Nuestro propósito es describir la adhesión a las directrices locales e internacionales y definir las razones de no adherencia. (14-17)

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

- **Médicos** (cardiólogos divididos por partes iguales entre ambas Sociedades Científicas, SAC y FAC; clínicos de la SAM o AMA). Seleccionados aleatoriamente de los padrones de ambas instituciones, en número proporcional a la población de cada provincia. Se recabarán datos de los médicos sobre edad, sexo, año de graduación, especialidad y punto de atención. Cada uno de ellos aportará datos sobre 7 a 10 pacientes ambulatorios (ver abajo) completando una ficha por cada uno.
- **Pacientes**, con historia de insuficiencia cardíaca crónica diagnosticada por la presencia de signos, síntomas y objetivación de anomalía cardíaca estructural o funcional en algún estudio (preferentemente, pero no exclusivamente, ecocardiograma, pudiendo ser también ECG, laboratorio, etc.), de al menos 6 meses de evolución, en seguimiento por el mismo médico en al menos 3 consultas, y libres de internación por insuficiencia cardíaca en al menos los últimos 3 meses.

Deberán firmar consentimiento informado antes de ser incorporados al Registro.

Se recabarán datos (*ver ficha e instructivo*) sobre sexo, edad, área geográfica, condición socioeconómica y educativa, cobertura médica, antecedentes médicos (insuficiencia cardíaca, otros antecedentes cardiovasculares y no cardiovasculares y no cardiovasculares relevantes), examen físico, ECG, radiografía de tórax, laboratorio, ecocardiograma y otros estudios complementarios, etiología, tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Se hará especial hincapié en interrogar las razones por las que los pacientes no son sometidos a determinados estudios o no reciben determinado tratamiento que las guías recomiendan ante situaciones o cuadros específicos. Se podrá también definir la presencia de indicaciones por fuera de las guías.

Se hará seguimiento de los pacientes personal o telefónico cada 6 meses hasta completar 2 años de seguimiento desde el momento de la inclusión, recabando datos sobre muerte, internación por insuficiencia cardíaca o de otra causa.

Objetivos

Primario

Describir un cuadro amplio y comprensivo de la insuficiencia cardíaca crónica en Argentina, incluyendo las características de los pacientes, la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos, la adherencia a las guías de práctica y el pronóstico

Secundarios

Describir patrones de utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos de acuerdo a las características basales de los pacientes y de los médicos.

Definir el pronóstico a mediano (6 meses) y largo (2 años) plazo, de acuerdo a características basales de los pacientes y de los médicos.

Metodología

- Selección aleatoria de un número de médicos en cada provincia y en CABA, cardiólogos y clínicos (al menos el 80% serán cardiólogos, igualmente repartidos entre SAC y FAC, y el resto clínicos de SAM o AMA)
- Los datos serán recabados en una plataforma electrónica a la que accederán los médicos participantes vía una clave que les será provista
- Se verificará la transferencia de los datos a una base centralizada y se procederá al análisis de los mismos, de acuerdo con los objetivos del protocolo.
- Los dirigentes de cada distrito de cada Sociedad científica serán los encargados de coordinar el accionar de los médicos de su distrito y mantener el contacto inicial con ellos.
- Miembros de los consejos de Insuficiencia cardíaca de ambas Sociedades Cardiológicas se encargarán del seguimiento periódico y control de la completitud de los registros individuales

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se presentarán como media y desvío standard o mediana y rango intercuartilo. Las medias se compararán con test de t o ANOVA, las medianas con test de Wilcoxon o Kruskal Wallis. Las variables cualitativas se presentarán como porcentajes y se compararán con test de chi cuadrado o Fisher.

La asociación de variables predictoras con la dependiente se expresará con OR y su correspondiente IC 95%. La sobrevida libre de eventos se explorará en un modelo de riesgos proporcionales de Cox, y la asociación de cada variable con la evolución se expresará como HR con su correspondiente IC 95%. En todos los casos la asociación independiente de cada variable con la variable dependiente se explorará mediante análisis multivariado.

BIBLIOGRAFÍA

- Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007;93:1137-46.
- Krum H, Gilbert RE. Demographics and concomitant disorders in heart failure. *Lancet* 2003;362:147-58.
- Strait JB, Lakatta EG. Aging-associated cardiovascular changes and their relationship to heart failure. *Heart Fail Clin* 2012;8:143-64.
- Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, Capewell S, McMurray JJ. More 'malignant' than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *Eur J Heart Fail* 2001;3:315-22
- Levy D, Kenchaiah S, Larson MG, et al. Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure. *N Engl J Med* 2002;347:1397-402
- Nieminen MS, Brutsaert D, Dickstein K, et al. EuroHeart Failure Survey II (EHFS II): a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population. *Eur Heart J* 2006;27:2725-36
- Adams KF, Jr., Fonarow GC, Emerman CL, et al. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: rationale, design, and preliminary observations from the first 100,000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). *Am Heart J* 2005;149:209-16.
- Thierer J, Iglesias D, Ferrante D, y col. Registro Nacional de Internación por Insuficiencia Cardíaca. Factores responsables, evolución hospitalaria y predictores de mortalidad. *Rev Argent Cardiol* 2002;70:261-273.
- Rizzo M, Thierer J, Francesia A, y col. Registro Nacional de Internación por Insuficiencia Cardíaca 2002-2003. *Rev Argent Cardiol* 2004;72:333-40.
- Fairman E, Thierer J, Rodríguez L, y col. Registro Nacional de internación por Insuficiencia Cardíaca 2007. *Rev Argent Cardiol*. 2009; 77:33-39.
- McDonagh TA, Holmer S, Raymond I, Luchner A, Hildebrandt P, Dargie HJ. NT-proBNP and the diagnosis of heart failure: a pooled analysis of three European epidemiological studies. *Eur J Heart Fail* 2004;6:269-73.
- 12-Perna ER, Cimbaro Canella JP, Diez F, y col. Caracterización de la insuficiencia cardíaca crónica en la Argentina. Resultados finales del registro Hospital II. *Rev Fed Argen Cardiol* 2009; 38(Supl 1):12.
- Thierer J, Belziti C, Francesia A, y col. Manejo ambulatorio de la insuficiencia cardíaca crónica en la Argentina: Estudio OFFICE IC. *Rev Argent Cardiol* 2006;74:109-116.
- Consejo de Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar Dr Rúl Oliveri, SAC. Consenso de insuficiencia cardíaca crónica. *Rev Argent Cardiol* 2016;84:supl 3
- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016;37:2129-2200.
- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 2013;128:e240-327.
- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2016 ACC/AHA/HFSA Focused Update on New Pharmacological Therapy for Heart Failure: An Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America Developed in Collaboration With the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation* 2013;134:e282-293

INSTRUCTIVO

Variables a considerar

Datos personales

- Código:** se compone de 3 números consecutivos de 2 dígitos cada uno: el que corresponde al número del distrito dentro de la sociedad, el que corresponde al médico dentro del distrito y el que corresponde al paciente en forma correlativa (para cada médico entre un mínimo de 7 y un máximo de 10).
- Iniciales:** del primer nombre y del primer apellido si hubiera doble (son por lo tanto 2 iniciales por paciente).

3. **Fechas** de consulta, nacimiento y seguimiento: son dos cifras para día y mes, cuatro para el año.
4. **Zona endémica** para Chagas: se refiere a la zona donde vive el paciente o de la que procede.
5. **Nivel de estudios**: analfabeto si no sabe leer y escribir. Se constata el máximo nivel al que haya llegado, aunque no lo haya completado.
6. **Trabajador**: actividad desarrollada habitualmente. Desocupado si tal condición se ha mantenido en al menos los últimos 2 meses.
7. **Propiedades**: si el paciente es dueño de uno o ambos de los bienes descriptos.
8. **Cobertura médica**: se considera Particular al que afronta los gastos de salud en forma personal, sin contar con un sistema de cobertura. Ninguna implica a aquel que careciendo de cobertura no puede hacerse cargo de los gastos de medicación, etc.

Antecedentes cardiovasculares

9. **Tabaquismo**: sí cuando el paciente fuma actualmente; no cuando nunca lo ha hecho en forma regular; ex si dejó de fumar hace al menos 1 año
10. **Diabetes**: cuando hay glucemia en ayunas > 126 mg/dl, test de tolerancia oral a la glucosa con valor mayor de 200 mg/dl a las 2 horas o hemoglobina glicosilada > 6,4%) o tratamiento hipoglucemiante instituido por ese diagnóstico.
11. **Hipertensión arterial**: cuando hay TAS >140 mm Hg y/o TAD > 90 mm Hg, o tratamiento farmacológico instituido por ese diagnóstico
12. **Antecedentes coronarios** de angina, IAM, angioplastia o cirugía
13. **Antecedentes valvulares**: se recaba solo el dato de las valvulopatías moderadas a más, con severidad diagnosticada por métodos complementarios, compromiso hemodinámico, o clínica. Puede marcarse más de una.
14. **Cirugía valvular**: antecedente de plástica, reemplazo con válvula mecánica o biológica
15. **Arteriopatía periférica**: de vasos de cuello o miembros inferiores, evidenciada clínicamente, por imágenes o por antecedente de angioplastia o cirugía

Antecedentes no cardiovasculares

16. **ACV, AIT, demencia o depresión**: antecedente de diagnóstico hecho por neurólogo o psiquiatra
17. **Disfunción tiroidea**: diagnóstico confirmado por laboratorio, con tratamiento sustitutivo en el caso del hipotiroidismo o empleo de drogas anti tiroideas en caso de hipertiroidismo.
18. **EPOC, asma**: diagnóstico confirmado por espirometría, o uso de drogas específicas para su tratamiento (broncodilatores, etc)
19. **Insuficiencia renal**: definida por clearance de creatinina < 60 ml/min
20. **Cáncer, quimioterapia**: actual o pasado

Insuficiencia cardíaca

21. **Clase funcional habitual**: según la NYHA
22. **Tiempo de evolución**: en meses desde el diagnóstico inicial
23. **Internación previa por IC**: en cualquier momento de la evolución, desde el diagnóstico

Número de internaciones

Se refiere a los últimos 12 meses, por insuficiencia cardíaca, otras causas cardiovasculares (excluye las debidas a procedimientos programados), causas no cardiovasculares (excluye las debidas a procedimientos programados). En todos los casos, debe ponerse 0 si no ha habido ninguna.

Examen físico

24. **Tensión arterial**: en mm Hg
25. **Frecuencia cardíaca**: en latidos/minuto
26. **Congestión**: cuando hay al momento de ingreso en el registro al menos dos de los siguientes signos: rales, ingurgitación yugular sin colapso o con colapso parcial inspiratorio, edemas, hepatomegalia, reflujo hepatoyugular positivo, tercer ruido.
27. **Hipopperfusión**: cuando hay al momento de ingreso en el registro al menos dos de los siguientes signos: hipotensión arterial sintomática, livideces, piloerección, obnubilación, frialdad, cianosis.
28. **Peso**: en kg
29. **Talla**: en mts

ECG: debe ser de los últimos 12 meses

30. **Ritmo**: sinusal, FA, aleteo auricular. Si es ritmo de marcapasos pero hay subyacente una FA o AA, marcar ambas condiciones
31. **PR y ancho de QRS**: en mseg.
32. **Q patológica**: cuando está presente en al menos 2 derivaciones contiguas, con ancho de al menos 40 mseg, y amplitud $\geq 40\%$ de la R que le sigue
33. **Hipertrofia ventricular izquierda**: si índice de Sokolow ≥ 35 mm, u otro signo ECG característico
34. **Transtornos de conducción**: Bloqueo de rama derecha e izquierda: en presencia del patrón característico, con ancho de QRS ≥ 120 mseg. Si el bloqueo de rama derecha coexiste con hemibloqueo anterior izquierdo, marcar ambas condiciones.

Radiografía de tórax

De los últimos 6 meses. No es imprescindible que haya una, ya que se trata de determinar su tasa de uso en la práctica ambulatoria.

Laboratorio

Debe ser de los últimos 6 meses. Informar los datos de que se disponga. Cada determinación debe completarse con la unidad señalada. Las determinaciones no disponibles deben informarse como ND. En el caso específico de serología chagásica, aclarar si no se realizó, o si habiendo sido realizada fue negativa o positiva por uno o dos tests.

Ecocardiograma

Informar el último de que se disponga. De haber habido una internación no debe considerarse el realizado durante la misma.

35. **Función del VI:** conservada, deterioro leve, moderado o severo: cuando la valoración de la función es cualitativa y no se cuenta con el dato de FE
36. **Transtornos segmentarios:** presentes o ausentes
37. **Aurícula izquierda dilatada:** si está informada así, o si se informa diámetro > 40 mm o superficie > 20 cm²
38. **Hipertrofia ventricular izquierda:** si está informada así; o si septum y pared posterior miden más de 11 mm, o si masa ventricular izquierda > que el valor de referencia
39. **Disfunción diastólica:** Leve si se la informa como tal, o si se informa una relación E/A < 1 o alteración de la relajación o relajación prolongada. Moderada si se la informa como tal o si se informa una relación E/A 1-2 o patente seudonormal. Severa si se la informa como tal, o se informa una relación E/A > 2 o patente restrictiva.
40. **Fracción de acortamiento y de eyección:**

Otros estudios realizados en los últimos 2 años

Contestar sí o no ante cada una de las opciones. Contestar si hay algún estudio que **de manera fehaciente** confirma o excluye la presencia de enfermedad coronaria aunque su data sea superior a los 2 años.

Diagnóstico etiológico

Pueden marcarse hasta 2 opciones, pero se sugiere fuertemente elegir una sola.

41. **Isquémica:** cuando hay antecedentes coronarios confirmados, clínicos y de exámenes complementarios
42. **Hipertensiva:** cuando hay antecedente de HTA
43. **Valvular:** cuando hay antecedente de valvulopatía moderada a severa
44. **Chagas:** confirmado por serología y en presencia de datos ECG y ecocardiográficos sugestivos de cardiopatía de ese origen
45. **Idiopática:** en cardiopatía dilatada, en ausencia de enfermedad coronaria o de las otras etiologías descritas
46. **No compactada:** en presencia de miocardio no compactado en monto suficiente para justificar la disfunción ventricular. La mera presencia de miocardio no compactado en el ecocardiograma no basta para aceptar su rol etiológico
47. **Miocarditis:** cuando hay antecedente de cuadro clínico sugestivo, y datos de laboratorio o métodos complementarios que lo confirmen
48. **Alcohólica:** en cardiopatía dilatada, con antecedente de consumo de alcohol > 10 g diarios o de reversión del cuadro con la abstinencia
49. **Taquicardiomiopatía:** en cardiopatía dilatada, con ritmo sinusal o supraventricular y frecuencia cardíaca persistentemente elevada, que se interprete causa de la insuficiencia cardíaca y no su consecuencia.
50. **Quimioterápica:** antecedente de tratamiento antineoplásico al que se juzgue responsable de la disfunción ventricular; fundamentalmente antraciclina y trastuzumab.
51. **Amiloidosis:** en presencia de demostración de amiloidosis cardíaca por biopsia o métodos complementarios
52. **Miocardopatía restrictiva:** diagnóstico ecocardiográfico o hemodinámico
53. **Miocardopatía hipertrófica:** diagnóstico ecocardiográfico
54. **No filiada:** insuficiencia cardíaca sin causa diagnosticada
55. **Otra**

Tratamiento

56. **Dieta hiposódica:** indicación de restringir la ingesta de sodio
57. **Actividad física:** supervisada si se indicó hacerla en una gimnasio o institución bajo control médico, no supervisada si se indicó hacerla individualmente y sin contralor médico (incluye el consejo de caminar al menos 150 minutos diarios)
58. **Control de peso:** si se indicó llevarlo a cabo al menos una vez por semana
59. **Tratamiento farmacológico:** tildar cada droga por sí o por no; en los casos que corresponde, indicar la dosis diaria.
60. **Marcapasos:** tener en cuenta que pueden coexistir dos o más opciones al referirse a un mismo dispositivo; por ejemplo: marcapasos bicameral, resincronizador y cardiodefibrilador.

Razones de no indicación o utilización de recursos

Debe tenerse en cuenta que las preguntas sobre el tema no implican juicio de valor: la no utilización de determinado recurso diagnóstico o terapéutico puede tener clara justificación, o no existir en opinión del médico tratante indicación clara de emplearla. Por ello se espera que en cada pregunta se responda con la mayor precisión, existiendo en cada caso una opción para señalar razones no consideradas en el cuestionario.

61. **Péptidos y troponina:** diferenciar entre la no indicación, la indicación pero falta de disponibilidad del recurso, y la indicación, con disponibilidad pero falta de cobertura.
62. **Serología para Chagas:** diferenciar entre no haberla realizado por no considerar plausible el diagnóstico etiológico (diagnóstico previo de cardiopatía chagásica, ausencia de medio epidemiológico, función ventricular conservada, ausencia de sospecha o diagnóstico alternativo presente), y considerarla necesaria sin tener disponibilidad.
63. **Ecocardiograma:** diferenciar entre la no indicación por considerar innecesario conocer la función ventricular en el paciente para instaurar tratamiento adecuado; la no indicación por conocerse la función ventricular por otro método y la indicación pero con dificultad en la implementación

- 64. **IECA, antagonistas de la angiotensina, betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona:** diferenciar entre haberlos indicado y haber tenido que suspender por alguna razón; no haberlos indicado porque se considera que hay contraindicación, y no haberlos indicado por considerar que la indicación no existe en el paciente. En todos los casos, a las razones más usuales se suma una opción abierta para explicar el por qué de la suspensión o la contraindicación.
- 65. **Anticoagulación en la FA:** diferenciar entre considerarla no indicada en el paciente, o considerarla indicada pero no poder llevarla a cabo por dificultad para el control, entender que hay alto riesgo de sangrado, dificultad económica u otra razón que puede explicitarse en la opción abierta
- 66. **Terapia eléctrica:** para cada uno de los dispositivos diferenciar el considerar que no está indicado en el paciente, con pensar que sí lo está, pero chocar con la negativa del paciente o dificultades con la cobertura.

Seguimiento

Cada 6 meses hasta los 24 desde la inclusión.

Definir si el contacto es personal o telefónico. Definir si ha habido internación por insuficiencia cardíaca o por otra causa, y si se ha producido la muerte del paciente. En este último caso tratar de caracterizar la causa de la misma (si no es posible tildar no filiada), y la fecha.

FICHA DEL MEDICO

DATOS PERSONALES

SAC FAC

Código (distrito+médico): - / - / - /

Iniciales Nombre y Apellido :

Dirección:.....Localidad:.....Pcia:.....

Teléfono:.....

Sexo: Masculino Femenino

Fecha Nacimiento: - / - / - - - -

Año de graduación: - - - -

Especialidad: Clínica Cardiología Insuficiencia cardíaca Otra

Cursó residencia Sí No

Desarrolla su actividad en: Consultorio privado Consultorio institucionalAmbos

De desarrollar actividad en un centro, éste tiene residencia Si no

¿Se guía por guías y/o consensos en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca?

Sí No

Si la respuesta es sí, cuál? ACC/AHA Europea Guías locales Otras

FICHA DEL PACIENTE

Fecha Consulta Actual: - / - / - - - -

DATOS PERSONALES

SAC FAC

Código (distrito+médico+paciente): - - / - - / - -

Iniciales Nombre y Apellido :

Dirección:.....Localidad:.....Pcia:.....

Teléfono:.....

Sexo: Masculino Femenino

Fecha Nacimiento: - / - / - - - -

Zona endémica para Chagas sí no ignora

Máximo Nivel de Estudios: Analfabeto Primario Secundario Terciario

Trabajador: Desocupado Activo Plan Social

Jubilado/Pensionado Ama de Casa

Propiedades: Vivienda Auto Ambos Ninguna de las dos

Cobertura Médica:

Particular Obra Social Prepaga PAMI Provincial PROFE Ninguna

1. Antecedentes personales

a) cardiovasculares

Tabaquismo si no ex Diabetes no I II HTA si no

Angina de pecho si no Infarto previo si no

Angioplastia coronaria si no Cirugía de revascularización miocárdica si no

Valvulopatía moderada-severa actual no sí
 Cuál? Est. Ao Ins. Ao Est. Mit Ins. Mitral

Cirugía Valvular si no

Arteriopatía periférica si no ACV/AIT si no

b) no cardiovasculares

Demencia si no Depresión si no
 Disfunción tiroidea no hipo hiper
 EPOC-asma si no Creatinina > 1.5 mg/dl o IR si no Diálisis si no
 Cáncer si no Quimioterapia si no

c) Insuficiencia cardíaca

CF habitual I II III IV Tiempo de evolución (meses)
 Internación previa por insuficiencia cardíaca si no

d) Número de Internaciones en los últimos 12 meses

Por insuficiencia cardíaca Otra causa CV Causa no CV

2. Examen físico, ECG, Radiografía de tórax

TA...../..... FC..... Congestión si no Hipoperfusión si no

Peso Talla

Último ECG (fecha)...../...../.....

Ritmo: sinusal FA AA Marcapasos

PR (mseg) Ancho QRS (mseg) Q patológica si no HVI si no

BRI si no BRD si no HBAI si no

Rx tórax si no Rel C/T ≥ 0.50 si no

3. Último laboratorio (fecha...../...../.....)

Hematocrito Hb (g %) GB (por mm³) Glucemia (mg%)
 Urea (mg%) Creatinina (mg%) Sodio (meq/l) Potasio (meq/l)
 Ácido úrico (mg%) Colesterol (mg%) Albúmina (g%) Bilirrubina total(mg%)
 NT pro BNP (pg/ml) BNP (pg/ml) Troponina T o I (mU/l)
 Serología para Chagas no realizada negativa 1 test positivo 2 test positivos

4. Ecocardiograma

Ecocardiograma si no Fecha del último ecocardiograma
 Función Conservada Deterioro leve moderado severo
 Transtornos segmentarios si no AI dilatada si no Hipertrofia si no
 Disfunción diastólica no evaluada leve moderada severa
 Fracción de acortamiento (%) Fracción de eyección (%)

5. Otros estudios en los dos últimos años

Eco stress si no Perfusión talio-MIBI si no
 PEG si no Caminata de 6 minutos si no
 Consumo O₂ si no Holter si no Resonancia Magnética
 Angio TC si no CCG si no Biopsia endomiocárdica si no

¿Tiene estudio (sin importar fecha) que haya confirmado o descartado enfermedad coronaria? Si no Cuál?

6. Diagnóstico etiológico

Isquémica HTA Valvular Chagas Idiopática No compactada
 Miocarditis Alcohólica Taquicardiomiopatía Quimioterapia
 Amiloidosis Mioc. Restrictiva Mioc. Hipertrofica Otra No filiada

7. Tratamiento**a) Medidas generales**

Dieta hiposódica: indicación general indicación específica no indicada

Actividad Física: supervisada no supervisada no indicada

Indicación de controles de peso: si no

b) Tratamiento farmacológico habitual

d) Si su paciente NO recibe IECA o ARA II:

Indicó y debió suspender Contraindicación Considera que no tiene indicación

En cualquiera de los primeros dos casos, la causa fue:

Hipotensión si no Disfunción renal si no Tos si no Otra, Cuál?.....

e) Si su paciente NO recibe betabloqueantes:

Indicó y debió suspender Contraindicación Considera que no tiene indicación

En cualquiera de los primeros dos casos, la causa fue:

Hipotensión si no Bradicardia si no
Trastorno de conducción si no Progresión de IC si no Otra, cuál?.....**f) Si su paciente NO recibe espironolactona-eplerenona:**

Indicó y debió suspender Contraindicación Considera que no tiene indicación

En cualquiera de los primeros dos casos, la causa fue:

Disfunción renal si no Hiperkalemia si no Ginecomastia si no Otra, cuál?

g) Si su paciente NO recibe sacubitril valsartán:

Indicó y debió suspender Contraindicación Considera que no tiene indicación

Indicó pero tiene dificultades con la cobertura

En cualquiera de los primeros dos casos, la causa fue:

Hipotensión si no Disfunción renal si no Angioedema sí no

f) Si su paciente tiene FA y NO está anticoagulado eso se debe a:

No lo considera necesario Dificultad para implementarlo

Considera alto riesgo de sangrado Dificultad económica Otra, cuál?

g) Si su paciente NO tiene colocado un CDI, la causa es:

Considera que no tiene indicación Indicó pero tiene dificultades con la cobertura

Negativa del paciente Otra, cuál?

h) Si su paciente NO tiene colocado un resincronizador, la causa es:

Considera que no tiene indicación Indicó pero tiene dificultades con la cobertura

Negativa del paciente Otra, cuál?

9. Seguimiento**a) 6 meses**

Fecha	Contacto personal	Contacto telefónico		
Internación por insuficiencia cardíaca	si	no	Fecha	
Internación por otra causa	si	no	Fecha	
Muerte	si	no	Fecha	
Súbita	Progresión de IC	Otra causa CV	Causa no CV	Causa no filiada

b) 12 meses

Fecha	Contacto personal	Contacto telefónico		
Internación por insuficiencia cardíaca	si	no	Fecha	
Internación por otra causa	si	no	Fecha	
Muerte	si	no	Fecha	
Súbita	Progresión de IC	Otra causa CV	Causa no CV	Causa no filiada

c) 18 meses

Fecha	Contacto personal	Contacto telefónico		
Internación por insuficiencia cardíaca	si	no	Fecha	
Internación por otra causa	si	no	Fecha	
Muerte	si	no	Fecha	
Súbita	Progresión de IC	Otra causa CV	Causa no CV	Causa no filiada

d) 24 meses

Fecha	Contacto personal	Contacto telefónico		
Internación por insuficiencia cardíaca	si	no	Fecha	
Internación por otra causa	si	no	Fecha	
Muerte	si	no	Fecha	
Súbita	Progresión de IC	Otra causa CV	Causa no CV	Causa no filiada