

Tabla S1. Cuestionario Delphi.

A. Definición y percepción del paciente con IC-FER «estable»
A1.1. Definición de IC-FER
<p>1) IC-FER: Diagnóstico clínico de IC y FEVI ≤40 %. Siendo la IC un síndrome clínico complejo que resulta de cualquier deterioro estructural o funcional del llenado ventricular o de la eyección de sangre. Las manifestaciones cardinales de la IC son la disnea y la fatiga, que pueden limitar la tolerancia al ejercicio, y la retención de líquidos, que pueden conducir a congestión pulmonar y/o esplánica y/o edema periférico. (Guías ACA/AHA/HFSA).</p> <p>2) IC-FER: Diagnóstico clínico de IC y una FEVI ≤40 %. Siendo la IC un síndrome clínico caracterizado por síntomas típicos (como disnea, inflamación de tobillos y fatiga), que puede ir acompañado de signos (como presión venosa yugular elevada, crepitantes pulmonares y edema periférico) causados por una anomalía cardiaca estructural o funcional que producen una reducción del gasto cardíaco o una elevación de las presiones intracardiacas en reposo o en estrés. (Guía ESC 2016).</p>
A1.2. Definición de paciente IC-FER «estable»
<p>1) En un paciente con IC crónica, el término <i>estabilidad</i> suele hacer referencia a que los síntomas y signos son inexistentes o leves y que no han cambiado recientemente o al menos en el mes anterior, o desde la última visita médica de acuerdo con la práctica clínica.</p> <p>2) Los pacientes con IC a menudo se consideran «clínicamente estables» si están recibiendo tratamiento y no muestran signos y síntomas físicos que sugieran un empeoramiento de la función cardíaca en al menos el último mes.</p> <p>3) Un paciente con IC «estable» se define como paciente con IC crónica cuya enfermedad no ha empeorado, la medicación para la IC no ha cambiado y no ha sido hospitalizado por IC.</p>
A2. IC-FER «estable» y práctica clínica habitual actual
<p>1) La naturaleza silenciosa pero progresiva de la IC-FER puede contribuir a aumentar el riesgo de muerte en pacientes que son asintomáticos o sólo ligeramente sintomáticos.</p> <p>2) Las calculadoras de riesgo desarrolladas recientemente tienen en cuenta los tratamientos de última generación y los niveles de biomarcadores y revelan que no existe una IC verdaderamente estable.</p> <p>3) La IC-FER es un trastorno progresivo por el cual la estructura y la función cardíaca continúan deteriorándose, a menudo a pesar de la ausencia de signos y síntomas clínicamente aparentes de un estado de empeoramiento de la enfermedad.</p> <p>4) Los pacientes con IC sintomática en algún momento (estadio C de la clasificación ACC/AHA) que no presenten síntomas y signos durante la visita clínica no tienen un riesgo considerable de muerte.</p> <p>5) La naturaleza silenciosa pero progresiva de la IC-FER no contribuye a aumentar el riesgo de muerte en pacientes que son «clínicamente estables».</p> <p>6) El número de hospitalizaciones no se reducen si el paciente con IC-FER tiene un tratamiento optimizado.</p>

- 7)** El paciente con IC-FER «estable» es excepcional que tenga ingresos hospitalarios a corto/medio plazo.
- 8)** Los pacientes con clases 1 y 2 de la NYHA presentan el riesgo más bajo de sufrir muerte súbita cardiaca.
- 9)** El paciente con IC-FER «estable», independientemente de si presenta alguna descompensación, tiene un alto riesgo de hospitalizaciones.
- 10)** Un paciente con IC-FER «estable» que está en tratamiento con diuréticos es un indicador de alto riesgo.

B. Manejo del paciente con IC-FER «estable»

B1. Evaluación y seguimiento del paciente con IC-FER «estable» en la práctica clínica habitual actual

- 1)** En el seguimiento del paciente con IC-FER «estable» debe existir una colaboración total entre el cardiólogo y el médico de atención primaria.
- 2)** El papel de enfermería es clave para fomentar la adherencia al tratamiento.
- 3)** Disponer de una unidad de IC de referencia puede ser de utilidad en el manejo del paciente con IC-FER
- 4)** El paciente con IC-FER de difícil control debe ser seguido en una unidad de IC.
- 5)** La clase funcional puede ser igual pero la IC-FER «estable» puede progresar.
- 6)** Disponer de una unidad de cuidados paliativos puede ser de utilidad en el manejo del paciente con IC-FER.
- 7)** En el manejo óptimo del paciente con IC-FER «estable» el médico de atención primaria es indispensable.
- 8)** Para evaluar la progresión del paciente con IC-FER «estable» no basta solo con evaluar los signos y síntomas clínicos.
- 9)** El papel de enfermería es clave para detectar si los signos o síntomas de la IC-FER interfieren en la vida diaria del paciente.
- 10)** En consulta, al paciente con IC-FER «estable» se debe consultar específicamente por cada signo y síntoma y su afectación a su calidad de vida.
- 11)** El paciente con IC-FER «estable» debe examinarse al menos cada 6 meses para evaluar si su enfermedad ha empeorado, si deberían cambiar de medicación o si se debería considerar otro tipo de procedimientos.
- 12)** El papel de enfermería es clave para detectar la necesidad de un cambio de tratamiento.
- 13)** La necesidad de añadir o aumentar la dosis de un diurético de ASA indica que el paciente deja de ser estable.
- 14)** En consulta no es necesario valorar si el paciente con IC-FER «estable» adapta su vida a medida que va reduciendo su capacidad física.
- 15)** La resonancia magnética de corazón es una técnica imprescindible para evaluar si existe progresión de la IC-FER «estable».
- 16)** El médico de atención primaria no puede hacer un seguimiento riguroso ni detectar la progresión de la IC-FER «estable».
- 17)** Para evaluar la progresión del paciente con IC-FER «estable» no es necesario medir los niveles de biomarcadores, tales como péptidos natriuréticos.
- 18)** Cualquier paciente con insuficiencia cardíaca debe ser seguido en una unidad de insuficiencia cardíaca.

- 19)** La clasificación funcional de la escala NYHA es una valoración objetiva.
- 20)** El test de los 6 minutos es de gran utilidad en la valoración clínica de los pacientes con insuficiencia cardíaca.
- 21)** La concordancia respecto a la clase funcional de la NYHA basada en lo indicado por el médico y el paciente es inferior al 50 %.
- 22)** Para evaluar la progresión del paciente con IC-FER «estable» es necesario evaluar la persistencia o empeoramiento de disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo.
- 23)** Para evaluar la progresión del paciente con IC-FER «estable» es necesario medir la fracción de eyección.
- 24)** El paciente con IC-FER «estable» puede ser seguido en atención primaria sin necesidad de ser visitado regularmente por un cardiólogo.

B2. Tratamiento del paciente con IC-FER «estable» en la práctica clínica habitual actual

- 1)** En cada visita, es primordial valorar la adherencia al tratamiento del paciente con IC-FER «estable».
- 2)** Independientemente de que el paciente con IC-FER se mantenga en la misma clase funcional el tratamiento farmacológico debe optimizarse.
- 3)** La terapia médica del paciente con IC-FER «estable» puede optimizarse con los nuevos avances científicos.
- 4)** La incorporación de nuevos fármacos en pacientes menos sintomáticos puede enlentecer la progresión subclínica de la enfermedad.
- 5)** Si el paciente con IC-FER presenta signos o síntomas leves persistentes que afectan su calidad de vida es necesario valorar un cambio de tratamiento.
- 6)** Independientemente de que el paciente con IC-FER esté «estable» el tratamiento farmacológico debe titularse a dosis objetivo.
- 7)** En caso que el paciente con IC-FER se mantuviera sintomático a pesar de las dosis máximas toleradas sería necesario cambiar de tratamiento.
- 8)** La necesidad de añadir o aumentar un diurético indica que el paciente deja de estar estable.
- 9)** El cambio de un IECA o un ARA II a un INRA no debe reservarse hasta que aparezca una descompensación clínica.
- 10)** El tratamiento del paciente con IC-FER «estable» con INRA sólo está justificado cuando hay un empeoramiento de la clase funcional.
- 11)** Si el paciente con IC-FER presenta signos o síntomas leves persistentes no es necesario valorar un cambio de tratamiento.
- 12)** Optimizar el tratamiento es exclusivamente titular a dosis máxima tolerada.
- 13)** Si el paciente con IC-FER no presenta signos o síntomas no es necesario valorar un cambio de tratamiento.
- 14)** Las diferentes comorbilidades que puede padecer el paciente con IC-FER «estable» no limitan el tratamiento idóneo.
- 15)** En el tratamiento del paciente con IC-FER «estable» debe primar la experiencia a las recomendaciones de las guías.

B3. Abordaje en consulta del paciente con IC-FER «estable» en la práctica clínica habitual actual

- 1)** Preguntar específicamente sobre si el paciente con IC-FER «estable» siente más o menos fatiga que la visita anterior.
- 2)** Sondear específicamente sobre si el paciente con IC-FER «estable» ha reducido su actividad o ha dejado de hacer alguna actividad.
- 3)** Preguntar específicamente sobre si el paciente con IC-FER «estable» se ahoga más o menos por la noche que la visita anterior.
- 4)** Consultar específicamente sobre si el paciente con IC-FER «estable» se cansa más o menos que la visita anterior.

5) Consultar específicamente sobre si el paciente con IC-FER «estable» ha retenido líquidos.

B4. Recomendaciones de abordaje en el paciente con IC-FER «estable». en la práctica clínica habitual

1) Fomentar y comprobar la adherencia al tratamiento.

2) Revisar la necesidad de modificar el tratamiento.

3) Recomendar control de peso, si procediera.

4) Promover hábitos saludables con medidas de autocuidado (presión arterial y frecuencia cardíaca).

5) Estimular la actividad física adecuada al paciente con IC.

6) Recomendar vacunación antigripal anual.

7) Recomendar vacunación antineumocócica.

C. Recomendaciones para optimizar el manejo y seguimiento del paciente con IC-FER «estable»

C1. Recomendaciones basadas en la experiencia clínica en pacientes con IC-FER «estable»

1) Es necesario concienciar sobre la necesidad de la optimización del tratamiento del paciente con IC-FER «estable».

2) El profesional sanitario debe estar al día de los últimos avances terapéuticos.

3) Es necesario concienciar sobre la progresión de la IC-FER «estable».

4) Se debe promover la continuidad asistencial y la coordinación entre cardiología y atención primaria.

5) El profesional sanitario debe contar con herramientas útiles de evaluación de progresión de la IC-FER.

6) Se debe formar al profesional sanitario en relación a la identificación de la progresión de la IC-FER.

7) Se debe formar al paciente en la importancia de la adherencia al tratamiento para la IC-FER.

8) Es necesario sensibilizar al profesional sanitario sobre el seguimiento de las guías de manejo del paciente con IC-FER «estable».

9) La entrevista clínica entre el profesional sanitario y el paciente con IC-FER debería estar protocolizada.

ACC/AHA: American College of Cardiology/American Heart Association. ARA II: antagonistas del receptor de la angiotensina II. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. IC: Insuficiencia cardiaca. IC-FER: insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida. IECA: inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina. INRA: inhibidor de la neprilisina y del receptor de la angiotensina. NYHA: New York Heart Association.

Tabla S2. Caracterización de la práctica clínica habitual de los panelistas participantes.

	Porcentaje (n = 150)
Actividad médica principal*	
Cardiología clínica	100 %
Imagen cardiaca	18,7 %
Arritmias	3,3 %
Hemodinámica	3,3 %
Otras	2,0 %
Años de ejercicio	
2-5	15,3 %
>5-10	22,7 %
>10-15	22,7 %
>15-20	15,3 %
>20	24,0 %
Lugar de trabajo	
Centro Primario	5,3 %
Centro Secundario	36,0 %
Centro Terciario	58,7 %
Lugar de atención de los pacientes	
En consulta dentro del hospital	54,0 %
En consulta fuera del hospital	13,3 %
Ambos	32,7 %
Comunidad autónoma	
Andalucía	18,0 %
Aragón	4,0 %
Asturias (Principado de)	2,7 %
Balears (Illes)	2,7 %
Canarias	5,3 %
Cantabria	1,3 %
Castilla y León	4,0 %

Castilla-La Mancha		6,0 %		
Cataluña		14,0 %		
Comunidad Valenciana		10,7 %		
Extremadura		2,7 %		
Galicia		5,3 %		
Madrid (Comunidad de)		13,3 %		
Murcia (Región de)		3,3 %		
Navarra (Com. Foral de)		2,0 %		
País Vasco		4,7 %		
Rioja (La)		0%		
Pacientes visitados con IC al mes				
7-15		5,3 %		
16-30		29,3 %		
31-50		28,7 %		
51-65		18,7 %		
>65		18,0 %		
Distribución de los pacientes con IC visitados al mes				
IC-FEC		41,84 %		
IC-FEM		22,97 %		
IC-FER		35,19 %		
Porcentaje de pacientes con IC-FER atendidos según la clasificación de la NYHA				
	De 0 a 25 %	De 26 a 50 %	De 51 a 75 %	Más de 75 %
Clase I	78,7 %	16 %	4 %	1,3 %
Clase II	4,0 %	42 %	49,3 %	4,7 %
Clase III	48,7 %	42 %	9,3 %	0 %
Clase IV	92,7 %	6,7 %	0,7 %	0 %

* Los expertos seleccionaron todas las categorías aplicables.

Tabla S3. Resultados del nivel de consenso conseguido por los expertos tras las dos rondas sobre la definición y percepción del paciente con IC-FER «estable».

Definición de IC-FER	% de consenso	Resultado	p (Test de Bowker)
1) IC-FER: Diagnóstico clínico de IC y FEVI ≤40 %. Siendo la IC un síndrome clínico complejo que resulta de cualquier deterioro estructural o funcional del llenado ventricular o de la eyección de sangre. Las manifestaciones cardinales de la IC son la disnea y la fatiga, que pueden limitar la tolerancia al ejercicio, y la retención de líquidos, que pueden conducir a congestión pulmonar y/o esplácnica y/o edema periférico. (Guías ACA/AHA/HFSA).	92,7 %	Consenso en el acuerdo	NA
2) IC-FER: Diagnóstico clínico de IC y una FEVI ≤40 %. Siendo la IC un síndrome clínico caracterizado por síntomas típicos (como disnea, inflamación de tobillos y fatiga), que puede ir acompañado de signos (como presión venosa yugular elevada, crepitantes pulmonares y edema periférico) causados por una anomalía cardiaca estructural o funcional que producen una reducción del gasto cardíaco o una elevación de las presiones intracardiacas en reposo o en estrés. (Guía ESC 2016).	92 %	Consenso en el acuerdo†	0,783
Definición de paciente IC-FER «estable»	% de consenso	Resultado	
1) En un paciente con IC crónica, el término <i>estabilidad</i> suele hacer referencia a que los síntomas y signos son inexistentes o leves y que no han cambiado recientemente o al menos en el mes anterior, o desde la última visita médica de acuerdo con la práctica clínica.	82 %	Consenso en el acuerdo†	0,001*
2) Los pacientes con IC a menudo se consideran «clínicamente estables» si están recibiendo tratamiento y no muestran signos y síntomas físicos que sugieran un empeoramiento de la función cardíaca en al menos el último mes.	68,7 % en acuerdo	Indeterminado	0,229
3) Un paciente con IC «estable» se define como paciente con IC crónica cuya enfermedad no ha empeorado, la medicación para la IC no ha cambiado y no ha sido hospitalizado por IC.	55,3 % en acuerdo	Indeterminado	0,845
IC-FER «estable» y práctica clínica habitual actual	% de consenso	Resultado	
1) La naturaleza silenciosa pero progresiva de la IC-FER puede contribuir a aumentar el riesgo de muerte en pacientes que son asintomáticos o sólo ligeramente sintomáticos.	96 %	Consenso en el acuerdo	NA
2) Las calculadoras de riesgo desarrolladas recientemente tienen en cuenta los tratamientos de última generación y los niveles de biomarcadores y revelan que no existe una IC verdaderamente estable.	71,3 %	Consenso en el acuerdo†	0,909
3) La IC-FER es un trastorno progresivo por el cual la estructura y la función cardíaca continúan	70,7 %	Consenso en	NA

deteriorándose, a menudo a pesar de la ausencia de signos y síntomas clínicamente aparentes de un estado de empeoramiento de la enfermedad.		el acuerdo	
4) Los pacientes con IC sintomática en algún momento (estadio C de la clasificación ACC/AHA) que no presenten síntomas y signos durante la visita clínica no tienen un riesgo considerable de muerte.	95,3 %	Consenso en el desacuerdo	NA
5) La naturaleza silenciosa pero progresiva de la IC-FER no contribuye a aumentar el riesgo de muerte en pacientes que son «clínicamente estables».	94 %	Consenso en el desacuerdo	NA
6) El número de hospitalizaciones no se reducen si el paciente con IC-FER tiene un tratamiento optimizado.	92,7 %	Consenso en el desacuerdo	NA
7) El paciente con IC-FER «estable» es excepcional que tenga ingresos hospitalarios a corto/medio plazo.	70,7 %	Consenso en el desacuerdo†	0,186
8) Los pacientes con clases 1 y 2 de la NYHA presentan el riesgo más bajo de sufrir muerte súbita cardiaca.	62,7 % en desacuerdo	Indeterminado	0,004*
9) El paciente con IC-FER «estable», independientemente de si presenta alguna descompensación, tiene un alto riesgo de hospitalizaciones.	61,9 % en acuerdo	Indeterminado	0,111
10) Un paciente con IC-FER «estable» que está en tratamiento con diuréticos es un indicador de alto riesgo.	34,7 % en acuerdo	Indeterminado	0,323

† Preguntas que alcanzaron el consenso en la segunda ronda de votación.

ACC/AHA: American College of Cardiology/American Heart Association. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. IC: Insuficiencia cardiaca. IC-FER: insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida. NA: no aplicable. NYHA: New York Heart Association. *p <0,05

Tabla S4. Resultados del nivel de consenso conseguido por los expertos tras las dos rondas sobre el manejo del paciente con IC-FER «estable».

Evaluación y seguimiento del paciente con IC-FER «estable» en la práctica clínica habitual actual	% de consenso	Resultado	p (Test de Bowker)
1) En el seguimiento del paciente con IC-FER «estable» debe existir una colaboración total entre el cardiólogo y el médico de atención primaria.	99,3 %	Consenso en el acuerdo	NA
2) El papel de enfermería es clave para fomentar la adherencia al tratamiento.	96,7 %	Consenso en el acuerdo	NA
3) Disponer de una unidad de IC de referencia puede ser de utilidad en el manejo del paciente con IC-FER	94,7 %	Consenso en el acuerdo	NA
4) El paciente con IC-FER de difícil control debe ser seguido en una unidad de IC.	94,0 %	Consenso en el acuerdo	NA
5) La clase funcional puede ser igual pero la IC-FER «estable» puede progresar.	94,0 %	Consenso en el acuerdo	NA
6) Disponer de una unidad de cuidados paliativos puede ser de utilidad en el manejo del paciente con IC-FER.	92,7 %	Consenso en el acuerdo	NA
7) En el manejo óptimo del paciente con IC-FER «estable» el médico de atención primaria es indispensable.	92,0 %	Consenso en el acuerdo	NA
8) Para evaluar la progresión del paciente con IC-FER «estable» no basta solo con evaluar los signos y síntomas clínicos.	91,3 %	Consenso en el acuerdo	NA
9) El papel de enfermería es clave para detectar si los signos o síntomas de la IC-FER interfieren en la vida diaria del paciente.	90,7 %	Consenso en el acuerdo	NA
10) En consulta, al paciente con IC-FER «estable» se debe consultar específicamente por cada signo y síntoma y su afectación a su calidad de vida.	88,0 %	Consenso en el acuerdo	NA
11) El paciente con IC-FER «estable» debe examinarse al menos cada 6 meses para evaluar si su enfermedad ha empeorado, si deberían cambiar de medicación o si se debería	84,7 %	Consenso en el acuerdo	NA

considerar otro tipo de procedimientos.			
12) El papel de enfermería es clave para detectar la necesidad de un cambio de tratamiento.	82,0 %	Consenso en el acuerdo	NA
13) La necesidad de añadir o aumentar la dosis de un diurético de ASA indica que el paciente deja de ser estable.	80,0 %	Consenso en el acuerdo	NA
14) En consulta no es necesario valorar si el paciente con IC-FER «estable» adapta su vida a medida que va reduciendo su capacidad física.	96,7 %	Consenso en el desacuerdo	NA
15) La resonancia magnética de corazón es una técnica imprescindible para evaluar si existe progresión de la IC-FER «estable».	85,3 %	Consenso en el desacuerdo†	0,007*
16) El médico de atención primaria no puede hacer un seguimiento riguroso ni detectar la progresión de la IC-FER «estable».	84,7 %	Consenso en el desacuerdo	NA
17) Para evaluar la progresión del paciente con IC-FER «estable» no es necesario medir los niveles de biomarcadores, tales como péptidos natriuréticos.	76,7 %	Consenso en el desacuerdo	NA
18) Cualquier paciente con insuficiencia cardíaca debe ser seguido en una unidad de insuficiencia cardíaca.	74,0 %	Consenso en el desacuerdo	NA
19) La clasificación funcional de la escala NYHA es una valoración objetiva.	73,3 %	Consenso en el desacuerdo	NA
20) El test de los 6 minutos es de gran utilidad en la valoración clínica de los pacientes con insuficiencia cardíaca.	66,7 % en acuerdo	Indeterminado	0,873
21) La concordancia respecto a la clase funcional de la NYHA basada en lo indicado por el médico y el paciente es inferior al 50 %.	58,0 % en acuerdo	Indeterminado	0,000*
22) Para evaluar la progresión del paciente con IC-FER «estable» es necesario evaluar la persistencia o empeoramiento de disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo.	54,7 % en acuerdo	Indeterminado	0,279
23) Para evaluar la progresión del paciente con IC-FER «estable» es necesario medir la fracción de eyección.	49,3 % en acuerdo	Indeterminado	0,411

24) El paciente con IC-FER «estable» puede ser seguido en atención primaria sin necesidad de ser visitado regularmente por un cardiólogo.	59,3 % en desacuerdo	Indeterminado	0,219
Tratamiento del paciente con IC-FER «estable» en la práctica clínica habitual actual	% de consenso	Resultado	
1) En cada visita, es primordial valorar la adherencia al tratamiento del paciente con IC-FER «estable».	98,7 %	Consenso en el acuerdo	NA
2) Independientemente de que el paciente con IC-FER se mantenga en la misma clase funcional el tratamiento farmacológico debe optimizarse.	98,7 %	Consenso en el acuerdo	NA
3) La terapia médica del paciente con IC-FER «estable» puede optimizarse con los nuevos avances científicos.	95,3 %	Consenso en el acuerdo	NA
4) La incorporación de nuevos fármacos en pacientes menos sintomáticos puede enlentecer la progresión subclínica de la enfermedad.	95,3 %	Consenso en el acuerdo	NA
5) Si el paciente con IC-FER presenta signos o síntomas leves persistentes que afectan su calidad de vida es necesario valorar un cambio de tratamiento.	95,3 %	Consenso en el acuerdo	NA
6) Independientemente de que el paciente con IC-FER esté «estable» el tratamiento farmacológico debe titularse a dosis objetivo.	94,7 %	Consenso en el acuerdo	NA
7) En caso que el paciente con IC-FER se mantuviera sintomático a pesar de las dosis máximas toleradas sería necesario cambiar de tratamiento.	84,0 %	Consenso en el acuerdo	NA
8) La necesidad de añadir o aumentar un diurético indica que el paciente deja de estar estable.	79,3 %	Consenso en el acuerdo	NA
9) El cambio de un IECA o un ARA II a un INRA no debe reservarse hasta que aparezca una descompensación clínica.	71,3 %	Consenso en el acuerdo	NA
10) El tratamiento del paciente con IC-FER «estable» con INRA sólo está justificado cuando hay un empeoramiento de la clase funcional.	90,7 %	Consenso en el desacuerdo	NA
11) Si el paciente con IC-FER presenta signos o síntomas leves persistentes no es necesario valorar un cambio de tratamiento.	88,0 %	Consenso en el desacuerdo	NA
12) Optimizar el tratamiento es exclusivamente titular a dosis máxima tolerada.	74,7 %	Consenso en el desacuerdo	NA
13) Si el paciente con IC-FER no presenta signos o síntomas no es necesario valorar un cambio de tratamiento.	74,7 %	Consenso en el desacuerdo	NA

14) Las diferentes comorbilidades que puede padecer el paciente con IC-FER «estable» no limitan el tratamiento idóneo.	72,7 %	Consenso en el desacuerdo	NA
15) En el tratamiento del paciente con IC-FER «estable» debe primar la experiencia a las recomendaciones de las guías.	70,0 %	Consenso en el desacuerdo†	0,029*
Abordaje en consulta del paciente con IC-FER «estable» en la práctica clínica habitual actual	% de consenso	Resultado	
1) Preguntar específicamente sobre si el paciente con IC-FER «estable» siente más o menos fatiga que la visita anterior.	96,7 %	Consenso en el acuerdo	NA
2) Sondar específicamente sobre si el paciente con IC-FER «estable» ha reducido su actividad o ha dejado de hacer alguna actividad.	95,3 %	Consenso en el acuerdo	NA
3) Preguntar específicamente sobre si el paciente con IC-FER «estable» se ahoga más o menos por la noche que la visita anterior.	95,3 %	Consenso en el acuerdo	NA
4) Consultar específicamente sobre si el paciente con IC-FER «estable» se cansa más o menos que la visita anterior.	94,0 %	Consenso en el acuerdo	NA
5) Consultar específicamente sobre si el paciente con IC-FER «estable» ha retenido líquidos.	92,7 %	Consenso en el acuerdo	NA
Recomendaciones de abordaje en el paciente con IC-FER «estable». en la práctica clínica habitual	% de consenso	Resultado	
1) Fomentar y comprobar la adherencia al tratamiento.	100,0 %	Consenso en el acuerdo	NA
2) Revisar la necesidad de modificar el tratamiento.	98,7 %	Consenso en el acuerdo	NA
3) Recomendar control de peso, si procediera.	96,0 %	Consenso en el acuerdo	NA
4) Promover hábitos saludables con medidas de autocuidado (presión arterial y frecuencia cardíaca).	96,0 %	Consenso en el acuerdo	NA
5) Estimular la actividad física adecuada al paciente con IC.	94,7 %	Consenso en el acuerdo	NA
6) Recomendar vacunación antigripal anual.	90,7 %	Consenso en el acuerdo	NA
7) Recomendar vacunación antineumocócica.	86,0 %	Consenso en el	NA

		acuerdo	
--	--	---------	--

† Preguntas que alcanzaron el consenso en la segunda ronda de votación.

ACC/AHA: American College of Cardiology/American Heart Association. ARA II: antagonistas del receptor de la angiotensina II. IC: Insuficiencia cardiaca. IC-FER: insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida. IECA: inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina. INRA: inhibidor de la neprilisina y del receptor de la angiotensina. NA: no aplicable. NYHA: New York Heart Association. *p <0,05

Tabla S5. Resultados del nivel de consenso conseguido por los expertos tras las dos rondas sobre las recomendaciones para optimizar el manejo y seguimiento del paciente con IC-FER «estable».

Recomendaciones basadas en la experiencia clínica en pacientes con IC-FER «estable»	% de consenso	Resultado	p (Test de Bowker)
1) Es necesario concienciar sobre la necesidad de la optimización del tratamiento del paciente con IC-FER «estable».	100 %	Consenso en el acuerdo	NA
2) El profesional sanitario debe estar al día de los últimos avances terapéuticos.	100 %	Consenso en el acuerdo	NA
3) Es necesario concienciar sobre la progresión de la IC-FER «estable».	99,3 %	Consenso en el acuerdo	NA
4) Se debe promover la continuidad asistencial y la coordinación entre cardiología y atención primaria.	99,3 %	Consenso en el acuerdo	NA
5) El profesional sanitario debe contar con herramientas útiles de evaluación de progresión de la IC-FER.	99,3 %	Consenso en el acuerdo	NA
6) Se debe formar al profesional sanitario en relación a la identificación de la progresión de la IC-FER.	99,3 %	Consenso en el acuerdo	NA
7) Se debe formar al paciente en la importancia de la adherencia al tratamiento para la IC-FER.	99,3 %	Consenso en el acuerdo	NA
8) Es necesario sensibilizar al profesional sanitario sobre el seguimiento de las guías de manejo del paciente con IC-FER «estable».	98,0 %	Consenso en el acuerdo	NA
9) La entrevista clínica entre el profesional sanitario y el paciente con IC-FER debería estar protocolizada.	77,3 %	Consenso en el acuerdo	NA

IC-FER: insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida. NA: no aplicable.