

Detección y manejo de la insuficiencia cardiaca en personas con obesidad

1



Valorar diagnóstico diferencial de IC ante **disnea de esfuerzo** en PcO >65 años, que asocie hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, antecedentes de cardiopatía isquémica y/o fibrilación auricular.

2



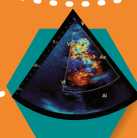
Valorar diagnóstico diferencial de IC ante **exploración** de ingurgitación yugular, crepitantes pulmonares, soplo cardiaco y la presencia de edemas tibio-maleolares bilaterales con fóvea, signos que aumentan la probabilidad diagnóstica de IC.

3



Solicitar **ECG y analítica** con función renal, iones, hemoglobina, enzimas hepáticas, TSH y HBA1c, NT-proBNP.

4



Confirmar la sospecha de IC con **ecocardiograma**, en caso de datos clínicos, analíticos y/o ECG sugerentes.

5



Derivar a cardiología: ante sospecha de IC, cardiopatía isquémica o AC*FA de novo. Si ECG o ecocardiograma anómalo o NT-proBNP > 125 pg/mL. Atención inmediata por cardiología si dolor torácico típico, elevación del ST.

6



Inicio desde la **primera consulta** de recomendaciones dietéticas, ejercicio, control de FRCV, ISGLT2.

7



Sospechar **SAOS** asociado.

8



El PcO puede tener fatigabilidad o disnea por múltiples **causas** que incluyen, entre otras, la propia obesidad, el sedentarismo, el empeoramiento de la condición física, pero sin olvidar la mayor probabilidad de IC.

9



El cambio de hábitos, control de FRCV y perder peso (AGLP1) puede **prevenir** la IC en la PcO.

10



La PcO debe ser atendida en un marco de **continuidad asistencial** multidisciplinar.

