

La insuficiencia cardíaca en Atención Primaria: organización y ruta asistencial

Josep Franch Nadal

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Raval Sud, Barcelona

RESUMEN

La insuficiencia cardíaca (IC) es una patología crónica muy frecuente y potencialmente muy grave¹. En el manejo de pacientes con IC, el médico de Atención Primaria (AP) es un pilar fundamental, con un protagonismo especialmente importante en su prevención y en el diagnóstico precoz. Además, su papel es clave tanto en el adecuado tratamiento como en el seguimiento y control de los síntomas². Los objetivos del tratamiento de la IC son múltiples. Debe perseguirse mejorar el estado clínico del paciente, su capacidad funcional y su calidad de vida, y, además, prevenir las hospitalizaciones por descompensaciones agudas reduciendo la mortalidad.

Palabras clave: insuficiencia cardíaca, Atención Primaria, rutas asistenciales, guías de práctica clínica.

INTRODUCCIÓN

Las guías de práctica clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes³. Además, pretenden reducir la variabilidad y mejorar la práctica clínica en beneficio del paciente. Tradicionalmente las GPC recomendaban un abordaje secuencial de la insuficiencia cardíaca, pero actualmente se ha visto que una aproximación transversal de inicio es necesaria con el objetivo de tratar todos los sistemas neuro-hormonales implicados en la etiopatogenia de la IC y así abordar la enfermedad desde distintos ángulos, hecho que mejorará su pronóstico⁴.

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y especialidades es fundamental. En esta coordinación la AP juega un papel crucial.

PRIMEROS PASOS: LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE IC

En la mayoría de los casos será el profesional de AP quien deberá interpretar los primeros síntomas y signos de la enfermedad y sospechar la presencia de una insuficiencia cardíaca. Este hecho desencadenará toda una cascada de actuaciones

(Figura 1) para valorar adecuadamente cada situación individual y así poder establecer la mejor pauta personalizada de tratamiento y seguimiento de la enfermedad⁵.

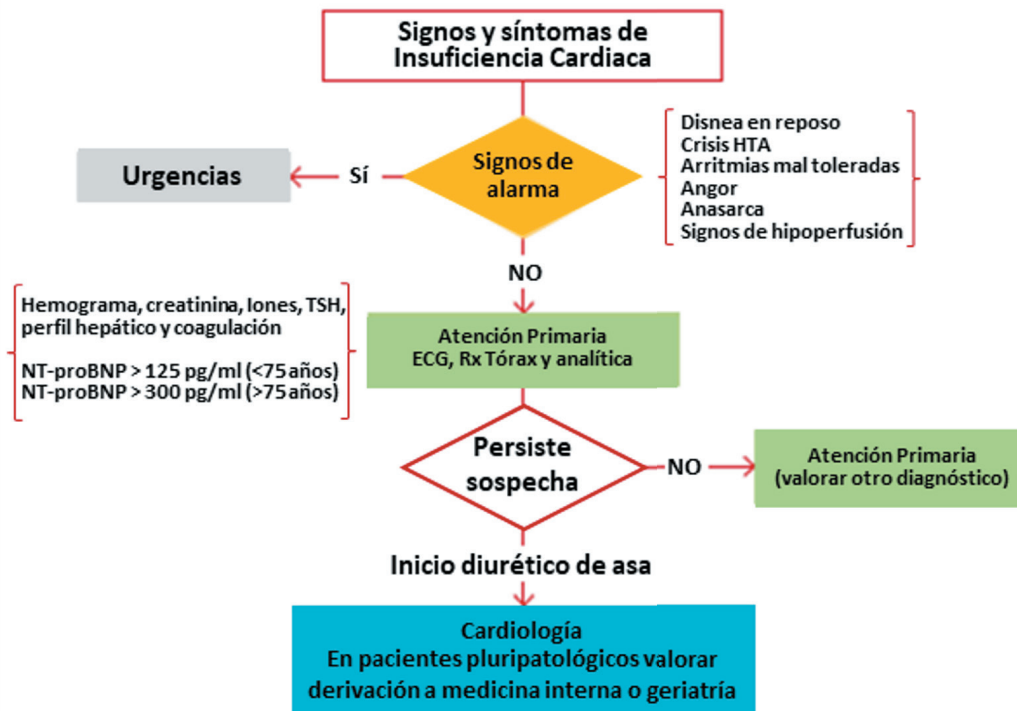
Se debe garantizar que en un plazo inferior a cuatro semanas el paciente pueda ser evaluado por un cardiólogo en aquellos pacientes referidos desde AP con sospecha de IC. Es recomendable la determinación previa de péptidos natriuréticos y el estudio ecocardiográfico desde la AP, siempre que sea posible.

¿CUÁNDO ES RECOMENDABLE UNA DERIVACIÓN A NIVEL HOSPITALARIO?

Aunque los criterios pueden variar en función de las características clínicas del paciente y las peculiaridades organizativas de los distintos sistemas sanitarios, se acepta que es necesario un ingreso hospitalario cuando se presenta⁶:

- Insuficiencia cardíaca de debut con disfunción sistólica no conocida.
- Edema agudo de pulmón.
- Arritmias graves asociadas.
- Congestión importante con imposibilidad de ser resuelta en < 24 horas.

Figura 1. Cómo actuar ante la sospecha de una insuficiencia cardíaca.



Fuente: ESC Guidelines⁵.

- Saturación oxígeno < 92 %, taquipnea > 24 rpm o frecuencia cardíaca > 100 lpm pese a tratamiento diurético administrado durante 12 horas en Urgencias.
- Comorbilidad grave asociada: infección, anemia, isquemia, embolismo, deterioro significativo de la función renal, etc.
- Imposibilidad de control ambulatorio precoz o falta de apoyo sociofamiliar

VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

Una vez conseguida la estabilidad clínica del paciente y, por tanto, se haya cursado el alta hospitalaria, el médico de familia debe valorarlo sin demora (no más tarde de una semana después del alta), a través de una visita presencial o telefónica.

Sus principales responsabilidades serán:

- Lectura del informe de alta hospitalaria para valorar el historial médico, complicaciones, posibles modificaciones del tratamiento y realización de control analítico para ajustar la medicación.

- Valoración clínica:
 - Presencia de signos y síntomas que orienten a descompensación precoz que obligue a ajustar la pauta diurética.
 - Constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación arterial de oxígeno, que informan de la estabilidad clínica y del efecto de los fármacos.
- Revisión de la medicación y efectos secundarios.
- Refuerzo de la educación sobre hábitos de vida saludable, fármacos prohibidos, signos de alarma y adherencia.
- Revisión de la analítica de cara a ajustar los diuréticos, ver el efecto de los cambios en la función renal e iones o controlar otros parámetros relevantes.
- En caso de detección de problemas, el médico de familia se pondrá en contacto con la especialidad hospitalaria preferiblemente mediante interconsulta no presencial.

Se propone un mínimo de una visita mensual durante los primeros tres meses del alta de hospitalización y posteriormente una valoración semestral durante un año más.

SEGUIMIENTO CRÓNICO DE LOS PACIENTES YA DIAGNOSTICADOS⁷⁻⁹

Para poder realizar este seguimiento periódico desde la Atención Primaria serán necesarios unos requisitos previos:

- Que exista una estabilidad clínica con síntomas de clase funcional I-II de la NYHA. Otros condicionantes, como la edad y las comorbilidades, pueden suponer una limitación funcional y hay que tenerlos en cuenta.
- Ausencia de ingresos por IC en el último año.
- Diagnóstico fiable y completo del tipo de IC.
- Tratamiento específico optimizado en función del perfil del paciente.
- Paciente no candidato a procedimientos complejos como implante de dispositivos o trasplante cardíaco.
- Iniciado el proceso educativo por parte de la enfermera especializada tanto al paciente como a su cuidador principal.

En general, las visitas por parte del médico de familia se realizarán cada seis meses, pudiendo adelantarse en función de las circunstancias específicas de cada paciente.

Las actividades a realizar son las siguientes:

- Valoración clínica (constantes/descompensación).
- Electrocardiograma.
- Analítica (cada 6-12 meses), que incluya hemograma, función renal e iones.
- Ferrocínica: al menos 1 vez al año o si existen cambios clínicos.
- Revisión de la medicación.
- Refuerzo de la educación sobre hábitos de vida saludable, fármacos prohibidos, signos de alarma y adherencia.
- No se recomienda solicitar NT-proBNP y ecocardiogramas en pacientes estables.

Estos pacientes también deben tener un **seguimiento crónico a nivel hospitalario** especialmente si son pacientes complejos con descompensaciones frecuentes y alta demanda o si tienen criterios de insuficiencia cardíaca avanzada:

- Clase funcional III-IV de la NYHA.
- Disfunción VI grave $< 30\%$ o del VD o disfunción diastólica avanzada.
- Péptidos natriuréticos muy elevados.
- > 1 episodio de descompensación de IC o arritmias ventriculares en el último año.

- Tensión arterial sistólica < 90 mmHg, especialmente sin intolerancia a fármacos.
- Necesidad de aumento progresivo de diuréticos para mantener euvolemia.
- Deterioro progresivo de función renal.
- Valvulopatía moderada/severa con opciones terapéuticas.
- Pacientes con prótesis valvulares.
- Cardiopatía isquémica sintomática o necesidad de revascularización percutánea o quirúrgica.
- Miocardiopatía significativa.
- Portadores de DAI y/o resincronizador implantado.
- Candidatos a trasplante.
- Hiponatremia.
- Caquexia cardíaca.
- Score *MAGGIC* supervivencia $\leq 80\%$ 1 año / Score *Seattle Heart Failure* $\leq 80\%$ 1 año.

Cuando se consigue la estabilidad clínica, la **asistencia telefónica** puede resultar muy útil a la hora de:

- Resolver dudas de los pacientes y familiares.
- Valorar nuevos problemas que pudieran surgir entre visitas.
- Titular la medicación.
- Ajustar el tratamiento diurético en caso de descompensaciones y planificar la visita presencial de insuficiencia cardíaca en caso de no haber respuesta favorable.
- Realizar visitas telefónicas programadas:
 - Para realizar refuerzo educativo y del autocuidado.
 - A los tres meses tras el alta con el objetivo de comprobar que el paciente sigue las recomendaciones de tratamiento y seguimiento acordadas.

Hemos resumido las principales funciones de la Atención Primaria en el manejo de la insuficiencia cardíaca en la Tabla 1.

LAS RUTAS ASISTENCIALES EN EL CASO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

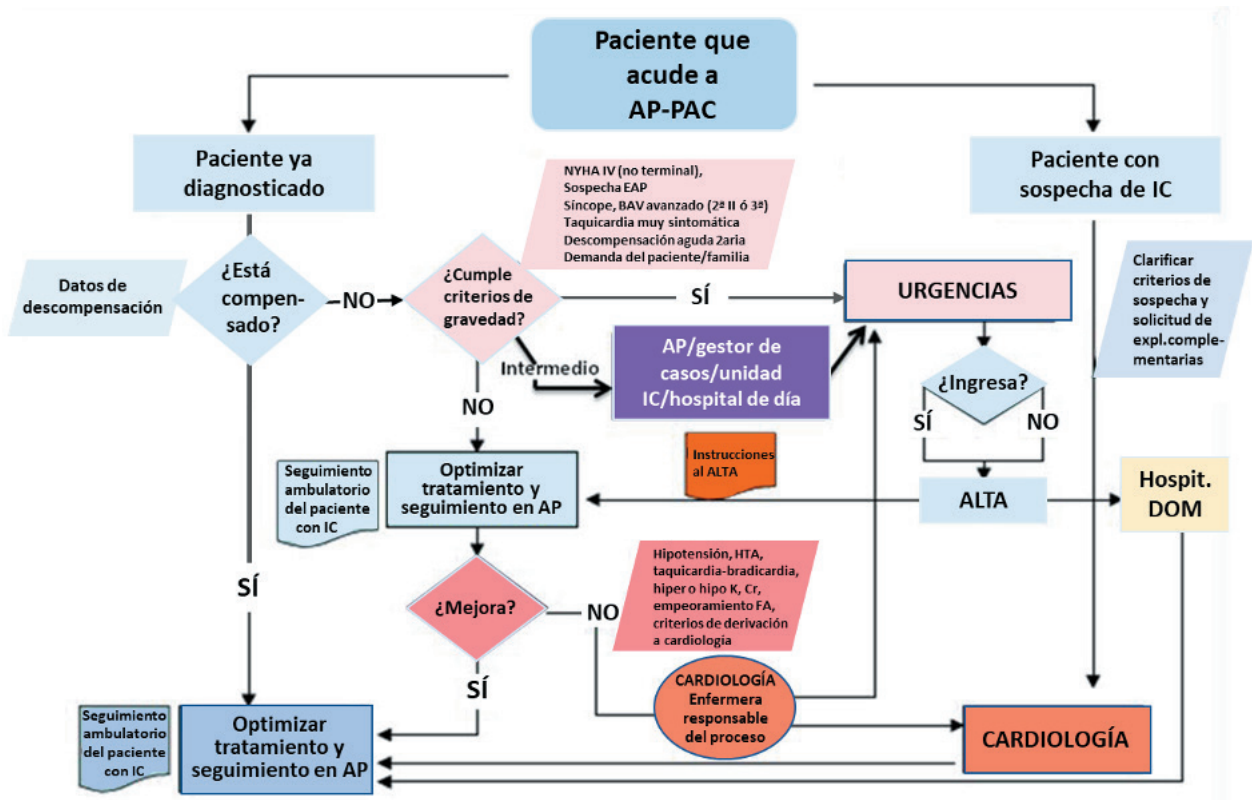
La *ruta asistencial* es un protocolo/documento de actuación ante cualquier proceso asistencial consensuado entre todos los profesionales que atienden al paciente, donde se especifica claramente qué, quién, cómo, cuándo y dónde se debe atender a un paciente en cada una de las diferentes fases del proceso de su enfermedad, con el objetivo de proporcionar la mejor atención en cada momento y por los profesionales más adecuados

Tabla 1. Principales funciones de la Atención Primaria en la prevención y tratamiento de la IC.

En la prevención de la IC	En el tratamiento de la IC	En la educación terapéutica de la IC
<ul style="list-style-type: none"> Control de factores de riesgo específicos (hipertensión, diabetes, obesidad...) Diagnóstico precoz de IC Empleo de fármacos que han demostrado beneficio sobre la reducción de IC (inhibidores SRAA, inhibidores SGLT-2) 	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento del paciente crónico no descompensado (educación estructurada, definición del plan terapéutico y optimización del mismo, elaboración de un plan de seguimiento) Empleo «transversal» de los fármacos para IC que han demostrado beneficio pronóstico Titulación de fármacos para la IC Identificación de efectos adversos de la medicación Identificación precoz de las descompensaciones (descompensación aguda de IC crónica y empeoramiento progresivo de la situación funcional) 	<ul style="list-style-type: none"> Vigilancia de la sintomatología (identificar disnea inusual) y autocontrol regular del peso y reaccionar de manera adecuada (consultar al médico, ajuste diurético) Dieta adecuada: restricción de sal (4-6 g/día) Se desaconseja el consumo de alcohol Debe potenciarse la práctica de una actividad física regular a un ritmo que no provoque disnea al paciente (marcha) Abstención del tabaco Se recomiendan la vacunación anual antigripal y antineumocócica

Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Ruta asistencial en el paciente con insuficiencia cardíaca.



Fuente: SEC-AP-IC¹⁰.

en cada una de sus circunstancias. No es, por tanto, una guía clínica ni un conjunto de pautas de tratamiento farmacológico, sino que básicamente es un documento organizativo por lo que debe adaptarse a la realidad de cada sistema sanitario.

Un ejemplo esquemático y orientativo de ruta asistencial en la IC es el propuesto por el grupo de Primaria de la Sociedad Española de Cardiología que se refleja en la Figura 2.

Como hemos podido comprobar el papel de la Atención Primaria es clave en la coordinación del manejo del paciente con insuficiencia cardíaca. Una buena estructura organizativa con los conocimientos y recursos necesarios reduce la morbimortalidad y facilita la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al., ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42:3599-3726.
2. Castillo MJ, Turégano M, Pallarés V, Seoane MC, Serrano A, Ruiz-García A, et al. Posicionamiento SEMERGEN en el abordaje de la insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN* 2022;48:106-123.
3. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. *Clinical practice guidelines we can trust* [Internet]. Graham R, et al. Washington, D.C.: The National Academies Press; 011. <http://www.nap.edu/read/13058/chapter/1>
4. Obaya JC, Escobar C, Pallarés V, Egocheaga I. Abordaje práctico de dapagliflozina en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Papel del médico de atención primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN* 2021;47(S1):5-10.
5. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart* 2021; 42(36):3599-3726.
6. Anguita M, Bayés-Genís A, Cepeda JM, Cinza S, Cosín J, Crespo Leiro M, et al. Consenso de expertos sobre la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida: más allá de las guías. *Rev Esp Cardiol*. 2020;20 Supl B:S1---46.
7. Servei Català de la Salut. Pautes d'harmonització terapèutica. Insuficiència cardíaca crònica. <https://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/insuficiencia-cardiaca-cronica>
8. Servicio Andaluz de la Salud. Guía de Insuficiencia Cardíaca. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/guia-insuficiencia-cardiaca>
9. MAICA-RM. Ruta Asistencial en Insuficiencia Cardíaca. Murcia 2022. https://www.murciasalud.es/documents/20124/2588103/ruta_MAICA.pdf/714cb1ac-7811-d210-e0a5-865640464a12?t=1653309809286
10. Sociedad Española de Cardiología – Primaria. Documento Proceso Insuficiencia Cardíaca. 2017. <https://secardiologia.es/institucional/reuniones-institucionales/sec-calidad/sec-primaria/8577-proceso-insuficiencia-cardiaca>