

Abordaje de la insuficiencia cardiaca en **atención primaria** en 2022

M.J. Castillo Moraga, M. Turégano-Yedro,
V. Pallarés-Carratalá y V. Barrios

Concepto y clasificación de la insuficiencia cardiaca (IC)

Guías IC ESC 2021

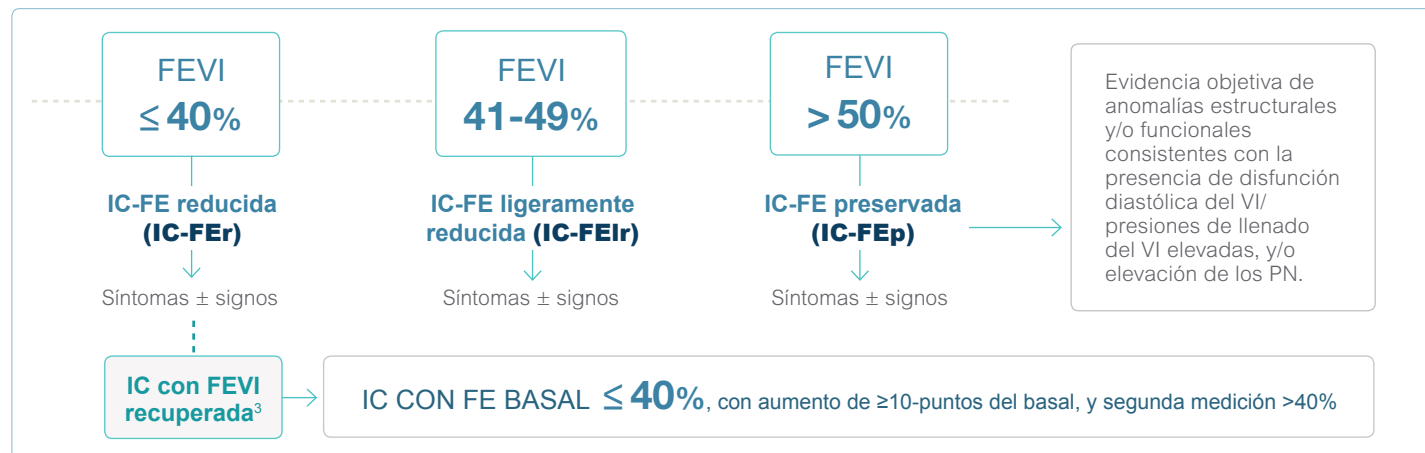
Síndrome clínico que se caracteriza por **síntomas cardinales** que puede estar acompañado de **signos** causados por una **anomalía estructural y/o funcional** del corazón que provoca una **reducción en el gasto cardíaco y/o elevación de las presiones intracardiacas** en reposo o durante el ejercicio.

Criterios para clasificar correctamente al paciente con IC

Clase funcional según la New York Heart Association (NYHA)

- I Sin limitación de la actividad física.** La actividad física normal no causa fatiga, palpitaciones o disnea.
- II Ligera limitación de la actividad física, sin síntomas en reposo.** La **actividad física normal causa fatiga**, palpitaciones o disnea.
- III Acusada limitación de la actividad física, sin síntomas en reposo. Cualquier actividad física provoca la aparición de síntomas.**
- IV Incapacidad de realizar actividad física.** Los síntomas están presentes hasta en reposo y aumentan con cualquier actividad física.

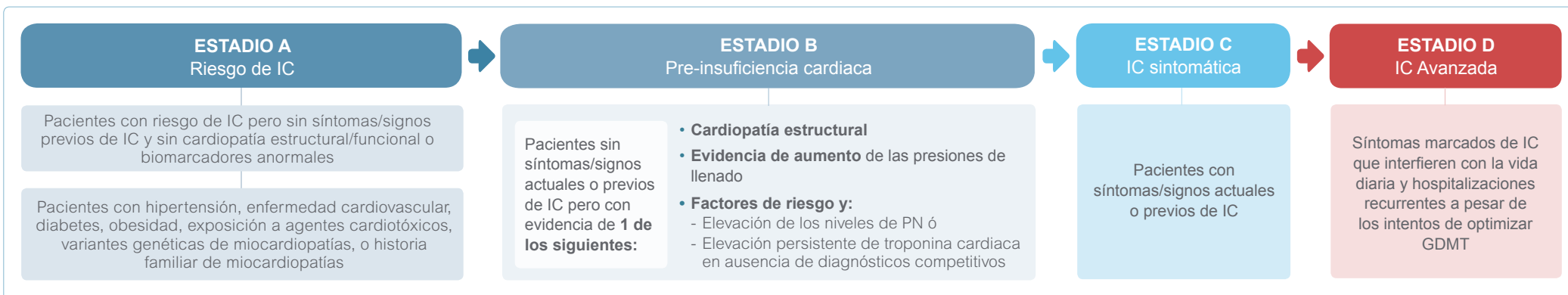
Fración de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI)^{2,3}



Modificada de Wagner JUG, Dimmeler S. J Mol Cell Cardiol. 2020;138:136-46.

2. Wagner JUG, Dimmeler S. J Mol Cell Cardiol. 2020;138:136-46. 3. Heidenreich PA et al. Circulation. 2022 Apr 1:101161CIR000000000001063.

Estadios evolutivos de IC ACC/AHA

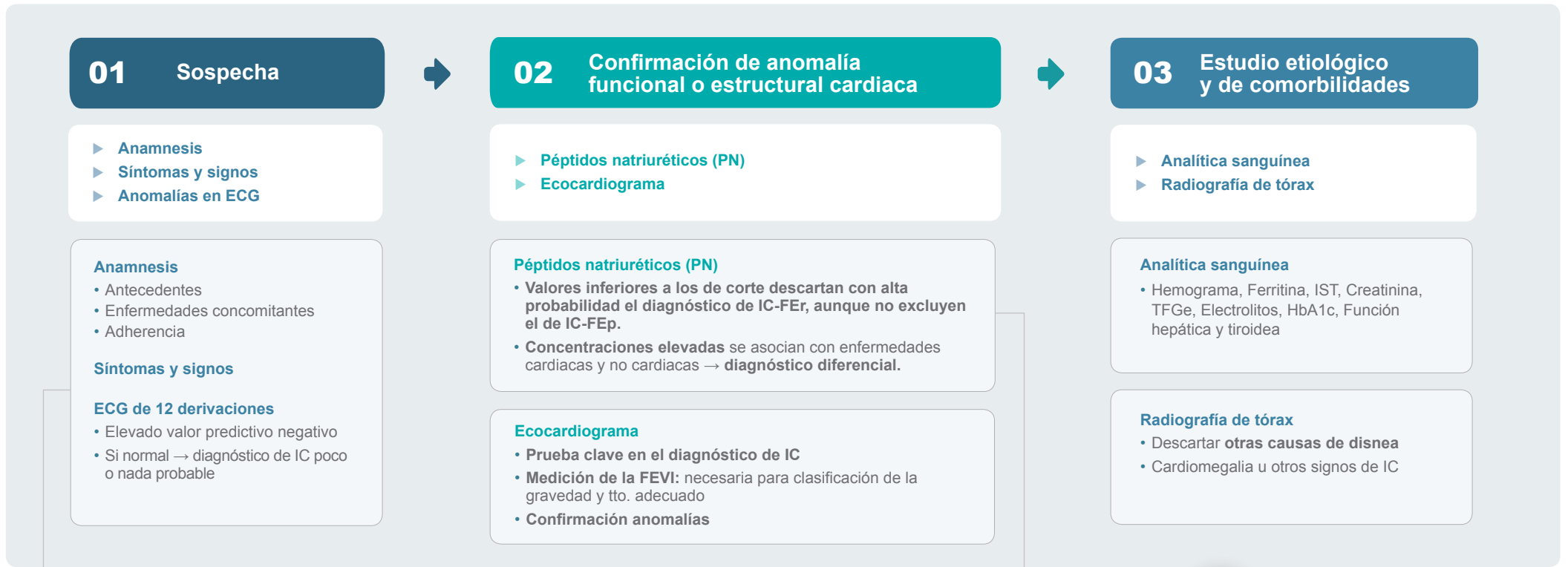


Adaptado de: Heidenreich PA et al. Circulation. 2022 Apr 1:101161CIR000000000001063.

PN: péptidos natriuréticos, VI: ventrículo izquierdo, IC: insuficiencia cardiaca, MC: miocardiopatía, HTA: hipertensión arterial, ACC: American College of Cardiology, AHA: American Heart Association, GDMT: terapia médica recomendada por las guías, IC: insuficiencia cardiaca

Diagnóstico

El diagnóstico de la IC debe realizarse de una forma secuencial



Síntomas

Típicos: Disnea. Ortopnea. Disnea paroxística nocturna. Tolerancia al ejercicio disminuida. Fatiga, cansancio, mayor tiempo de recuperación tras el ejercicio

Menos típicos: Tos nocturna. Sibilancias. Sensación de hinchazón. Pérdida de apetito. Confusión (especialmente en ancianos). Decaimiento. Palpitaciones. Mareo. Síncope. Bendopnea

Signos

Más específicos: Presión venosa yugular aumentada. Reflujo hepatoyugular. Tercer sonido cardíaco (ritmo de galope). Impulso apical desplazado lateralmente

Menos específicos: Aumento de peso (> 2 kg/semana). Pérdida de peso (IC avanzada). Pérdida de tejido (caquexia). Soplo cardíaco. Edema periférico (maleolar, sacro, escroto). Crepitantes pulmonares. Menor entrada de aire y matidez a la percusión en las bases pulmonares (derrame pleural). Taquicardia. Pulso irregular. Taquipnea. Respiración de Cheyne-Stokes. Hepatomegalia. Ascitis. Extremidades frías. Oliguria

Umbral de los Péptidos Natriuréticos tipo B

Contexto	BNP	NT-pro BNP
Descartar IC (ámbito ambulatorio)	< 35 pg/ml	< 125 pg/ml
Descartar IC aguda	< 100 pg/ml	< 300 pg/ml
Sospecha de IC aguda	≥ 100 pg/ml	≥ 450 pg/ml (< 50 años) ≥ 900 pg/ml (50-75 años) ≥ 1.800 pg/ml (≥ 75 años)
ERC	≥ 200 pg/ml	≥ 1.200 pg/ml
Fibrilación auricular	≥ 105 pg/ml	≥ 365 pg/ml
Raza negra		Aumentar 20-30%
Edad > 75 años		Aumentar 20-30%
Obesidad		Disminuir 20-30%
Inhibición de neprilisina	No valorable	Valorar esta columna

Modificada de Kelder et al. JCard Fail. 2011;17:729-34.22

El médico de AP debe plantear una estrategia de manejo de la IC con las herramientas diagnósticas que tenga disponibles, actuando según las condiciones de cada centro y consensuando protocolos locales con los servicios de cardiología y/o medicina interna que sean claros y realistas, con el fin de precisar el diagnóstico de IC de la forma más eficiente y rápida posible

Adaptado de: Wagner JUG, Dimmeler S. J Mol Cell Cardiol. 2020;138:136-46.

Detección del paciente falsamente estable en AP



Adaptado y modificado de: Barrios V, et al. Rev Clin Esp. 2020; 220(6):339-49.



La IC evoluciona de manera progresiva pero la optimización de su manejo puede enlentecer la velocidad de deterioro de la función cardíaca.



La supuesta idea de la "estabilidad" puede inducir a mantener una inercia terapéutica.

Tratamiento farmacológico de la IC en AP

IC-FEr

Estrategia de titulación de fármacos en el paciente con IC-FEr en AP

✓ **Sacubitrilo/valsartán (S/V) como fármaco 1ºL** (en pacientes tratados o no previamente con IECA o ARA-II). IECAS: limitados como alternativa a S/V (intolerancia o contraindicación).

✓ **Iniciar los 4 grupos lo más precozmente posible**
Orden: a criterio del clínico, según características paciente.

✓ **En todos los grupos: titulación hasta dosis objetivo o dosis máxima tolerada de forma activa en consenso con el cardiólogo o internista de referencia**

Si signos o síntomas de congestión a dosis mínima eficaz

Diuréticos

Fármacos de Primera Línea

Betabloqueantes

ARNI

ARM

ISGLT2

Inicio a dosis bajas

Titulación en 1-2 semanas si buena tolerancia

Titulación en 2-4 semanas si buena tolerancia

Titulación a la dosis máxima en 4-8 semanas

Inicio a dosis bajas

Titulación en 2-4 semanas si buena tolerancia

Titulación a la dosis máxima en 4-8 semanas

Inicio a dosis bajas

Titulación a la dosis máxima en 2-4 semanas

Inicio a dosis recomendadas y mantener tratamiento

Betabloqueantes

Dosis inicial

- Bisoprolol 1,25 mg/24 h
- Carvedilol 3,125 mg/12 h
- Metoprolol 12,5-25 mg/24 h
- Nebivolol 1,25 mg/24 h

Dosis objetivo

- Bisoprolol 10 mg/24 h
- Carvedilol 25 mg/12 h
- Metoprolol 200 mg/24 h
- Nebivolol 10 mg/24 h

ARNI

- Sacubitrilo-Valsartán 24/26 mg/12 h
- Sacubitrilo-Valsartán 49/51 mg/12 h

- Sacubitrilo-Valsartán 97/103 mg/12 h

ARM

- Eplerenona 25 mg/24 h
- Espironolactona 25 mg/24 h

- Eplerenona 50 mg/24 h
- Espironolactona 50 mg/24 h

ISGLT2

- Dapagliflozina 10 mg/24 h
- Empagliflozina 10 mg/24 h

- Dapagliflozina 10 mg/24 h
- Empagliflozina 10 mg/24 h

IC-FEIr

Mayor similitud fenotípica con IC-FEr

Empagliflozina¹ en todos los pacientes con IC crónica

Se puede utilizar: IECA/ARA-II, BB y ARM para reducir sintomatología y las hospitalizaciones

IC-FEp

Estudio **EMPEROR-Preserved¹**

↓
Empagliflozina y manejo de comorbilidades

IC-FEVI mejorada

Mantener tratamiento médico optimizado

Extraído y adaptado de: Castillo Moraga, MJ, Turégano-Yedro M, Pallarés-Carratalá V, et al. Posicionamiento SEMERGEN en el abordaje de la insuficiencia cardiaca crónica en atención primaria. Medicina de Familia. SEMERGEN 2022; 106-123. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.10.007>.



El médico de familia se encuentra en una situación privilegiada para detectar pacientes tanto con IC de novo como aquellos ya diagnosticados y que precisen optimizar el tratamiento.

1. Anker SD, Butler J, Filippatos G, Ferreira JP, Bocchi E, Böhm M, et al. EMPEROR-preserved trial investigators empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. N Engl J Med. 2021;385:1451-61.

IC: insuficiencia cardiaca; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IC-FEr: insuficiencia cardiaca fracción de eyección reducida; IC-FEp: insuficiencia cardiaca fracción de eyección preservada; IC-FEIr: insuficiencia cardiaca fracción de eyección ligeramente reducida; IECA: Inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina; ARA-II: Antagonista del receptor de la angiotensina II; ARNI: Inhibidor dual de la neprilisina y del receptor de la angiotensina; ARM: Antagonista del receptor de mineralocorticoide; BB: betabloqueantes

Comorbilidades

Manejo de las principales comorbilidades de la IC en AP

Diabetes	Beneficiosos	ISGLT2
	Neutros	Metformina, IDPP4 (salvo saxagliptina)
	Contraindicados	Glitazonas
Hipertensión arterial	IECA, ARA II, ARM o ARNI	
Enfermedad renal crónica	IECA, ARA II o ISGLT2	
Anemia/déficit de hierro	Carboximaltosa de hierro intravenosa: en pacientes sintomáticos con FEVI < 50% y déficit de hierro	
Depresión	Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS). Inicio a dosis bajas	
Apnea del sueño	Presión positiva continua en vía aérea (CPAP)	



La detección precoz y el manejo correcto de las comorbilidades es fundamental, y sin duda la consulta de AP es el escenario más adecuado.



El control de la HTA, la detección de la FA, una adecuada anticoagulación para la prevención de eventos tromboembólicos, la detección de la isquemia miocárdica y de EAP de MMII deben ser una prioridad para el médico de AP. Igualmente debe serlo el manejo de fármacos antidiabéticos con beneficio pronóstico demostrado en IC (ISGLT2).

Modificada de: Wagner JUG, Dimmeler S. J Mol Cell Cardiol. 2020;138:136-46.

Telemedicina

Un valor añadido en el seguimiento del paciente la IC: debe desarrollarse e implantarse más allá de la mera llamada telefónica.



Programas de seguimiento mixtos entre Medicina de Familia y Enfermería de AP

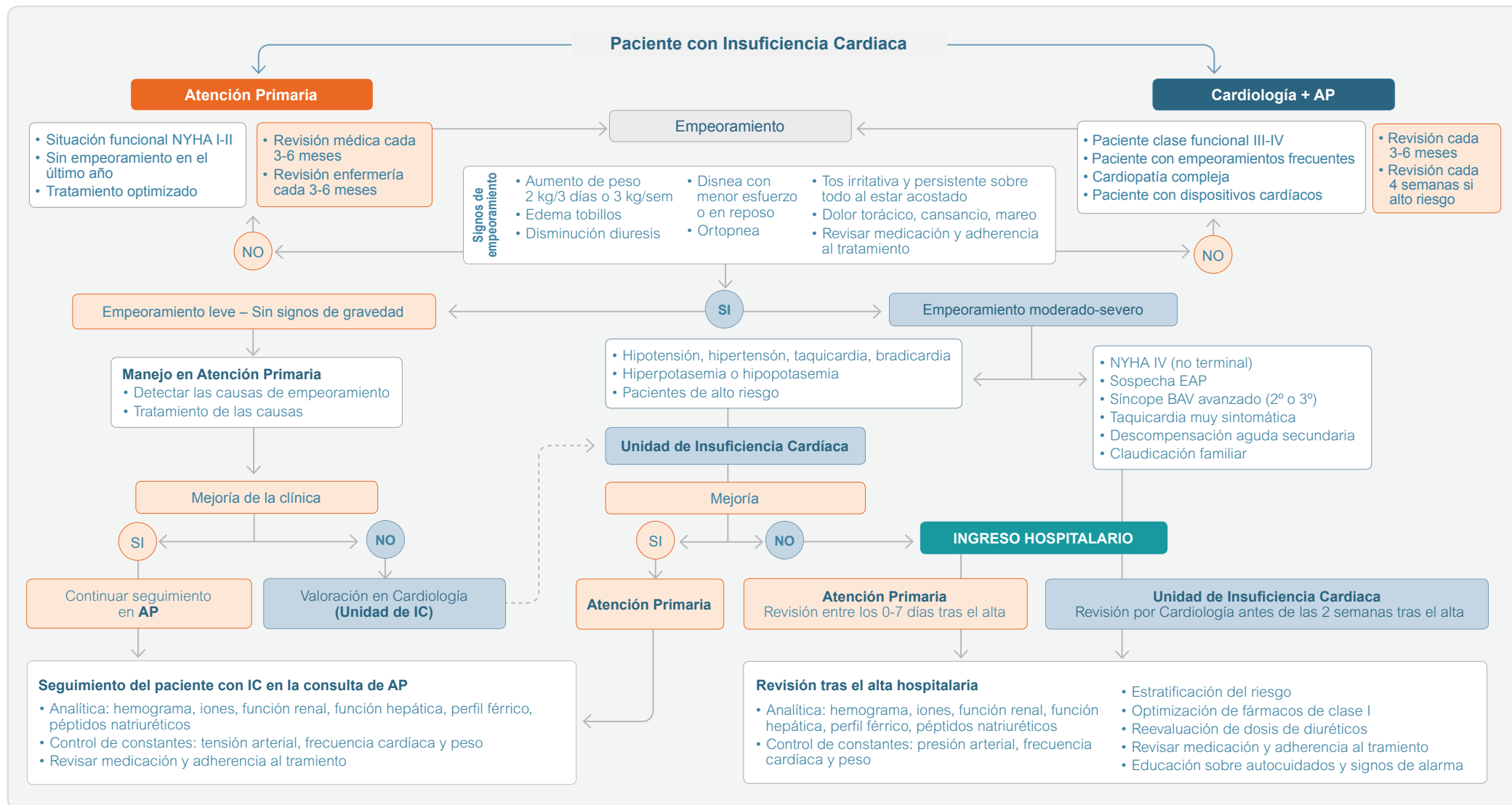
Iniciar precozmente en AP **tras el diagnóstico de IC o tras el alta hospitalaria**, momentos claves para iniciar/continuar la titulación de fármacos, reforzar medidas no farmacológicas y evitar la rehospitalización.

Extraído y adaptado de: Castillo Moraga, MJ, Turégano-Yedro M, Pallarés-Carratalá V, et al. Posicionamiento SEMERGEN en el abordaje de la insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. Medicina de Familia. SEMERGEN 2022; 106-123. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.10.007>.

AP: atención primaria; HTA: hipertensión arterial; FA: fibrilación auricular; EAP: enfermedad arterial periférica; MMII: miembros inferiores. ARA II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; ARM: antagonistas de los receptores mineralocorticoides; ARNI: inhibidor del receptor de angiotensina/neprilisina; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IDPP4: inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ISGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2. ERC: Enfermedad renal crónica, IV: intravenoso, ISRS: inhibidores de la recaptación de serotonina.

Atención multidisciplinaria

Estrategia de abordaje conjunto de la IC entre AP y Cardiología



Extraído y adaptado de: Castillo Moraga, MJ, Turégano-Yedro M, Pallarés-Carratalá V, et al. Posicionamiento SEMERGEN en el abordaje de la insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. Medicina de Familia. SEMERGEN 2022; 106-123. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.10.007>.



Existe cada vez más evidencia de la necesidad de trabajar de forma conjunta entre AP y cardiología: así lo reflejan las GPC y la propia experiencia de la práctica asistencial en AP



El desarrollo de estos programas se deberá adaptar a las posibilidades reales de cada área sanitaria

Decálogo de puntos clave en el manejo de la IC en atención primaria

01

Prevención

Control de FRCV



Dieta saludable

02

Diagnóstico precoz



03

Detección de pacientes "falsamente" estables

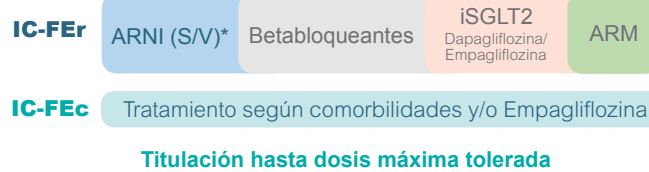
Preguntas activas



- Empeoramiento de clase funcional
- Signos/síntomas de congestión
- Necesidad/aumento de diuréticos
- Ingresos por IC
- Valores de péptidos natriuréticos

04

Tratamiento óptimo individualizado



*IECA: actualmente limitados como alternativa a S/V (intolerancia o contraindicación).

05

Uso adecuado de diuréticos

Dosis mínima eficaz hasta alcanzar **euvolemia**



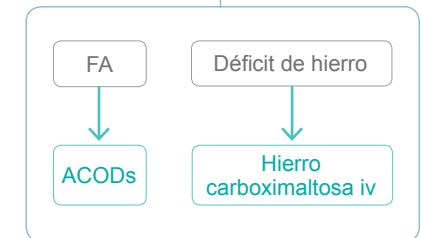
06

Educación del paciente y/o cuidador



07

Manejo óptimo de comorbilidades



08

Seguimiento mixto presencial-telefónico



09

Trabajo en equipo multidisciplinar



10

Atención al final de la vida

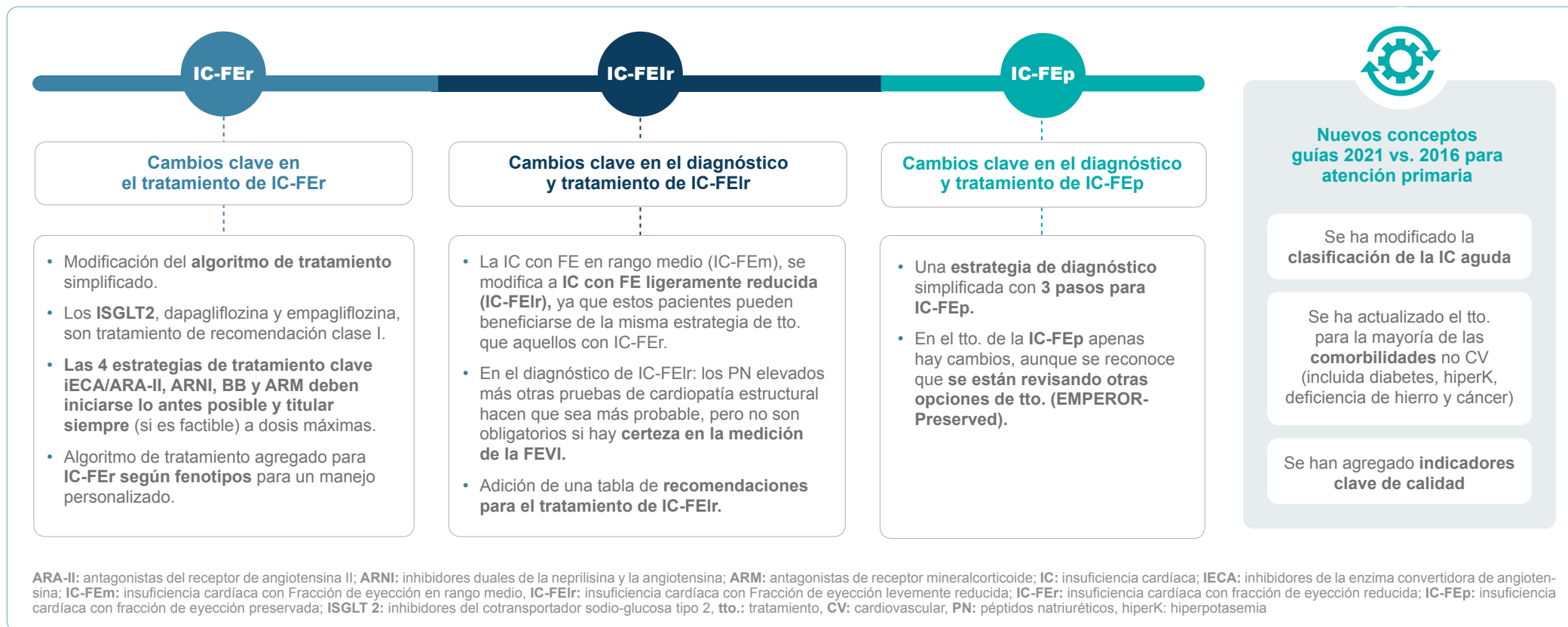
- Planificación anticipada de decisiones
- Control de síntomas
- Valorar necesidad de vía subcutánea
- Cuidados al cuidador



Adaptado de: Castillo Moraga, MJ, Turégano-Yedro M, Pallarés-Carratalá V, et al. Posicionamiento SEMERGEN en el abordaje de la insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. Medicina de Familia. SEMERGEN 2022; 106-123. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.10.007>.

S/V: sacubitrilo valsartán; IC: Insuficiencia cardíaca; FRCV: Factores de riesgo cardiovascular; ECG: Electrocardiograma; IC-FER: Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida; IC-FEC: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada; ARNI: Inhibidor dual de neprilisina y angiotensina II; IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; AR-A-II: Antagonistas del receptor de angiotensina II; ARM: Antagonistas de receptores mineralcorticoides; iSGLT-2: Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; FA: Fibrilación auricular; ACODs: Anticoagulantes orales de acción directa; iv: Intravenoso.

Cambios clave y nuevos conceptos para AP de las guías 2021 de IC de la ESC



Reflexiones desde la Atención Primaria



El papel del médico de familia debe consistir en ejercer como **eje vertebrador** de todo el proceso de la IC centrado en el paciente, e integrarse en un **equipo multidisciplinar** que incluya cardiólogos, internistas, enfermería, trabajadores sociales y fisioterapeutas entre otros profesionales de la salud



El punto de partida debe ser el **trabajo conjunto entre AP y cardiología o medicina interna localmente en cada área/departamento de salud** a través de la creación de **unidades específicas**, sustentadas en la **comunicación** entre los profesionales implicados y en **protocolos de actuación consensuados y adaptados a la realidad de cada área**

Abordaje de la insuficiencia cardíaca en atención primaria en 2022

REFERENCIAS

- Anker SD, Butler J, Filippatos G, Ferreira JP, Bocchi E, Böhm M, et al. EMPEROR-preserved trial investigators empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. *N Engl J Med.* 2021;385:1451-61.
- Barrios V, Escobar C, Ortíz C, Cosín J, Pascual DA, García-Moll X, et al. Manejo de los pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en la consulta de cardiología: Estudio IC-BERG. *Rev Clin Esp.* 2020;220:339-49.
- Castillo Moraga, MJ, Turégano-Yedro M, Pallarés-Carratalá V, et al. Posicionamiento SEMERGEN en el abordaje de la insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN* 2022; 106-123. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.10.007>.
- Heidenreich P, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *J Am Coll Cardiol.* null2022, 0 (0).<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.12.012>.
- Kelder JC, Cramer MJ, Verweij WM, Grobbee DE, Hoes AW. Clinical utility of three B-type natriuretic peptide assays for the initial diagnostic assessment of new slow-onset heart failure. *J Card Fail.* 2011;17:729--34.22
- Seferovic PM, Vardas P, Jankowska EA, Maggioni AP, Timmis AM, Milinkovic I, et al. The heart failure association atlas: Heart failure epidemiology and management statistics 2019. *Eur J Heart Fail.* 2021;23:906--14.11.
- Wagner JUG, Dimmeler S. Cellular cross-talks in the diseased and aging heart. *J Mol Cell Cardiol.* 2020;138:136-46.