

INSUFICIENCIA CARDIACA ¿CÓMO LA ENFRENTAMOS DESDE APS?

Autora: Dra. Alejandra Zúñiga C, Residente de Medicina Familiar PUC

Editora: Dra. Isabel Mora M, Docente de medicina Familiar PUC

Fecha: Junio 2021

Portada: La insuficiencia cardiaca es una enfermedad cada vez más frecuente en nuestro país no solo por el envejecimiento natural de la población, sino que también por la pesquisa precoz. En este artículo revisaremos cómo optimizar el primer enfrentamiento de pacientes con sospecha para su correcto diagnóstico desde una mirada de APS.

Palabras clave: “Insuficiencia Cardiaca”, “APS”, “Péptido Natriurético”, “Ecocardiograma”, “Medicina Familiar”

Introducción

La Insuficiencia Cardiaca (IC) es una epidemia emergente cuya prevalencia alcanza un 3% en la población general, pero está presente en al menos 1 de cada 10 personas mayores de 70 años a nivel mundial.^{1,2,3} Por otro lado, es la primera causa de hospitalizaciones en adultos mayores y tiene una letalidad asociada a 5 años de un 57%.^{3,4}

Se caracteriza por ser un síndrome clínico complejo resultante de cualquier trastorno cardiaco estructural o funcional que afecte la capacidad del ventrículo de llenarse o expulsar sangre.^{1,2}

Su etiología es diversa donde interactúan enfermedades cardiovasculares como no cardiovasculares que, descompensadas y/o a largo plazo, generan deterioro del ventrículo izquierdo.²

La clasificación actual que se expone en la siguiente tabla se realiza en base a la fracción de eyección (FE) y considera una categoría en rango medio con el fin de fomentar mayores investigaciones en esta área con respecto a su fisiopatología y tratamiento.²

Tabla 1: Clasificación Insuficiencia Cardiaca

Tipo	IC-FE reducida	IC-FE rango medio	IC-FE conservada
Criterios	Síntomas +/- signos	Síntomas +/- signos	Síntomas +/- signos
	FEVI < 40%	FE 40-49%	FEVI ≥ 50%
	—	BNP elevado Al menos uno: - Enfermedad estructural cardiaca relevante - Disfunción diastólica	BNP elevado Al menos uno: - Enfermedad estructural cardiaca relevante - Disfunción diastólica

IC: Insuficiencia cardíaca. **FE:** fracción de eyección. **FEVI:** fracción de eyección de Ventrículo Izquierdo. **BNP:** péptido natriurético cerebral.

¿Cómo realizamos el diagnóstico de IC?

El diagnóstico está conformado por un conjunto de hallazgos tanto en la historia clínica, examen físico, laboratorio e imágenes.^{1,2} Las recomendaciones según la Sociedad Europea de Cardiología (ESC)² se resumen a continuación en la Tabla 2:

Tabla 2: Pruebas Diagnósticas

Pruebas diagnósticas	
Laboratorio	Se recomienda solicitar estudio para detectar causas reversibles o tratables de IC, además de comorbilidades que interfirieran. Hemograma-Función renal-función hepática-Glicemia-perfil lipídico-TSH-Ferritina- BNP
Electrocardiograma	Detecta anomalías importantes necesarias para planificar y monitorizar el tratamiento
Radiografía de tórax	Principal uso en contexto agudo, detecta o descarta enfermedades pulmonares responsables de disnea y/o congestión
Péptido natriurético	Alto valor predictivo negativo (98%) BNP $\geq$ 35 pg/ml
Ecocardiograma	Evalúa estructura y función miocárdica

IC: insuficiencia cardiaca. **TSH:** Hormona estimulante de la tiroides. **BNP:** péptido natriurético cerebral.

Con respecto al péptido natriurético (BNP), se caracteriza por ser un biomarcador plasmático cuantitativo de IC. Niveles aumentados se pueden apreciar tanto en pacientes con IC sintomática como en aquellos que no presentan síntomas aún⁵. El valor de corte no se ha logrado establecer a través de un consenso internacional, a la fecha se utiliza lo establecido por sociedades locales o recomendaciones de laboratorio⁶. Una revisión sistemática de la ESC publicada en Julio 2019⁷, que incluyó 9 estudios con un total de 733 pacientes con IC, concluye que el BNP se recomienda para descartar (rule out) IC en pacientes con sospecha de esta, ya que tendría una sensibilidad y especificidad de aproximadamente 80% para identificar a dichos pacientes además de un alto valor predictivo negativo.⁵⁻⁶⁻⁷ Por lo tanto la recomendación actual sería que ante un paciente con baja sospecha de IC por encontrarse asintomático o con síntomas leves, y que presenta un BNP bajo, se podría descartar IC y no sería necesario continuar el estudio a través de ecocardiografía. Si no es posible acceder a la medición de BNP, se recomienda realizar ecocardiograma en primera instancia.^{2,8}

Otro escenario es aquel donde la probabilidad pretest es elevada desde un comienzo y en ese caso se recomienda realizar Ecocardiograma como primer enfrentamiento para diagnosticar, clasificar y dirigir el tratamiento tempranamente.^{2,8}

¿Es suficiente la farmacoterapia de APS?

Considerando los objetivos del tratamiento, los cuales son, mejorar el estado clínico, calidad de vida, prevenir hospitalizaciones y reducir mortalidad, aquellos fármacos que se disponen en la APS según las recomendaciones actuales, los cumplen.^{2,8,9,10}

La terapia se dirige según la clasificación por FE, donde se considera como pilar de tratamiento sólo manejo de comorbilidades para las categorías intermedia y conservada. Con respecto a la categoría de FE reducida se recomienda un tratamiento específico el cual se expone en la siguiente tabla:

Tabla 3: Tratamiento farmacológico en pacientes IC-FE reducida

Tratamiento farmacológico según NYHA II-IV ESC2016-ACC/AHA2017	Resultados
Se recomienda Inhibidores de la recaptación de Angiotensina (IECA)+Betabloqueadores (BB) para sintomáticos con IC-FEr	Reduce riesgo de hospitalización por IC y muerte
Se recomienda BB + IECA para IC-FEr sintomática estable	Reduce riesgo de hospitalización por IC y muerte
Se recomienda Antagonista receptores de mineralocorticoides (ARM) en IC-FEr que persisten sintomáticos	Reduce riesgo de hospitalización por IC y muerte
Se recomienda el uso de diuréticos para manejo de síntomas y signos congestivos	Reduce riesgo de hospitalización por IC
Hidralazine-isosorbide se puede considerar en: -Raza negra con FEVI $\leq 35\%$ o FEVI $< 45\%$ combinada con dilatación del VI -NYHA III-IV a pesar del tratamiento con un IECA, BB y ARM	Reduce riesgo de hospitalización por IC y muerte
Inhibidor de la neprilisina y receptor de angiotensina: Sacubitrilo/Valsartán se recomienda como sustituto de un IECA para reducir adicionalmente el riesgo de hospitalización por IC y muerte de los pacientes ambulatorios con IC-FEr que permanecen sintomáticos a pesar del tratamiento con un IECA, un bloqueador beta y un ARM	Reduce riesgo de hospitalización y muerte
Inhibidor de canal I_f : Ivabradina se recomienda en sintomáticos con FE $\leq 35\%$ en ritmo sinusal con Fc ≥ 70 lpm que no toleren o estén contraindicados los BB, IECA o ARA II y ARM	Reduce riesgo de hospitalización y muerte

NYHA: New York Heart Association. **ESC:** Sociedad Europea de Cardiología. **ACC:** Colegio Americano de Cardiología. **AHA:** Asociación Americana del Corazón. **FEVI:** Fracción de eyección del Ventrículo Izquierdo. **FE:** fracción de eyección.

Con respecto al uso de BNP para guiar la terapia, un meta análisis del año 2018⁹ evaluó 9 estudios con un total de 1.914 participantes, y concluyó que probablemente el riesgo de muerte asociado a IC no disminuye con el uso de terapia guiada por BNP al igual que el riesgo de hospitalizaciones.

Al considerar la IC-FE conservada o de rango medio, no se ha demostrado si algún tratamiento reduce significativamente la morbilidad por lo que se recomienda detectar y tratar comorbilidades cardiovasculares y no cardiovasculares.² Una revisión sistemática publicada en mayo 2021¹⁰ evaluó los efectos del tratamiento para FE en

pacientes con FE conservada concluyendo que la evidencia es limitada y no se respalda su uso.

Conclusiones

La IC es una enfermedad en aumento producto de las patologías crónicas y la prolongación de la vida que estamos teniendo.

Ante un paciente con una baja probabilidad de IC, pero que aún así no podemos descartarla tajantemente, se sugiere solicitar Péptido natriurético.

Ante un paciente con una alta probabilidad de IC se sugiere solicitar Ecocardiograma al inicio para establecer diagnóstico, clasificación e iniciar manejo.

El tratamiento ofrecido en APS es el indicado en etapas iniciales logrando reducir hospitalizaciones por IC y mortalidad.

Probablemente el riesgo de mortalidad asociado a IC no disminuye con el uso de BNP para guiar terapia farmacológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. NHFA CSANZ Heart Failure Guidelines Working Group, Atherton JJ, et al. National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand: Guidelines for the Prevention, Detection, and Management of Heart Failure in Australia 2018. *Heart Lung Circ.* 2018 Oct;27(10):1123-1208. doi: 10.1016/j.hlc.2018.06.1042. PMID: 30077227.
2. P. Ponikowski, *et al.* 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.*, 37 (2016), pp. 2129-2200
3. Guía Clínica “Insuficiencia cardíaca” Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular y Ministerio de Salud, 2015.
4. Díaz-Toro, F. Nazzari, C. Verdejo, H. Incidencia y letalidad intrahospitalaria por insuficiencia cardíaca en Chile: ¿Existen diferencias por sexo?. *Rev Med Chile* 2017; 145: 703-709.
5. Maisel, A. et al,(2008), Estado del arte: uso de niveles de péptidos natriuréticos en la práctica clínica. *Revista europea de insuficiencia cardíaca*, 10: 824-839. [Doi.org/10.1016/j.ejheart.2008.07.014](https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2008.07.014)
6. Booth, RA, Hill, SA, Don-Wauchope, A. et al. Rendimiento de BNP y NT-proBNP para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en pacientes de atención primaria: una revisión sistemática. *Heart Fail Rev* 19, 439–451 (2014). [Doi.org/10.1007/s10741-014-9445-8](https://doi.org/10.1007/s10741-014-9445-8)
7. Anguita M, et al. Consenso de expertos sobre la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida: más allá de las guías. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2020;20(B):1-46. DOI: 10.1016/S1131-3587(20)30016-9

8. C.W. Yancy, M. Jessup, B. Bozkurt, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of heart failure: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of American. *Circulation.*, 136 (2017), pp. e137-e161
9. Gamiño-Arroyo AE, Prado-Galbarro FJ, García-Pérez S, Sánchez-Piedra C. Effectiveness of natriuretic peptide-guided treatment of chronic heart failure. A meta-analysis. *Arch Cardiol Mex.* 2018 Jul-Sep;88(3):171-177. doi: 10.1016/j.acmx.2017.02.008. Epub 2017 Apr 11. PMID: 28408177.
10. Martin N, Manoharan K, Davies C, Lumbers RT. Betabloqueantes e inhibidores del sistema renina - angiotensina aldosterona para la insuficiencia cardíaca crónica con fracción de eyección conservada. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2021, número 5. Art. No .: CD012721. DOI: 10.1002 / 14651858.CD012721.pub3.