

Editorial

Trasladando las guías de práctica clínica a la vida real, con sentido común

Implementing clinical practice guidelines in the real world: a common-sense approach



Alejandro Recio-Mayoral* y José Ignacio Morgado García de Polavieja

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Historia del artículo:

On-line el 16 de mayo de 2023

La medicina actual, y en concreto la cardiología, no es ajena a un mundo saturado de información con un acceso instantáneo a ella, donde surgen continuas controversias sobre su interpretación. Esto adquiere especial relevancia en las guías de práctica clínica. Consideradas una herramienta básica en la optimización de la atención sanitaria a los pacientes, se basan en la revisión sistemática de la evidencia disponible en un momento determinado, por lo que son susceptibles de quedar rápidamente desfasadas ante la continua aparición de nueva evidencia. Asimismo pueden presentar limitaciones y lagunas de conocimiento que se suele cubrir con opiniones de expertos, en lugar de evidencia científica sólida.

En los últimos años, el tratamiento de la insuficiencia cardiaca (IC) ha experimentado un desarrollo notable con la incorporación de nuevos fármacos que diferentes ensayos clínicos han demostrado beneficiosos tanto en supervivencia como en reducción de la morbilidad de pacientes con IC con fracción de eyección reducida (IC-FEr). Así, la estrategia actual del tratamiento de la IC-FEr se basa en la combinación de 4 grupos farmacológicos con demostradas reducciones en la mortalidad y las hospitalizaciones por IC actuando en 5 vías fisiopatológicas: inhibición del sistema renina-angiotensina combinada con estimulación de la vía de los péptidos natriuréticos mediante inhibición de la neprilisina, bloqueadores beta, antagonistas del receptor de la aldosterona e inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.

La optimización precoz del tratamiento médico según las guías de práctica clínica sobre la IC-FEr supone un aspecto fundamental para reducir la mortalidad, prevenir la hospitalización y mejorar la calidad de vida de estos pacientes^{1,2}.

A pesar del cuerpo de evidencia existente respecto a los beneficios del tratamiento de la IC-FEr, es igualmente conocido cómo la prescripción en la práctica clínica real dista de ser la deseada. Diferentes registros nacionales muestran esta tendencia. Así, en el registro CHAMP-HF, solo un 1% de los pacientes con IC-FEr recibieron la dosis objetivo de todos los fármacos³. Este retraso en el inicio del tratamiento es aún mayor con los fármacos que se han

incorporado a las guías de práctica clínica más recientemente, como pueden ser los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 o el sacubitrilo-valsartán⁴.

Entre las diferentes causas que pueden explicar esta tendencia a infratratarse a los pacientes, están el exceso de información y el desconocimiento de las guías, combinados con la inercia diaria y el miedo a alterar el equilibrio en pacientes considerados frágiles. En este sentido, un análisis *post hoc* del estudio GUIDE-IT igualmente mostró un grado de optimización del tratamiento de la IC < 20% al año de seguimiento, y la fragilidad es uno de los principales determinantes para no dar a los pacientes el tratamiento adecuado⁵.

Pero no solo se han añadido nuevos fármacos, también ha evolucionado su forma de inicio e implementación. Frente al planteamiento tradicional basado en la introducción escalonada del tratamiento, fármaco a fármaco, que recapitula la secuencia mediante la cual se desarrollaron estos agentes para el tratamiento de la IC, las actuales guías clínicas proponen una estrategia horizontal con inicio precoz de los 4 fármacos con beneficio demostrado. Sin embargo, esta recomendación no se acompaña de un esquema orientativo de cómo deben introducirse y ajustarse estos fármacos.

En un artículo reciente publicado en *Revista Española de Cardiología*, Girerd et al.⁶ proponen un algoritmo pragmático y de fácil aplicabilidad, dirigido a optimizar el tratamiento fundamental para el paciente con IC-FEr, que viene a suplir la falta de recomendaciones de las guías a este respecto. Antes ya se habían publicado diferentes recomendaciones con este fin, como el documento de consenso de la *Heart Failure Association of the European Society of Cardiology*, en la que se proponen 9 perfiles clínicos según la frecuencia cardiaca, la presencia de fibrilación auricular, la presión sistólica, la función renal y/o la presencia de hiperpotasemia⁷. Sin embargo, esta propuesta resulta más teórica que práctica y puede no reflejar la realidad actual en el proceso de inicio y ajuste farmacológicos, que en la práctica habitual implica una atención cuidadosa y personalizada del paciente. Así, en el esquema propuesto por Girerd et al. se enfatiza la importancia de garantizar que el tratamiento con los 4 grupos farmacológicos se inicie en todo paciente y cuanto antes, priorizando la presencia de los 4 por encima de las dosis utilizadas, para después realizar un proceso de ajuste con base en unas pautas específicas según el número de fármacos utilizados, la presión arterial y la función renal, así como si el inicio se produce en ámbito hospitalario o ambulatorio⁶. De esta forma se persigue reducir los intervalos de

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2023.02.007><https://doi.org/10.1016/j.recesp.2023.02.020>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jandrorm@hotmail.com (A. Recio-Mayoral).[@areciomayoral](https://twitter.com/areciomayoral)<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2023.04.014>

0300-8932/© 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Cardiología.

introducción y ajuste para alcanzar el tratamiento completo a dosis máximas toleradas en un periodo de 2 meses.

Aunque ningún algoritmo puede ser tan específico para orientar al clínico en todas las particularidades de cada uno de nuestros pacientes, Girerd et al. identifican 2 poblaciones que podrían requerir un abordaje más concreto: los pacientes ancianos y aquellos con alteraciones del ritmo cardíaco. Para los primeros, se incide en la importancia de evaluar la fragilidad del paciente mediante escalas específicas, y se recomendarán ajustes de dosis más lentos y controlados y de solo 1–2 fármacos al mismo tiempo⁶.

La IC supone un auténtico problema mundial de salud pública, tanto por el impacto en la salud de los pacientes como por la sobrecarga económica en los sistemas de salud. El periodo de la hospitalización por IC e inmediatamente después representa una fase vulnerable caracterizada por un alto riesgo de muerte y rehospitalización, y son necesarios protocolos de transición al alta centrados en reducir este riesgo, en los que el seguimiento precoz de los pacientes es clave para alcanzar las dosis óptimas del tratamiento cuádruple⁸, especialmente en las poblaciones con mayor riesgo, como son los pacientes mayores y frágiles⁹. En este sentido, Girerd et al. resaltan un aspecto clave para llevar a cabo este protocolo, y es la organización del sistema de atención al paciente con IC y, en concreto, el papel de la enfermería⁶. Un seguimiento precoz centrado en enfermería especializada facilita una atención personalizada, la implementación y la adherencia al tratamiento¹⁰.

Aunque esta propuesta de optimización del tratamiento se basa en unas directrices concretas y fácilmente aplicables, no se debe olvidar que se requiere un enfoque individualizado y escalonado para cada paciente, con sentido común y con una evaluación y un seguimiento regulares que son cruciales para iniciar y ajustar las dosis y el régimen farmacológico, y es en este ámbito donde las unidades de IC y la enfermería especializada tienen un papel clave.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *J Am Coll Cardiol.* 2022;79:e263–e421.
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021;42:3599–3726.
3. Greene SJ, Butler J, Albert NM, et al. Medical Therapy for Heart Failure with Reduced Ejection Fraction: The CHAMP-HF Registry. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72:351–366.
4. Savarese G, Kishi T, Vardeny O, et al. Heart Failure Drug Treatment—Inertia, Titration, and Discontinuation: A Multinational Observational Study (EVOLUTION HF). *JACC Heart Fail.* 2023;11:1–14.
5. Khan MS, Segar MW, Usman MS, et al. Frailty, Guideline-Directed Medical Therapy, and Outcomes in HFrEF: From the GUIDE-IT Trial. *JACC Heart Fail.* 2022;10:266–275.
6. Girerd N, Leclercq C, Hanon O, et al. Optimisation of treatments for heart failure with reduced ejection fraction in routine practice: a position statement from a panel of experts. *Rev Esp Cardiol.* 2023. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2023.03.005>.
7. Rosano GMC, Moura B, Metra M, et al. Patient profiling in heart failure for tailoring medical therapy. A consensus document of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2021;23:872–881.
8. Comin-Colet J, Enjuanes C, Lupón J, Cainzos-Achirica M, Badosa N, Verdú JM. Transitions of Care Between Acute and Chronic Heart Failure: Critical Steps in the Design of a Multidisciplinary Care Model for the Prevention of Rehospitalization. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:951–961.
9. Pacho C, Domingo M, Núñez R, et al. Early Postdischarge STOP-HF-Clinic Reduces 30-day Readmissions in Old and Frail Patients with Heart Failure. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:631–638.
10. Oyanguren J, García-Garrido L, Nebot-Margalef M, et al. Noninferiority of heart failure nurse titration versus heart failure cardiologist titration ETIFIC multicenter randomized trial. *Rev Esp Cardiol.* 2021;74:533–543.