



<https://www.revclinesp.es>

964 - REVISIÓN ESTADO INSUFICIENCIA CARDÍACA

R. Freire Fernández¹, R.C. Gómez Fernández¹, A. López Pérez¹ y A. González Quintela²

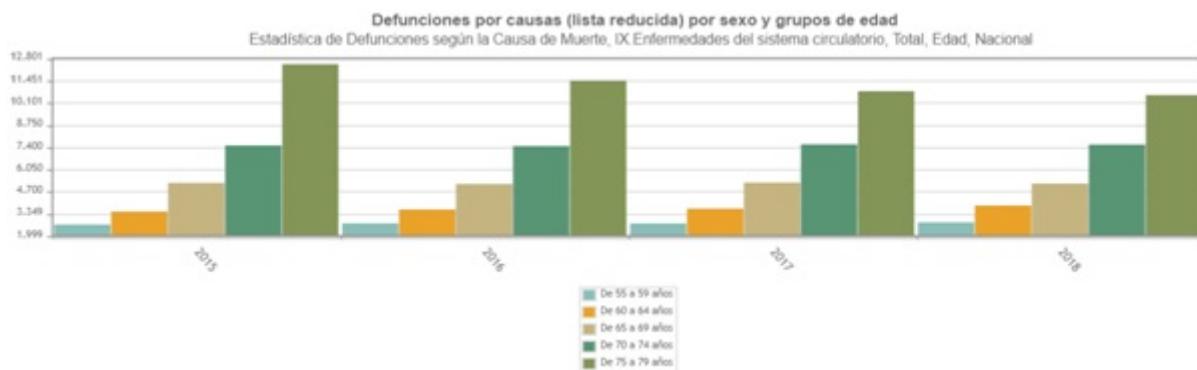
¹Complexo Hospitalario Universitario de Ourense. Ourense. ²Universidad Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.

Resumen

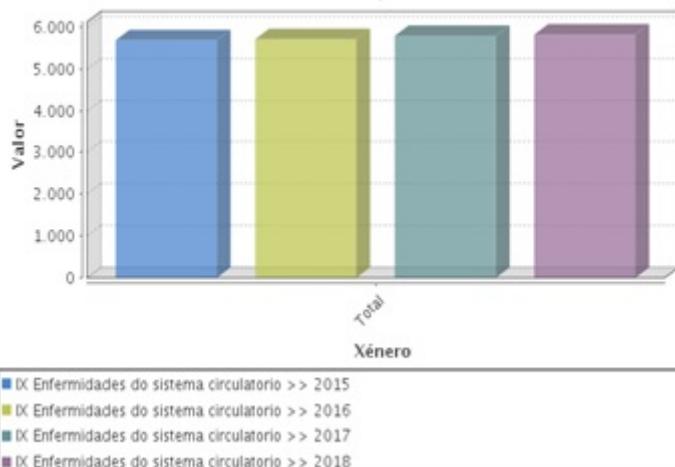
Objetivos: Evaluar la prevalencia de la insuficiencia cardíaca. Clasificar las diferentes alternativas diagnósticas y terapéuticas según la metodología PRISMA y el sistema GRADE.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática siguiendo los estándares PRISMA, centrando la búsqueda en diferentes artículos que hacen referencia a la insuficiencia cardíaca, seleccionando metaanálisis y revisiones sistemáticas, además de estudios clínicos de alta calidad por efecto bola de nieve.

Resultados: A través del INE y del Instituto Gallego de Estadística, se puede constatar que la insuficiencia cardíaca es considerada uno de los grandes problemas sociosanitarios actualmente en España, a pesar de que la tasa de mortalidad ha ido disminuyendo en los últimos años sigue siendo la segunda causa de muerte después del cáncer. Tiene una prevalencia entre el 4,7 y el 6,8%. Un diagnóstico precoz y tratamiento individualizado ayudan a frenar dicha mortalidad. En Galicia, también ha ido aumentando la mortalidad de la insuficiencia cardíaca. Para conocer el estado del arte, se seleccionaron un total de 25 artículos, de 12081 artículos identificados inicialmente sobre insuficiencia cardíaca con fecha de publicación entre 2016 y 2019. En ellos se indaga acerca de la prevalencia e importancia de la IC en la actualidad, así como del abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente con IC según las guías de práctica clínica.



Defuncións segundo a súa causa por sexo e grupos de idade [Unidades: Número]



Clasificación ACC/AHA

A

Asintomática, con alto riesgo de desarrollar FC, sin anomalía estructural o funcional identificada.

B

Asintomática con enfermedad estructural claramente relacionada con FC.

C

FC sintomática asociada a enfermedad estructural subyacente.

D

FC con enfermedad estructural avanzada, sintomática en reposo a pesar de tratamiento médico máximo.

Clasificación de la NYHA

para la insuficiencia cardíaca

Clase	Síntomas
I	Enfermedad cardíaca, pero sin síntomas ni limitación de actividad física normal
II	Limitación leve de actividad física. La actividad física normal resulta en fatiga, palpitaciones o disnea
III	Limitación marcada de actividad física, incluso la actividad física menor que la ordinaria le provoca fatiga, palpitaciones o disnea. Cómodos solo en reposo
IV	Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin incomodidad. Presentan síntomas como palpitaciones, disnea y fatiga en reposo

How to implement GDMT...	How to address challenges with...	How to manage...
Issue 1. Initiate, Add, or Switch Treatment algorithm for GDMT including novel therapies (Tables 2 and 3)	Issue 3. Refer Triggers for referral to HF specialist (Table 8)	Issue 8. Increasing Complexity Twelve pathophysiological targets in HF-ICF and treatments (Table 14) Issue 9. Comorbidities Common cardiovascular and noncardiovascular comorbidities with suggested actions (Table 15)
Issue 2. Titration Target doses, indications, contraindications, and other considerations of select GDMT for HFrEF (Tables 1, 2, 3, 4, 5) Considerations for monitoring	Issue 4. Care Coordination Essential skills for an HF team (Table 7) Infrastructure for team-based HF care (Table 9)	Issue 10. Palliative/Hospice Care Seven principles and actions to consider regarding palliative care
Issue 5. Adherence Causes of nonadherence (Table 9) Considerations to improve adherence (Table 11)	Issue 6. Specific Patient Cohorts Evidence-based recommendations and assessment of risk for special cohorts: African Americans, older adults, and the frail (Table 11)	
Issue 7. Medication Cost and Access Strategies to reduce patients' cost of care (Table 12) Helpful information for completion of prior authorization forms (Table 13 and Supplemental Appendix 2)		

GDMT = guideline-directed medical therapy; HF = heart failure; HF-ICF = heart failure with reduced ejection fraction.

1. GDMT como mejor medida para paliar la IC. Los beneficios de la GDMT deben ser priorizados por encima del resto de medidas.

1^a linea: ARNI + BB + ARM + iSGLT2

2. Las dosis objetivo se asocian con los mejores resultados.
Optimizar incluso cuando el paciente parezca estable o haya mejoría de síntomas.
3. Iniciar GDMT lo antes posible, ya que retrasar su inicio es lo mismo que no iniciarlo nunca.

Discusión: Es prioritaria una atención multidisciplinaria del paciente con IC, que implica servicios de cardiología, medicina interna, atención primaria, urgencias, geriatría, todos ellos trabajando en conjunto con enfermería con el objetivo de implementar estrategias para fomentar la adherencia, adaptadas a cada paciente y a los recursos disponibles, así como individualizar la frecuencia de las visitas de seguimiento de los pacientes con IC según el tipo, gravedad y momento evolutivo de la enfermedad. El ECDP (Consenso de expertos) de 2017 expone una serie de tratamientos como son los ARNI, los SGLT2 o la terapia percutánea para la regurgitación mitral. A partir de esto, se reconsidera en 2021 una actualización de las medidas recomendadas. De ahí surge lo que llamamos GDMT (guía de terapia médica dirigida), que representa la terapia médica óptima dirigida por guías de práctica clínica. Esta nueva actualización se va a centrar en el manejo terapéutico del paciente con IC con FE reducida. El manejo de la IC evoluciona, como consecuencia de la pandemia del COVID-19, hacia la medicina telemática y la implementación de tratamientos novedosos de primera línea, como es el caso de los ARNI o los inhibidores de SGLT2. Por ello el abordaje tanto diagnóstico como terapéutico de la IC evoluciona hacia la optimización e individualización de estos pacientes, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, así como reducir el número de hospitalizaciones y fallecimientos provocados por la IC.

Conclusiones: Esta revisión constata que la IC ha ido aumentando su prevalencia en las últimas décadas, especialmente en pacientes de edad avanzada. Por ello, el futuro del manejo del paciente con IC radica en la atención multidisciplinaria y la individualización de los pacientes, con el objetivo de disminuir el número de hospitalizaciones y la morbilidad.