



Introducción

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es una patología muy frecuente que afecta a 10 millones de personas en Europa¹. Los datos epidemiológicos de la IC en España son escasos, pero comparables a los existentes en Europa y resto de países occidentales. La prevalencia de IC es elevada, estimada en un 0.2-0.4% de la población general, incrementándose progresivamente con la edad hasta alcanzar prevalencias de 1%, 10% y 17.4% en población mayor de 40, 70 y 85 años, respectivamente¹⁻⁴. Además, la prevalencia y las hospitalizaciones por IC han ido aumentando y se espera que sigan creciendo en los próximos años¹, ya que la incidencia de IC está estabilizada, pero está mejorando su supervivencia gracias a la disponibilidad de mejores tratamientos¹.

La IC constituye la fase terminal de numerosas enfermedades cardiovasculares y presenta una elevada mortalidad: 50% a los 5 años del diagnóstico¹. Respecto a morbilidad hospitalaria, constituye el primer motivo de hospitalización en mayores de 65 años, siendo responsable del 5% de todas las hospitalizaciones de nuestro país¹. En España se producen más de 80.000 ingresos al año por IC y la mitad de los pacientes hospitalizados reingresan antes de un año por descompensación¹. Igualmente, el consumo de recursos farmacológicos y no farmacológicos (resincronizadores, desfibriladores) en personas con IC, muestra un crecimiento exponencial, representando aproximadamente el 2% del gasto sanitario total de nuestro país^{1,5}.

Cerca de la mitad de las personas con síntomas de IC, presentan una función sistólica del ventrículo izquierdo (VI) normal o escasamente afectada⁶, por lo que el fallo cardíaco de estos pacientes es atribuido a una función diastólica anómala⁶. Clásicamente se consideraba que la IC con fracción de eyección VI preservada tenía un pronóstico ligeramente mejor que la IC sistólica, en términos de mortalidad: la mortalidad anual

de la primera oscila entre el 5-8%, mientras que la de la segunda es del 10-15%⁷. Sin embargo, otros autores sostienen que ambas formas de IC tienen la misma mortalidad⁸⁻⁹. En cualquier caso, la morbilidad y la frecuencia de hospitalizaciones es muy similar en ambos tipos de IC^{10,11}. La IC diastólica se asocia con la edad avanzada, sexo femenino (más prevalente en mujeres), hipertensión arterial (HTA) (y otras causas de hipertrofia VI), diabetes y con la isquemia miocárdica¹². A pesar de que la importancia de la disfunción diastólica es plenamente reconocida, su definición y sus criterios diagnósticos no son fácilmente demostrables en la práctica clínica habitual⁶. Por todo ello, suele preferirse el término de “IC con fracción de eyección preservada”. El punto de corte usado para considerar que la fracción de eyección del VI está normal o “escasamente afectada” ha oscilado entre el 40% y el 50% en diversos estudios^{6,10,13-15} y es definido como >45-50% en las últimas GPC europeas de IC¹⁶.

La muerte súbita (MS) constituye el evento final para cerca de la mitad de las personas con IC, mientras que la otra mitad fallece de forma no súbita, especialmente por fallo cardiaco refractario^{13-15,17-19}, si bien los porcentajes exactos de cada tipo de muerte varían según la clase funcional de la muestra considerada¹³⁻¹⁸. La gran frecuencia de muerte súbita entre pacientes con IC y la capacidad de los desfibriladores automáticos implantables de prevenirlas en ciertos casos, ha convertido a estos dispositivos en parte del arsenal terapéutico de la IC.

Entre los avances más prometedores destacan los producidos en el campo de la genética de la Miocardiopatía Dilatada (MD)²⁰, la mejor evaluación ecocardiográfica con los nuevos equipos de última generación, la caracterización tisular no invasiva con la resonancia magnética cardíaca y el avance en la evaluación clínico-pronóstica de la IC con el uso de biomarcadores. Entre estos últimos, los más difundidos son sin duda los péptidos natriuréticos (BNP, NT-proBNP) cuyo uso se ha generalizado. Sin embargo, evidencias recientes sugieren que su correlación con las alteraciones hemodinámicas de la IC, no es tan estrecha como se pensaba²⁰⁻²³. Se han identificado nuevos factores que alteran los niveles de BNP como son el índice de masa corporal (menores niveles con la obesidad)²², la hemoglobina (mayores niveles con anemia)²⁴ y la isquemia coronaria (mayores niveles en su presencia)²⁵, además de los factores de confusión ya conocidos (tipos de reactivo, factores demográficos y función renal). Aún así la ausencia de elevación significativa de los péptidos natriuréticos, dado su alto valor predictivo negativo, es útil en la práctica clínica²⁵, especialmente para despistaje de IC en Servicios de Urgencias y Atención Primaria¹⁶.

Además de los péptidos natriuréticos, nuevos biomarcadores se han usado recientemente como factores pronósticos en la IC, incluyendo las troponinas²⁶, la PCR ultrasensible²⁷, la eritropoyetina²⁸, la adiponectina²⁹ y la porción soluble del receptor de interleuquina (ST2)³⁰. No obstante, no está demostrado si estos biomarcadores son verdaderos factores pronósticos o simples epifenómenos. Asimismo se han producido avances terapéuticos, tanto farmacológicos (eplerenona, levosimendan, ivabradina) como no farmacológicos. Entre estos últimos destaca el uso de dispositivos como el desfibrilador automático implantable (DAI) y la estimulación biventricular (Terapia de Resincronización Cardíaca). El uso de dispositivos resincronizadores y/o desfibriladores ha demostrado mejorar la supervivencia de determinados subgrupos de personas con IC³¹⁻³². Finalmente, recientes publicaciones han señalado que los modelos de atención a pacientes con IC, centrados en la continuidad asistencial, la educación para el autocuidado y el seguimiento por enfermeras, se plantean como elecciones coste-

efectivas al disminuir los reingresos y mejorar la calidad de vida³³⁻³⁵.

A pesar de los avances previamente mencionados en el manejo de la IC, la situación actual de este problema de salud sigue siendo muy preocupante, pese a que se dispone hoy día de un abanico terapéutico bastante efectivo, como afirman Kullig et al³⁶ “parece como si los pacientes no se beneficiasen de estos medios”. Es también posible, como pone de relieve el estudio EuroHeart, que la escasa aplicación clínica de las recomendaciones sólidamente respaldadas por la evidencia actual³⁷ sea uno de los puntos críticos que iniciativas como la actual deba abordar.

En primer lugar, se necesita mejorar la estratificación pronóstica de la IC. En una patología tan prevalente como la IC, los recursos sanitarios deben ser racionalizados y distribuidos en función del riesgo de la persona con IC, por lo que dicho riesgo debe ser establecido con la mayor precisión posible. Debido al mal pronóstico de la IC avanzada, el personal sanitario que atiende a estas personas tiende a incorporar rápidamente a la práctica clínica cualquier nueva modalidad terapéutica, incluso antes de que estén totalmente definidos los subgrupos de pacientes que realmente se pueden beneficiar de la misma. Un ejemplo paradigmático de esta situación es el uso de dispositivos resincronizadores y desfibriladores en la IC. La utilidad de estos dispositivos en determinados pacientes con IC ha sido demostrada³¹⁻³², pero hay que mejorar notablemente la identificación de subgrupos de pacientes que responderán adecuadamente a este tipo de terapia³⁸. Por otro lado, falta mucho por conocer acerca del impacto real de la Terapia de Resincronización Cardíaca (TRC) en la IC. A pesar de todas estas limitaciones y del alto coste de los desfibriladores y resincronizadores, su uso ha experimentado un crecimiento exponencial en nuestro medio, observándose además una marcada variabilidad de la práctica clínica en su manejo, con tasas de implante por millón de habitantes muy dispares en las diferentes CCAA³⁹, e incluso de una provincia a otra dentro de nuestra propia Comunidad Autónoma. En resumen, hay que mejorar la selección de pacientes con IC en los que la implantación de los dispositivos desfibriladores y resincronizadores, sea realmente coste-efectiva. Otra modalidad terapéutica no farmacológica para la IC avanzada, la constituye el Trasplante Cardíaco. A diferencia de los dispositivos previamente mencionados, las indicaciones e impacto del Trasplante Cardíaco están plenamente establecidos. Sin embargo, sigue teniendo una morbi-mortalidad considerable; además el número limitado de donantes junto con la complejidad y alto coste de los programas de Trasplante Cardíaco³⁹, limitan el uso de esta terapia a un porcentaje muy minoritario de pacientes con IC avanzada³⁹. En cualquier caso, el Trasplante Cardíaco no será abordado en el actual documento, por ser objeto de un PAI propio.

Como se ha puesto de manifiesto, el tratamiento de la IC avanzada es complejo y supone un reto para el conjunto del Sistema Sanitario Público. Las personas con IC requieren ser atendidas en todos los ámbitos sanitarios en diferentes momentos de su evolución, con constantes modificaciones y reajustes terapéuticos. En este escenario, es necesario reorientar la atención hacia un modelo más integral que mejore la efectividad, garantizando al mismo tiempo la continuidad asistencial, la diversificación de los servicios y la orientación de éstos hacia la persona, centrándose en el diagnóstico precoz en los estadios iniciales de la enfermedad y la puesta en marcha de modelos asistenciales orientados a fomentar el autocuidado⁴⁰.

En esta actualización del Proceso Asistencial Integrado de IC de 2002 se ha tenido

muy presente el enfoque integral en la atención a la persona con IC, contándose para su elaboración con un grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales. Estos han definido las características de calidad propias de la atención a la persona con IC, incorporando elementos fundamentales de la calidad como: La persona (como centro de la asistencia), la evidencia científica (como herramienta para incorporar la información científico-técnica), la seguridad del paciente, el uso racional del medicamento y de los tratamientos no-farmacológicos, así como la integración de los cuidados enfermeros y los autocuidados. Entre otros documentos, como marco referencial se ha tenido al Plan Integral de Cardiopatías de Andalucía (PICA)³⁹ y sus actuaciones relacionadas con la atención a la persona con IC.

Estrategia de búsqueda.

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar las guías de práctica clínica (GPC) relacionadas con el diagnóstico y manejo de la insuficiencia cardiaca. Para ello se utilizaron las principales bases de datos referenciales: Medline, Embase, Alberta Medical Association Guidelines, Canadian Medical Association Infobase⁴, New Zealand Guidelines Group, National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Guíasalud, Fisterra y Athens.

Se desarrollaron estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICO (población, intervención, comparación y resultados) con términos tanto en formato libre como en lenguaje controlado (descriptores MeSH o Emtree, por ejemplo). La búsqueda se realizó utilizando una terminología sensible para evitar la pérdida de algún documento relevante, limitándose por tipo de estudio a guías de práctica clínica publicadas en los últimos cinco años y sin limitaciones por idioma. Se realizaron, además, búsquedas manuales de referencias cruzadas de las guías incluidas.

Se incluyeron aquellas guías de práctica clínica que estuvieran relacionadas con el diagnóstico y manejo de la insuficiencia cardiaca en poblaciones adultas de cualquier sexo. Fueron excluidos los estudios que no fueran guías de práctica clínica o que abordasen de forma específica la insuficiencia cardiaca aguda.

Una vez obtenida la lista de referencias, se procedió a la selección de las guías de práctica clínica que serían utilizadas para aportar evidencia científica de calidad. Los criterios empleados para la selección de las guías de trabajo incluidas en el presente trabajo fueron los siguientes:

- Tipo de estudio: Guías de práctica clínica.
- Tipo de participantes: Pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica.
- Tipo de Intervención: Diagnóstico y manejo de la insuficiencia cardiaca.

Como resultado de la búsqueda descrita, fueron obtenidas 169 guías de práctica clínica relacionadas con el diagnóstico y manejo de la insuficiencia cardiaca. De todas ellas, en base al título, las palabras clave y el resumen se excluyeron 148 por motivos relacionados con el abordaje específico de intervenciones especiales que no estuvieran recogidas en el PAI, que abordaran el manejo de la insuficiencia cardiaca de origen congénito (niños), la insuficiencia cardiaca aguda, o insuficiencia cardiaca específica de determinadas poblaciones (la asociada a trastornos del ritmo, apnea

del sueño, etc.). De las referencias restantes, 6 se encontraban duplicadas y 10 resultaron irrelevantes para el objeto de estudio de esta revisión debido principalmente a que se trataba de versiones anteriores de las guías ya incluidas, o de consensos o recopilatorios de guías de práctica clínica relacionadas con la insuficiencia cardíaca. Por tanto, se consideró la inclusión final en este trabajo de 5 guías de práctica clínica elaboradas por distintas instituciones: Guía European Society of Cardiology (ESC), Guía Fistera de Insuficiencia Cardíaca, Guía NICE (Chronic Heart Failure), Guía Heart Failure Society of America (HFSA) y Guía American Heart Association (AHA). No obstante, algunos de los documentos localizados y no seleccionados, se utilizaron como documentos de apoyo en el caso de la existencia de recomendaciones muy específicas y no contempladas en ninguna de las guías seleccionadas.

Para evaluar la calidad de los trabajos incluidos se utilizó la herramienta AGREE, una herramienta genérica diseñada principalmente para ayudar a la evaluación de la calidad metodológica de guías de práctica clínica, disponible en el siguiente enlace: <http://www.agreecollaboration.org/instrument/>. En general, excepto una guía, todas las guías resultaron altamente recomendables.

La estrategia de búsqueda y la evaluación de la calidad de los artículos incluidos en la elaboración del PAI Insuficiencia Cardíaca se encuentra disponible en la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); a ellos se puede acceder mediante el correo electrónico: aetsa.csalud@juntadeandalucia.es.