



## Consejo experto sobre...

# Control de la insuficiencia cardiaca crónica en atención primaria

### José María Verdú-Rotellar

CAP Sant Martí de Provençals  
(Barcelona). Universidad  
Autónoma de Barcelona

El control de los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) en atención primaria comienza con la **prevención de los factores de riesgo** relacionados con la aparición de la enfermedad (prevención y tratamiento de la hipertensión, diabetes, hiperlipemia, hábito tabáquico, ingesta excesiva de alcohol, sedentarismo...).

- ▶ Para el control de la enfermedad es imprescindible realizar **un diagnóstico adecuado** de la IC; más de la mitad de los diagnósticos registrados en atención primaria pueden no ser correctos, lo que conlleva tratamientos, pruebas diagnósticas y seguimientos innecesarios.
- ▶ Ante la sospecha de una IC deberemos realizar: una **anamnesis, exploración y un electrocardiograma**. Valoraremos: antecedentes personales de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, exposición a fármacos cardiotoxicos o radiación, uso de diuréticos de asa, existencia de ortopnea o disnea paroxística nocturna, presencia de estertores, edema bilateral de tobillo, soplos

cardiacos, ingurgitación yugular, latido apical desplazado y presencia de alguna anomalía electrocardiográfica. Si está presente cualquiera de los factores mencionados, continuaremos con el proceso diagnóstico; en caso contrario consideraremos otras patologías. **La determinación de péptidos natriuréticos es útil** en el proceso diagnóstico: **cifras de NT proBNP <125 pg/mL o de BNP <35 pg/mL hacen muy improbable un diagnóstico de IC** y nos orientarán también hacia el diagnóstico diferencial.

- ▶ Si tras la anamnesis, la exploración y la determinación de péptidos (cuando éstos estén disponibles en atención primaria) seguimos sospechando una IC, deberemos confirmar el diagnóstico con la demostración de cardiopatía estructural mediante un **ecocardiograma Doppler**. Una vez confirmado el diagnóstico, es fundamental para un correcto manejo de la IC clasificarla correctamente:

## Lecturas recomendadas

### Pronóstico de los pacientes con IC

Farré N, Vela E, Clèries M, Bustins M, Cainzos-Achirica M, Enjuanes C, et al. Realworld heart failure epidemiology and outcome: A population-based analysis of 88,195 patients. PLoS ONE. 2017; 12(2): e0172745.

Estudio de base poblacional que incluye más de 88.000 pacientes con diagnóstico de IC en Cataluña y examina el pronóstico tras un año de seguimiento.

Conclusión: Los pacientes con una hospitalización previa reciente (<1 año) presentan peor pronóstico. Dado el alto porcentaje de pacientes hospitalizados por causas diferentes a su IC, deberemos prestar también especial atención a la comorbilidad de los pacientes.

### Validación del diagnóstico de IC

Verdú-Rotellar JM, Frigola-Capell E, Álvarez-Pérez R, Da Silva D, Enjuanes C, Domingo M, et al. Validation of heart failure diagnosis registered in primary care records in two primary care centres in Barcelona (Spain) and factors related. A cross-sectional study. Eur J Gen Pract. 2017; 23(1):107-113.

Conclusión: Más de una tercera parte de los diagnósticos de IC registrados en la historia de atención primaria podrían no ser correctos, por lo que se hace necesaria una revisión periódica de éstos, priorizando la revisión en aquellos que no tengan ningún factor relacionado con mayor probabilidad de diagnóstico confirmado (seguimiento por cardiólogo, antecedentes de cardiopatía isquémica o fibrilación auricular y uso de diuréticos de asa).

### Comorbilidad del paciente ambulatorio

Van Deursen VM, Urso R, Laroche C, Damman K, Dahlstrom U, Tavazzi L, et al. Co-morbidities in patients with heart failure: an analysis of the European Heart Failure Pilot Survey. Eur J Heart Fail. 2014; 16(1): 103-111.

Se evalúa la prevalencia, los determinantes, la variación regional y las implicaciones pronósticas de las comorbilidades en pacientes con IC crónica en Europa. Se incluyeron 3.226 pacientes ambulatorios europeos con IC crónica.

Conclusión: En esta encuesta piloto las comorbilidades son frecuentes en pacientes con IC crónica y están relacionadas con la gravedad de la enfermedad. La presencia de diabetes, ERC y anemia se relacionó independientemente con el aumento de la mortalidad y la hospitalización por IC.

## Clasificación

### ► Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FER)

Debe reunir las siguientes características: presencia de signos o síntomas compatibles y **fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEV<sub>i</sub>) <40%**.

### ► Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección de rango medio (IC-FEm)

Debe reunir las siguientes características: presencia de signos o síntomas compatibles, **FEV<sub>i</sub> entre el 40 y el 49%**, péptidos natriuréticos elevados y algún signo ecocardiográfico compatible (hipertrofia de ventrículo izquierdo, o dilatación de aurícula izquierda, o disfunción diastólica).

### ► Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada (IC-FEc)

Debe reunir las siguientes características: presencia de signos o síntomas compatibles, **FEV<sub>i</sub> >49%**, péptidos natriuréticos elevados y algún signo ecocardiográfico compatible (hipertrofia de ventrículo izquierdo, o dilatación de aurícula izquierda, o disfunción diastólica).

## Seguimiento estructurado en atención primaria

- El proceso de seguimiento estructurado desde atención primaria (AP) debe permitir la detección precoz de la descompensación y la optimización terapéutica del paciente, y debe fundamentarse en una vía clínica específica.
- El seguimiento debería estar centrado en **profesionales de enfermería** con especial formación en IC comunitaria (gestoras de casos), trabajando conjuntamente con el equipo referente del paciente en AP (cardiólogo general, enfermería y médico de familia, y con los servicios hospitalarios correspondientes).
- Este seguimiento ha de ser especialmente intensivo en aquellos pacientes con alta hospitalaria reciente por descompensación, siendo deseable una visita por parte de su equipo de atención primaria lo más precoz posible (dentro de la **semana postalta**), con la máxima coordinación y comunicación con el ámbito hospitalario. Posteriormente, **hasta la total estabilización** del paciente, serían recomendables controles semanales. En los pacientes estables se recomiendan controles al menos cada 2 meses.
- Los objetivos fundamentales del seguimiento estructurado en AP serían:
  - Reducir el reingreso (tasa y días de estancia).

- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.
  - Mejorar en la medida de lo posible la mortalidad.
  - Incrementar el nivel de autocuidado de los pacientes.
  - Asegurar el cumplimiento y adecuación del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Detectar incumplimientos y efectos secundarios.
- Los contenidos fundamentales del seguimiento estructurado para conseguir estos objetivos serían:

## Consejos generales

- Explicar qué es la IC y sus síntomas.
- Causas de IC.
- Control periódico de los factores de riesgo cardiovascular y comorbilidad del paciente.
- Promover que el paciente se pese diariamente. Importancia del concepto de «peso seco» (peso control del paciente cuando está asintomático sin edemas, ni signos o síntomas de descompensación).
- Medidas no farmacológicas: evitar la ingesta de sal excesiva (<6 g/día), y restricción hídrica (<2 L/día) sobre todo en estadios avanzados y en periodos de descompensación.
- Evitar tóxicos (tabaco, alcohol).
- Ejercicio regular.
- Vacunación contra la gripe y el neumococo.
- Evitar, siempre que sea posible, los fármacos potencialmente descompensadores (AINE, corticoides, comprimidos efervescentes, antidepresivos tricíclicos, glitazonas...).
- Al paciente se le proporcionará material educativo y libreta de monitorización de dieta, líquidos y peso.

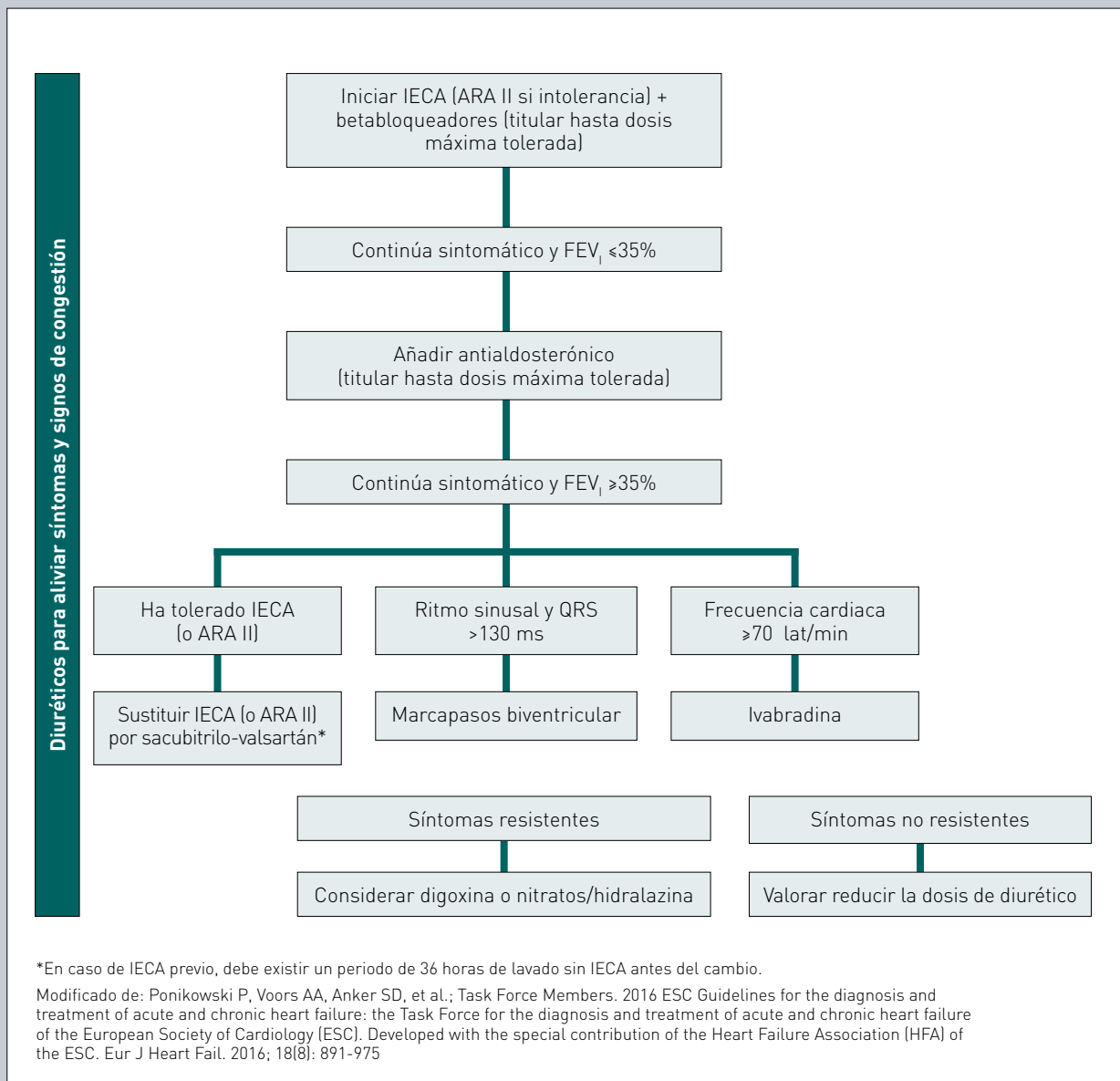
## Fomento del autocuidado: reconocer los signos de alarma (descompensación)

- Aumento de peso >2 kg en 2-3 días o >1 kg de un día para otro.
- Ahogo al acostarse en la cama, necesidad de dormir sentado (ortopnea).
- Necesidad de levantarse bruscamente de la cama por ahogo (DPN).
- Aumento del perímetro abdominal (le cuesta abrocharse el cinturón o no le entra la falda o el pantalón, se le hincha el vientre).
- Inflamación de tobillos o piernas (edemas), aumento de éstos.
- Tos seca, especialmente al dormir.

## En portada

Primaria y unidades especializadas, aliados frente a la insuficiencia cardiaca

Figura 1. Tratamiento farmacológico del paciente sintomático con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección reducida



- ▶ Más ahogo y cansancio de lo normal (fatigabilidad).
- ▶ Pérdida de conciencia o mareo (síncope o presíncope, hipotensión ortostática), empeoramiento de la angina.
- ▶ **Informar al paciente de que ante cualquier signo de alarma se ponga en contacto con su equipo de AP.** En los pacientes en los que se haya acordado con el médico, se podrá establecer una **pauta flexible de diuréticos** en caso de aumento de peso patológico (doblar la dosis habitual de diurético hasta volver a su peso seco).

### Identificación de desencadenantes de la descompensación

- ▶ Ante una descompensación se intentará identificar su causa y corregirla. Se aumentará el tratamiento diurético (con realización de analítica con función renal, Na y K) y se intensificará la periodicidad de las visitas hasta la estabilización del paciente.
- ▶ Las causas más frecuentes de descompensación son:
  - Incumplimiento del tratamiento farmacológico.

**Tabla 1. Tratamiento del paciente con fracción de eyección conservada**

Bases fisiopatológicas	Tratamiento
• Aliviar la sobrecarga de volumen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diuréticos</li> <li>• Nitritos</li> <li>• Restricción de sodio y fluidos (&lt;2 g/día)</li> <li>• IECA, ARA II</li> </ul>
• Disminuir la frecuencia y prolongar el tiempo de llenado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloqueo betaadrenérgico</li> <li>• Bloqueadores de los canales del calcio (verapamilo o diltiazem)</li> <li>• Evitar los fármacos taquicardizantes</li> </ul>
• Restaurar la contracción auricular (fibrilación auricular)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloqueo betaadrenérgico</li> <li>• Bloqueadores de los canales del calcio (verapamilo o diltiazem)</li> <li>• Marcapasos auricular secuencial</li> <li>• Cardioversión</li> </ul>
• Mejora de la función diastólica (distensibilidad, relajación, regresión HVI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloqueo betaadrenérgico</li> <li>• Bloqueadores de los canales del calcio (verapamilo o diltiazem)</li> <li>• IECA</li> <li>• ARA II</li> </ul>
• Control de la hipertensión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar fármacos adicionales según se precisen</li> <li>• Evitar los taquicardizantes</li> </ul>
• Tratamiento de la isquemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento médico</li> <li>• Revascularización</li> </ul>

- Ingesta excesiva de sal y líquidos.
- Infecciones concomitantes (fundamentalmente respiratorias).
- Toma de fármacos no recomendados (antiinflamatorios, corticoides, comprimidos efervescentes).
- Abandono del autocuidado, no reconocer precozmente la descompensación.
- Anemia.
- Descompensación de arritmias.

### Valoración psicosocial

- ▶ Es necesario identificar los factores de riesgo psicosocial. Son factores de alto riesgo: ausencia de cuidador competente, posible deterioro cognitivo (Pfeiffer >4) y dependencia para actividades básicas e instrumentales (Barthel <90 y/o Lawton >8).
- ▶ Ante la identificación de factores de alto riesgo, nos pondremos en contacto con el **trabajador social** para planificar las intervenciones pertinentes.

## Tratamiento farmacológico

- ▶ Sólo existen evidencias científicas en cuanto a la disminución de la morbimortalidad en IC con fracción de eyección reducida (figura 1).
- ▶ Actualmente no existen evidencias científicas en cuanto a la disminución de la mortalidad en el tratamiento de la IC con fracción de eyección de rango medio y conservada, por lo que el tratamiento se realizará en función de la clínica existente (tabla 1).
- ▶ En las vistas de control se asegurará el cumplimiento y optimización del tratamiento farmacológico del paciente según las recomendaciones de las guías actualizadas, se

valorarán los efectos secundarios y se realizará una analítica (filtrado glomerular, Na, K), siempre que haya cambios de tratamiento que pudieran afectar a estos parámetros.

- ▶ Teniendo en cuenta que en los últimos años han aumentado los ingresos de causa no cardiovascular en los pacientes con IC, se prestará especial atención al control y tratamiento de las comorbilidades asociadas (tabla 2). Las comorbilidades pueden interferir en el proceso diagnóstico, agravar los síntomas y aumentar la morbimortalidad, y los fármacos utilizados en el tratamiento de las comorbilidades pueden empeorar la IC o interactuar con el tratamiento de ésta.

Tabla 2. Tratamiento de las principales comorbilidades en IC

Comorbilidad	Tratamiento*	Evitar
<b>Angina estable sintomática</b>	<b>Primer escalón:</b> betabloqueadores <b>Segundo escalón:</b> añadir ivabradina, si dosis máxima de betabloqueadores o no se toleran éstos (siempre que ritmo sinusal y FC $\geq 70$ lat/min) <b>Tercer escalón:</b> puede considerarse el uso de nitritos, trimetazidina, amlodipino o ranolazina <b>Cuarto escalón:</b> revascularización	Evitar asociar betabloqueadores a calcioantagonistas inotrópicos negativos (diltiazem o verapamilo)
<b>Diabetes mellitus</b>	La metformina es el tratamiento de primera elección y ha demostrado su seguridad tanto en pacientes con ICFER como con ICFEP, salvo IRC grado 4/5 o enfermedad hepática grave Las sulfonilureas también podrían estar asociadas a empeoramiento de la IC y no es conveniente su uso concomitante a los betabloqueadores porque pueden enmascararse las hipoglucemias Entre las gliptinas, la sitagliptina ha mostrado efecto neutro en cuanto a morbimortalidad en pacientes con IC Si se inicia terapia con insulina, tener en cuenta la posible retención de sodio y potasio y la posible necesidad de aumentar el tratamiento diurético La empagliflozina ha demostrado disminución de las hospitalizaciones y muerte en paciente de alto riesgo cardiovascular, incluidos los pacientes con IC	Las glitazonas están contraindicadas al causar retención de agua y sodio, pueden empeorar la IC y aumentar las hospitalizaciones Evitar saxagliptina por posible aumento de las hospitalizaciones por IC en diabéticos
<b>Hiperlipidemia</b>	No existen evidencias que justifiquen el tratamiento farmacológico si éste no está indicado por otra patología (p. ej., cardiopatía isquémica)	
<b>Hipertensión arterial</b>	Si no se controla la HTA (>140/90) con los tratamientos habituales para la IC, pueden añadirse al tratamiento: tiazidas, amlodipino, felodipino, hidralazina.	No utilizar calcioantagonistas inotrópicos negativos (diltiazem o verapamilo en IC con fracción de eyección reducida) Evitar el uso de alfabloqueadores (doxazosina)
<b>Depresión</b>	Pueden utilizarse los inhibidores de la recaptación de la serotonina	Evitar antidepresivos tricíclicos
<b>Deficiencia de hierro/anemia</b>	Descartar otras etiologías (p. ej., gastrointestinal) Hierro i.v. (si ferritina <100 $\mu\text{g/mL}$ o entre 100-299 $\text{mcg/mL}$ y saturación de transferrina <20%)	

\*Salvo contraindicación o interacciones