

# Preguntas para responder

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1. En los pacientes mayores de 65 años con insuficiencia cardiaca crónica y fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor al 50 %, ¿se recomienda el tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (o antagonistas del receptor de la angiotensina II), junto a betabloqueantes y antagonistas del receptor mineralocorticoideo, siempre y cuando no exista contraindicación?
2. En los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica y fracción de eyección del ventrículo izquierdo mayor de 35 %, ¿se recomienda el tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (o antagonistas del receptor de la angiotensina II), junto a betabloqueantes y antagonistas del receptor mineralocorticoideo, siempre y cuando no exista contraindicación?
3. En el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica en clase funcional NYHA mayor o igual a II, fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor o igual a 35 % y que reciben tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (o antagonistas del receptor de la angiotensina II) junto a betabloqueantes, ¿es eplerenona más eficaz que espironolactona?
4. En pacientes con insuficiencia cardiaca crónica y fracción de eyección menor o igual de 35 %, en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (o antagonistas del receptor de la angiotensina II), betabloqueantes, y antagonistas del receptor mineralocorticoideo, a dosis máximas toleradas, ¿se recomienda sustituir el inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (o el antagonista del receptor de la angiotensina II), por sacubitrilo/valsartán?

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

1. En pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca, ¿se recomienda el control temprano programado (inferior a 30 días) tras el alta hospitalaria?
2. En los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, ¿se recomiendan medidas higiénico-dietéticas estandarizadas?
3. Para el control del tratamiento farmacológico de los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, ¿se recomienda la monitorización de los péptidos natriuréticos en comparación con el control convencional basado en las condiciones clínicas?
4. ¿Se recomienda incorporar a un programa de telemedicina a los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica y tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (o antagonistas del receptor de la angiotensina II), junto a betabloqueantes y antagonistas del receptor mineralocorticoideo, siempre y cuando no exista contraindicación?
5. En pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, ¿cuál es la eficacia y seguridad de realizar un programa de rehabilitación cardiaca basado en el ejercicio frente a no realizarlo para evitar hospitalizaciones, disminuir la mortalidad, mejorar la calidad de vida y la capacidad funcional?
6. En pacientes mayores de 65 años con insuficiencia cardiaca crónica y fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor de 35 %, ¿se recomienda el uso de un desfibrilador automático implantable para prevenir la muerte súbita?

# Niveles de evidencia y grados de recomendación\*

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE			
Calidad de la evidencia científica	Diseño del estudio	Disminuir la calidad si	Aumentar la calidad si
Alta	ECA	<b>Limitación en el diseño:</b> Importante (-1) Muy importante (-2)	<b>Asociación:</b> • Evidencia científica de una fuerte asociación (RR>2 o <0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión) (+1).
Moderada		<b>Inconsistencia (-1)</b>	• Evidencia científica de una muy fuerte asociación (RR>5 o <0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos) (+2)
Baja	Estudios observacionales	<b>Evidencia directa:</b> Alguna (-1) incertidumbre Gran (-2) incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa	
Muy baja	Otros tipos de diseño	<b>Datos imprecisos (-1)</b> <b>Sesgo de notificación:</b> Alta probabilidad de (-1)	Gradiente dosis respuesta (+1) Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)

ECA: ensayo clínico aleatorizado; RR: riesgo relativo.

Implicaciones de los grados de recomendación del sistema GRADE		
Implicaciones de una recomendación fuerte		
Pacientes	Clínicos	Gestores / Planificadores
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada.	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones.
Implicaciones de una recomendación débil		
Pacientes	Clínicos	Gestores / Planificadores
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante de ellas no.	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el profesional sanitario tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias.	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés

\* Tomado de: The GRADE working group. Disponible en: <http://www.gradeworkinggroup.org/>

✓	Recomendación basada en la experiencia clínica y el consenso del grupo elaborador
---	---

En ocasiones el grupo elaborador se percató de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

# Recomendaciones de la GPC

## Preguntas farmacológicas

<b>Eficacia del tratamiento con IECA (o ARA-II), junto a BB y ARM en pacientes mayores de 65 años con ICC con disfunción sistólica (FEVI &lt;50 %)</b>	
Fuerte	En los pacientes mayores de 65 años con insuficiencia cardíaca crónica con fracción de eyección reducida se recomienda el uso de fármacos betabloqueantes.
✓	En los pacientes mayores de 65 años con insuficiencia cardíaca crónica con fracción de eyección reducida se recomienda el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (o antagonistas del receptor de angiotensina II, en caso de intolerancia a los anteriores).
✓	En los pacientes mayores de 65 años con insuficiencia cardíaca crónica con fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor o igual de 35 % se sugiere el uso de antagonistas del receptor mineralocorticoideo.

<b>Eficacia del tratamiento con IECA (o ARA-II), junto a BB y ARM en pacientes con ICC y FEVI &gt; 35 %</b>	
	En pacientes con insuficiencia cardíaca crónica con fracción de eyección preservada (FEVI >50 %), no hay suficiente evidencia para recomendar el tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (o antagonistas del receptor de la angiotensina II), junto a betabloqueantes y antagonistas del receptor mineralocorticoideo, para mejorar el pronóstico.
✓	En los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica y fracción de eyección levemente reducida (FEVI >35 % y <50 %) se sugiere utilizar las pautas de tratamiento farmacológico indicadas para pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas del receptor de la angiotensina II, junto a betabloqueantes y antagonistas del receptor mineralocorticoideo, siempre y cuando no exista contraindicación).

**Eficacia de la eplerenona frente a espironolactona en pacientes con ICC, clase funcional (NYHA)  $\geq$ II, FEVI  $\leq$ 35 % y tratamiento con IECA o ARA-II + BB**

	No se hace ninguna recomendación a favor ni en contra del uso de la eplerenona frente a la espironolactona, en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en clase funcional (NYHA) mayor o igual a II, y fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor o igual a 35 %, y que reciben tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas del receptor de la angiotensina II junto a betabloqueantes.
Débil	Para el conjunto de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en los que esté indicado el uso de fármacos antagonistas del receptor mineralocorticoideo, se sugiere el uso de eplerenona, para los pacientes con baja adherencia al tratamiento con espironolactona.

**Eficacia de sacubitrilo/valsartán frente a enalapril en pacientes con ICC, FEVI  $\leq$ 35 % y tratamiento con IECA (o ARA-II), BB y ARM**

Débil	En pacientes con insuficiencia cardíaca crónica y fracción de eyección menor o igual de 35 %, en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (o antagonistas del receptor de la angiotensina II), betabloqueantes, y antagonistas del receptor mineralocorticoideo, a dosis máximas toleradas, sintomáticos en clase funcional NYHA $\geq$ II, se sugiere sustituir el inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (o el antagonista del receptor de la angiotensina II) por sacubitrilo/valsartán.
-------	--

## Preguntas no farmacológicas

### **Eficacia del control temprano programado tras el alta hospitalaria en pacientes ingresados por IC**

✓	Para los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica que hayan tenido un ingreso hospitalario, se sugiere que tras el alta, sean referidos de forma programada para su control asistencial antes de 30 días
---	--

### **Eficacia de recomendaciones higiénico-dietéticas estandarizadas para pacientes con ICC**

Débil	De forma general, se sugiere no restringir la ingesta de sal de forma estricta (< 2 gr/día) a los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica.
Débil	En los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, se sugiere que no se les aconseje firmemente, sobre la restricción estricta (< 1,5 l/día) en la ingesta de líquidos.
✓	En los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, se recomienda su inclusión en actividades de educación en autocuidados.

### **Eficacia de la monitorización de péptidos natriuréticos para el control del tratamiento farmacológico en pacientes con ICC**

Débil	En los pacientes con insuficiencia cardiaca, se sugiere la monitorización de los péptidos natriuréticos, en su seguimiento especializado.
-------	---

### **Eficacia de la incorporación de un programa de telemedicina en pacientes con ICC y tratamiento con IECA (o ARA-II), junto a BB y ARM**

Fuerte	En los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica y tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (o antagonistas del receptor de la angiotensina II), junto a betabloqueantes y antagonistas del receptor mineralocorticoideo, se recomienda su inclusión en programas de seguimiento con apoyo de sistemas de telemedicina que incluyan registro remoto de variables clínicas, adaptados al medio y a las características de los pacientes.
--------	---

**Eficacia y seguridad de realizar un programa de rehabilitación cardiaca basado en el ejercicio**

Fuerte	En los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, se recomienda su inclusión en programas de rehabilitación basada en el ejercicio, para evitar reingresos y mejorar la calidad de vida.
--------	---

**Eficacia de la implantación de un DAI para prevenir la muerte súbita**

Débil	En pacientes mayores de 65 años con insuficiencia cardiaca crónica, disfunción sistólica severa (FEVI < 35 %) y más de un mes tras infarto agudo de miocardio, se sugiere el uso de un desfibrilador automático implantable para aumentar la supervivencia, siempre que no exista un deterioro funcional o enfermedad asociada que determine un riesgo vital a medio plazo (1 año).
-------	---

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica. Esta depende de su actualización