Tabla S1. Cuestionario Delphi.

A. Definición y percepción del paciente con IC-FER «estable»
A1.1. Definición de IC-FER
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).
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 cardiaco o una elevación de las presiones intracardiacas en reposo o en estrés. (Guía ESC 2016).
A1.2. Definición de paciente IC-FER «estable»
1) En un paciente con IC crónica, el término *estabilidad* 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.
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.
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.
A2. IC-FER «estable» y práctica clínica habitual actual
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.
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.
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.
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.
5) La naturaleza silenciosa pero progresiva de la IC-FER no contribuye a aumentar el riesgo de muerte en pacientes que son «clínicamente estables».
6) El número de hospitalizaciones no se reducen si el paciente con IC-FER tiene un tratamiento optimizado.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 06/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 06/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 06/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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 neprisilina y del receptor de la angiotensina. NYHA: New York Heart Association.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 06/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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 %

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 06/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 06/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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 cardiaco 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 *estabilidad* 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

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 06/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 06/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 06/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 06/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 06/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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) Sondear 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

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 06/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

		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 neprisilina y del receptor de la angiotensina. NA: no aplicable. NYHA: New York Heart Association. *p <0,05

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 06/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

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.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 06/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.