

## LOS ÚLTIMOS DOCUMENTOS QUE DEBEMOS CONOCER PARA EL MANEJO AMBULATORIO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA: SUS PUNTOS DE INTERÉS.

*Autor: Marcos García Aguado*

*Fecha de publicación: 26/04/2022*

*Patología: IC / Categoría: Actualización*

*Tiempo de lectura: 2 minutos*



La insuficiencia cardiaca (IC) es una patología crónica con gran impacto en la calidad de vida y supervivencia de nuestros pacientes.

Se trata de una patología crónica en la que la **atención primaria** tiene un papel primordial, tanto médicos como enfermería. La gran sobrecarga de trabajo en las consultas de atención primaria reduce mucho las posibilidades de implementar las recomendaciones más actualizadas de manejo ambulatorio de la IC. Por este motivo se deben desarrollar programas transversales que permitan un auténtico **trabajo en equipo** para acompañar al paciente a lo largo de todo su proceso de enfermedad.

Por ello, la **SEMERGEN** publicó en 2022 un [documento](#) de posicionamiento, con los siguientes puntos de interés:

- Se recuerda la clasificación de la IC en reducida, ligeramente reducida y preservada, según la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI);
- Recuerdan la clasificación de la IC según estadios evolutivos en “riesgo de IC”: pre-IC, IC e IC avanzada, haciendo así hincapié en la prevención primaria;
- Llamam a implementar adecuadamente los péptidos natriuréticos en el algoritmo diagnóstico de los pacientes con IC, no solo a nivel de urgencias, sino también a nivel ambulatorio, recordando que la obesidad obliga a reducir el umbral de corte y la edad > 75 años obliga a aumentarla;
- Piden desterrar el concepto de estabilidad de los pacientes con IC, proponiendo cinco preguntas que debemos hacernos para valorar si hay descompensación de IC;

- Llaman a realizar una búsqueda activa de las comorbilidades asociadas a la IC para realizar un manejo óptimo;
- Recomiendan recordar la importancia de los cuatro fármacos fundamentales por su papel pronóstico en la IC con fracción de eyección (FEVI) reducida: betabloqueantes, sacubitrilo/valsartán, antagonistas de los mineralocorticoides y los iSGLT2 empagliflozina y dapagliflozina. Además, conocer su titulación;
- Piden potenciar la telemedicina, buscando herramientas que parecen ser eficaces, como las teleconsultas, implantadas con éxito en nuestro programa de **CARPRIMARIA del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda**;
- Describen un decálogo de los puntos clave en el manejo de la IC en atención primaria, que describe todas las etapas de la IC, desde la prevención primaria hasta los cuidados paliativos.

Sin lugar a duda, debemos reforzar la **prevención primaria de la IC**, identificando los factores de riesgo independientes para corregirlos, identificando alteraciones estructurales y/o funcionales del ventrículo izquierdo (VI) que predisponen al desarrollo de IC e implementando medidas terapéuticas eficaces para prevenir su desarrollo.

Con la máxima “más vale prevenir que curar”, las recomendaciones para la prevención de la IC se encuentran detalladas en el [documento de posicionamiento](#) que ha publicado este año 2022 la **Asociación Europea de Insuficiencia Cardíaca** en colaboración con la **Asociación Europea de Prevención en Cardiología**. En dicho documento, se recomienda:

1. Manejo adecuado de los factores de riesgo implicados en el desarrollo de IC, indicando medidas potenciales de intervención.
2. Tratamientos específicos recomendados según situación individual del paciente, para reducir el riesgo de desarrollo de IC o de descompensación:
  - Paciente con hipertensión arterial: Diuréticos e IECAS/ARA II.
  - Paciente con alto riesgo de enfermedad cardiovascular: estatinas
  - Paciente con DM y alto riesgo de enfermedad cardiovascular o paciente con DM y enfermedad CV establecida: Inhibidores de SGLT-2

Otro documento de interés es un artículo publicado en la [European Journal Heart Failure en 2022](#), que refuerza la recomendación de las guías de la Sociedad Europea de Cardiología de IC del año 2021 y las de la ACC/AHA/HSFA, de utilizar la **cuádruple terapia** con dosis bajas de todos los grupos farmacológicos **desde el principio** (*evidentemente debemos individualizar*). Las premisas para apoyar esta recomendación son:

- En los estudios de investigación, y aún más en la vida real, los pacientes que alcanzan las dosis máximas eficaces de los fármacos, representan < del 50%;

- Hay fármacos que facilitan la titulación de otros grupos farmacológicos y pueden minimizar los efectos secundarios. Por tanto, la combinación puede ser beneficiosa y facilitar la optimización terapéutica;
- Algunos fármacos como los antialdosterónicos y los bloqueantes del sistema renina-angiotensina, han demostrado beneficios precoces, por tanto, a dosis bajas, por lo que los efectos beneficiosos se objetivan ya a dosis bajas;
- Disponemos de cierta evidencia científica que demuestra beneficios similares con dosis máximas y otras más bajas de algunos grupos farmacológicos.



*Ilustración 1. Documentos recientes de IC que debemos conocer*

## **REFERENCIAS**

[Semergen 48 \(2022\) 106-123](#)

[European Journal of Preventive Cardiology, Vol 29, Issue 1, January 2022, pg 275-300](#)

[European Journal Heart Failure. 2022. Mar;24\(3\):421-430](#)