

MATERIAL SUPLEMENTARIO**Identificación**

Edad

Años de recibido de médico

¿Realizó residencia de alguna especialidad médica?

En su práctica clínica diaria Ud. se guía por recomendaciones de guías de práctica clínica nacionales/internacionales? (Si/No)

En relación a su área de trabajo

1. Trabaja en un centro
 - A. Monovalente
 - B. Polivalente
2. Trabajo en consultorio y hospitalización
 - a. Ámbito privado/seguridad social
 - b. Ámbito público
 - c. Ambos
3. El centro de salud donde Ud. trabaja, cuenta con (marque todas las opciones apropiadas)
 - a. Unidad o servicio de insuficiencia cardíaca
 - b. Consultorio de insuficiencia cardíaca
 - c. Hospital de día /unidad de observación para insuficiencia cardíaca
 - d. Unidad de cuidados críticos (terapia intensiva, unidad coronaria)
 - e. Enfermero especialista en insuficiencia cardíaca
 - f. Cuidados paliativos
 - g. Ninguno de ellos
4. Su centro cuenta con sala general destinada a tratamiento exclusivo para pacientes con patología cardiológica
 - a. Si
 - b. No
5. ¿Cuál es el número de camas total con el que dispone su centro?
Campo numérico
6. ¿Cuál es el número de camas destinadas a pacientes cardiológicos con el que dispone su centro?
Campo numérico
7. Respecto a los estudios complementarios relacionados al diagnóstico/evaluación y/o manejo del paciente con insuficiencia cardíaca, su centro/consultorio cuenta con (marque todas las opciones apropiadas)
 - a. Laboratorio básico
 - b. Electrocardiograma
 - c. Balanza
 - d. BNP/Nt proBNP
 - e. Troponina
 - f. Radiografía de tórax
 - g. Ecocardiograma
 - h. Holter
 - i. Cámara Gamma
 - j. Test de caminata de 6 minutos
 - k. Test de ejercicio cardiopulmonar
 - l. Resonancia magnética cardíaca
 - m. Coronariografía
 - n. Monitoreo hemodinámico mediante Swan Ganz
 - o. No cuento con.....(colocar letra correspondiente) pero tengo una vía de acceso rápida para que el paciente se realice el estudio en otro centro.
8. En relación a diferentes tipos de procedimientos terapéuticos que potencialmente requiera el paciente con insuficiencia cardíaca, su centro/consultorio, cuenta con
 - a. Administración de furosemida en bolos
 - b. Administración de furosemida en infusión continua
 - c. Administración ambulatoria de agentes inotrópicos
 - d. Administración de solución salina hipertónica
 - e. Diálisis/ultrafiltración
 - f. Administración de hierro intravenoso
 - g. Angioplastia coronaria
 - h. Cirugía cardíaca
 - i. Implante de marcapasos/resincronizador/cardiodesfibrilador
 - j. Implante de válvula aórtica percutánea/mitraclip
 - k. Dispositivo de asistencia ventricular
 - l. Trasplante cardíaco
 - m. No cuento con.....(colocar letra correspondiente) pero tengo una vía de acceso rápida para que el paciente se realice el procedimiento en otro centro

9. Indique si su centro/consultorio dispone de los siguientes interconsultores
- Hematólogo
 - Nefrólogo
 - Neumólogo
 - Diabetólogo
 - Otros: indique

Las siguientes son preguntas relacionadas a su población de pacientes con insuficiencia cardíaca

- ¿En promedio, cuántos pacientes con insuficiencia cardíaca Ud. atiende por semana en su consultorio ambulatorio?
Campo numérico
 - ¿En promedio, cuántos pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca Ud. atiende por semana?
Campo numérico
- De la población de sus pacientes con insuficiencia cardíaca, por favor describa la proporción aproximada de las siguientes comorbilidades:
- Anemia: ___%
- Ferropenia: ___%
- Diabetes: ___%
- Insuficiencia renal crónica con clearance de creatinina menor a 60 ml/min/m² ó creatinina mayor a 1.5 mg/dl: ___%
- Proporción de pacientes con insuficiencia cardíaca en cada rango etario
 - < 50 años; 50-70 años; >70 años
 - Del total de su población de pacientes con insuficiencia cardíaca, qué proporción de pacientes tiene una fracción de eyección <40%
 - Distribución de pacientes de acuerdo a etiología de su cardiopatía
 - Isquémico necrótica
 - Hipertensiva
 - Valvular
 - No filiado
 - Otra
 - Distribuya la proporción de sus pacientes de acuerdo a la cobertura social
 - Obra social provincial
 - Seguro nacional de salud (PAMI; Incluir Salud)
 - Prepaga
 - Sin obra social

En la siguiente encuesta no existe una respuesta correcta, el objetivo de la misma es conocer su opinión del manejo del paciente con insuficiencia cardíaca en el ámbito ambulatorio y hospitalario.

Manejo del paciente con IC en el consultorio (ámbito ambulatorio)

En su práctica clínica rutinaria en el ámbito de consultorio, cuál de los siguientes signos y síntomas Ud considera para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca (marque todos aquellos que considera apropiados)

- Ingurgitación yugular mayor a 8 cm
- Fatiga
- Olvidos
- Soplo cardíaco
- Nicturia
- Ortopnea
- Palpitaciones
- Disnea paroxística nocturna
- Rales pulmonares
- Disminución de la tolerancia al ejercicio
- Espujo
- Taquicardia
- Tercer ruido
- Edemas de miembros inferiores
- Distensión abdominal

En base a signos y síntomas Ud sospecha que su paciente tiene insuficiencia cardíaca. ¿Realiza algún estudio complementario para confirmar este diagnóstico?

No realizo ningún estudio complementario, es suficiente con los signos y síntomas compatibles con insuficiencia cardíaca, antecedentes del paciente y comorbilidades.

Radiografía de tórax

Electrocardiograma

Perfil lipídico y glucemia

Laboratorio para evaluación de la función renal y electrolitos

Laboratorio para evaluación de la función hepática (hepatograma)

Perfil tiroideo

Ecocardiograma

Péptidos natriuréticos

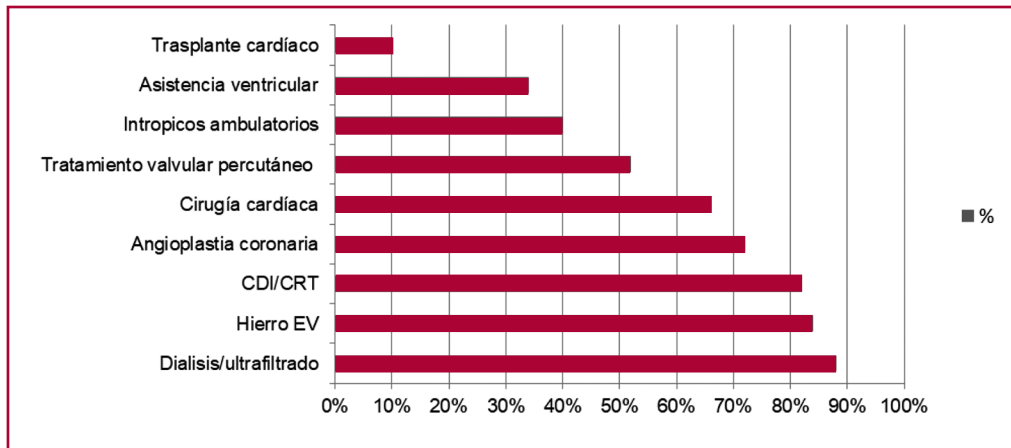
Espirometría
 Coronariografía
 AngioTC coronaria

1. ¿Qué tan importante considera Ud la determinación de la *clase funcional* en su paciente con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “no lo considero relevante” y 5 “lo considero fundamental”? 1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. ¿Qué tan importante considera Ud la determinación de la *fracción de eyección* en su paciente con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “no lo considero relevante” y 5 “lo considero fundamental”? 1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. ¿Qué tan importante considera Ud la determinación de la *etiología de la cardiopatía* en su paciente con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “no lo considero relevante” y 5 “lo considero fundamental”? 1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. ¿Qué tan importante considera Ud la determinación de la *función renal (BUN; urea; creatinina; clearance de creatinina)* en su paciente con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “no lo considero relevante” y 5 “lo considero fundamental”? 1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. ¿Qué tan importante considera Ud la determinación de *ferropenia con o sin anemia* en su paciente con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “no lo considero relevante” y 5 “lo considero fundamental”? 1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. ¿Qué tan seguro/confiado Ud está en su diagnóstico de insuficiencia cardíaca en el marco de un paciente con varias comorbilidades?. Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “me siento muy inseguro en el diagnóstico” y 5 “me siento muy seguro con mi diagnóstico” 1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. ¿Qué tan seguro/confiado Ud está en el diagnóstico de insuficiencia cardíaca con deterioro de la fracción de eyección?. Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “me siento muy inseguro en el diagnóstico” y 5 “me siento muy seguro con mi diagnóstico”? 1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. ¿Qué tan seguro/confiado Ud está en el diagnóstico de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada?. Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “me siento muy inseguro en el diagnóstico” y 5 “me siento muy seguro con mi diagnóstico” 1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. ¿Qué tan seguro/confiado Ud está en la identificación de fibrilación auricular?. Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “me siento muy inseguro en el diagnóstico” y 5 “me siento muy seguro con mi diagnóstico” 1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. ¿Qué tan seguro/confiado Ud está en la identificación de bloqueo de rama izquierda?. Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “me siento muy inseguro en el diagnóstico” y 5 “me siento muy seguro con mi diagnóstico” 1 – 2 – 3 – 4 – 5
11. Señale que drogas Ud privilegia al momento de iniciar tratamiento de un paciente con fracción de eyección reducida (puede marcar más de 1)
 - a. Betabloqueantes
 - b. Inhibidores SGLT2
 - c. Antagonistas mineralocorticoides
 - d. IECA/BRA
 - e. Sacubitrilo/valsartan
 - f. Ninguno
12. Describa con un número, el tiempo que transcurre desde el inicio del tratamiento hasta el próximo control: ___ días; ___ meses
13. Una vez iniciado el tratamiento para insuficiencia cardíaca. ¿En cuánto tiempo pide un laboratorio control? ___ días; ___ meses; ___ años
14. Una vez iniciado el tratamiento para insuficiencia cardíaca. En cuanto tiempo pide un ecocardiograma control? ___ días; ___ meses; ___ años
15. ¿Qué tan importante considera Ud la consulta con *otros especialistas* en su paciente con diagnóstico de insuficiencia cardíaca?. Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “no lo considero relevante” y 5 “lo considero fundamental” 1 – 2 – 3 – 4 – 5
16. Describa con un número, el tiempo que transcurre hasta alcanzar tratamiento completo en un paciente con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida con cuádruple terapia (cuádruple terapia hace referencia a betabloqueantes; inhibidores SGLT2; antagonistas mineralocorticoides; IECA/BRA/ARNI)
 - a. con cualquier dosis: ___ días; ___ meses; ___ años
 - b. dosis de al menos el 50%: ___ días; ___ meses; ___ años
 - c. con dosis objetivo: ___ días; ___ meses; ___ años
 - d. No logro a alcanzar la cuádruple terapia
17. ¿Qué tan seguro/confiado Ud está en identificar aquellos pacientes que requieren un cardiodesfibrilador implantable? Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “me siento muy inseguro” y 5 “me siento muy seguro” 1 – 2 – 3 – 4 – 5
18. ¿Qué tan seguro/confiado Ud está en identificar aquellos pacientes que requieren un resincronizador cardíaco? Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “me siento muy inseguro” y 5 “me siento muy seguro” 1 – 2 – 3 – 4 – 5
19. ¿Qué tan seguro/confiado Ud. está en identificar aquellos pacientes que pueden requerir un trasplante cardíaco? Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “me siento muy inseguro” y 5 “me siento muy seguro” 1 – 2 – 3 – 4 – 5
20. ¿Qué tan seguro/confiado Ud. está en identificar aquellos pacientes que pueden beneficiarse de rehabilitación cardiovascular? Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “me siento muy inseguro” y 5 “me siento muy seguro” 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Manejo del paciente con IC durante una hospitalización (ámbito hospitalario, hospital de día)**Atiende pacientes con IC hospitalizada:****Si (avanza) / No (termina acá).**

1. En su práctica clínica rutinaria en el ámbito de hospitalario, ¿cuál de los siguientes signos y síntomas Ud. considera para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca? (marque todos aquellos que considera apropiados)
 - a. Ingurgitación yugular mayor a 8 cm
 - b. Fatiga (falta de memoria)
 - c. Olvidos
 - d. Soplo cardíaco
 - e. Nicturia
 - f. Ortopnea
 - g. Palpitaciones
 - h. Disnea paroxística nocturna
 - i. Rales pulmonares
 - j. Disminución de la tolerancia al ejercicio
 - k. Esputo
 - l. Taquicardia
 - m. Tercer ruido
2. En base a signos y síntomas Ud sospecha que su paciente tiene insuficiencia cardíaca. ¿Realiza algún estudio complementario para confirmar este diagnóstico?
 - a. No realizo ningún estudio complementario, es suficiente con los signos y síntomas compatibles con insuficiencia cardíaca, antecedentes del paciente y comorbilidades.
 - b. Radiografía de tórax
 - c. Electrocardiograma
 - d. Perfil lipídico y glucemia
 - e. Laboratorio para evaluación de la función renal y electrolitos
 - f. Laboratorio para evaluación de la función hepática (hepatograma)
 - g. Perfil tiroideo
 - h. Ecocardiograma
 - i. Péptidos natriuréticos
 - j. Espirometría
 - k. Coronariografía
 - l. AngioTC coronaria
3. Qué tan importante considera Ud *hallar el factor decompensante del cuadro de insuficiencia cardíaca aguda* que derivó en la hospitalización del paciente. Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “no lo considero relevante” y 5 “lo considero fundamental” 1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Marque el/los métodos que Ud. considera apropiados para realizar el seguimiento de un paciente hospitalizado por insuficiencia cardíaca.
 - a. Examen físico y signos vitales
 - b. Peso
 - c. Función renal e ionograma
 - d. Volumen de diuresis
5. Marque el/los métodos que Ud. considera apropiados para evaluar el estado de congestión de un paciente hospitalizado por insuficiencia cardíaca para definir el alta hospitalaria.
 - a. Examen físico
 - b. Clase funcional
 - c. Ecocardiograma
 - d. Ecografía pulmonar (cometas)
 - e. Biomarcadores
 - f. Descenso de peso
6. Qué tan importante considera Ud. la administración de *solución salina hipertónica* en un paciente hospitalizado por insuficiencia cardíaca. Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “no lo considero relevante” y 5 “lo considero fundamental” 1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Qué tan importante considera Ud. la administración de *hierro IV* en un paciente hospitalizado por insuficiencia cardíaca. Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “no lo considero relevante” y 5 “lo considero fundamental” 1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Marque los ajustes de tratamiento farmacológico que Ud. realiza previo al alta
 - a. Titula drogas recomendadas en guías de práctica clínica para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca
 - b. Agrega drogas
 - c. Disminuye dosis de drogas
 - d. Prefiere realizar modificaciones por ambulatorio
9. Marque las recomendaciones que Ud. realiza al momento del alta
 - a. Dieta hiposódica
 - b. Actividad física
 - c. Restricción hídrica
 - d. Peso diario

- e. Signos de alarma
 - f. Régimen elástico de diuréticos
10. Señale que drogas Ud. privilegia al alta de un paciente con fracción de eyección reducida (puede marcar más de 1)
- a. Betabloqueantes
 - b. Inhibidores SGLT2
 - c. Antagonistas mineralocorticoides
 - d. IECA/BRA
 - e. Sacubitrilo/valsartan
 - f. Ninguno
11. ¿Disponen de check list al alta específica para pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca? Sí/No
12. Qué tan importante considera Ud. la entrega de *indicaciones generales escritas* al momento del alta hospitalaria. Marque en la siguiente escala un valor del 1 a 5, siendo 1 “no lo considero relevante” y 5 “lo considero fundamental” 1 – 2 – 3 – 4 – 5
13. En qué periodo de tiempo cita al paciente para primer control luego del alta hospitalaria: ___ días; ___ meses



CDI: Cardiodesfibrilador implantable. CRT: Terapia de resincronización cardíaca. EV: Endovenoso.

Fig. 1. Terapéuticas disponibles en los centros