

Editorial

Insuficiencia cardiaca y medicina basada en la evidencia: no todo está en las guías



Heart failure and evidence-based medicine: not everything is in the guidelines

Manuel Anguita*

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Historia del artículo:

On-line el 20 de mayo de 2020

La medicina basada en la evidencia (MBE), que es el paradigma de la práctica actual de la medicina, surge a finales del siglo pasado en la Universidad de McMaster, en Canadá, con el objetivo de superar el empirismo que había dominado la medicina hasta la década de los ochenta del pasado siglo y la toma de decisiones basadas en exceso en la experiencia y los hábitos propios del médico^{1,2}. Hay muchas definiciones de MBE, pero todas se resumen en el concepto de actuar y tomar decisiones basándose en las pruebas existentes, lo que lo convierte en un proceso que persigue la selección de los mejores argumentos científicos para la resolución de los problemas que la práctica médica diaria plantea. O, dicho de otra forma, el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente individual³. La MBE ha supuesto un gran avance para la práctica de la medicina, pero tiene varias e importantes limitaciones. Por una parte, es tanta la cantidad de información disponible, al menos en algunos campos como el de la insuficiencia cardiaca (IC) —con cientos y miles de estudios y publicaciones que se van incorporando casi a diario al conocimiento—, que es imposible abarcar, analizar y valorar tal volumen de datos. Además, no todas las pruebas tienen igual valor y peso; en la cúspide de esta jerarquía se encuentran los ensayos clínicos y los metanálisis, también muy numerosos y, a veces, de resultados contradictorios. Ello ha hecho que sean necesarios resúmenes de esta información, entre los más consultados, las guías de práctica clínica (GPC) que elaboran las distintas sociedades científicas^{4,5}. De hecho, estas GPC se han convertido en los «libros de texto» actuales, en sustitución de los clásicos tratados médicos.

Sin embargo, las GPC también tienen limitaciones. Aunque incorporan unos criterios objetivos de control y evaluación de la información seleccionada, las elabora un grupo de expertos, designados por las sociedades científicas, que pueden introducir sesgos personales en la redacción final de la GPC y sus recomendaciones. De hecho, esto llevó a la Sociedad Española de Cardiología a crear un Comité de Guías de Práctica Clínica que analiza de manera crítica cada GPC elaborada por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y publica las conclusiones de su análisis^{6,7}. En segundo lugar, gran parte de las recomendaciones de las GPC se basan en el consenso de los expertos que las redactan (nivel de evidencia C), al no existir estudios bien controlados sobre esos temas. Esto no es criticable, pues la MBE no solo se basa en la información disponible en la literatura, sino que incorpora el juicio

clínico, para adecuar la mejor evidencia disponible a la resolución de los problemas clínicos concretos del día a día con nuestros pacientes³, y esto incluye la habilidad diagnóstica, en la que tienen un papel importante la experiencia (el «ojo clínico») y la capacidad de valorar las características individuales de cada paciente antes de tomar una decisión (la extrapolación de las recomendaciones generales de las GPC, basadas en estudios que incluyen a pacientes con determinadas características, a nuestros pacientes concretos). En tercer lugar, las GPC se elaboran y publican cada cierto tiempo, habitualmente cada 4–5 años en el caso de la ESC, lo que implica que la nueva evidencia publicada no se incorpore a las recomendaciones oficiales con la rapidez suficiente y que se planteen dudas y discusión sobre incorporar o no la nueva evidencia a nuestra práctica diaria. Las sociedades que elaboran las GPC han intentado limitar este problema mediante la publicación de actualizaciones (*updates*) sobre aspectos concretos de gran interés antes de la nueva revisión general de la GPC⁸. Por último, y no menos importante a mi juicio, puede existir la tentación de «sacralizar» las GPC, siguiendo sus recomendaciones al pie de la letra, y solo estas recomendaciones, de tal forma que lo que no se nombra en la GPC no existe y no se aplica. Dado que existen muchas áreas y temas sobre los que no hay, ni posiblemente vaya a haber, información proveniente de estudios y ensayos clínicos adecuados, podemos estar negando a nuestros pacientes el beneficio de determinadas intervenciones diagnósticas o terapéuticas en aras de un excesivo rigor, mal entendido, en la adherencia a las GPC y la MBE.

Un ejemplo muy claro sobre estas limitaciones de las GPC es el debate sobre la profilaxis de la endocarditis infecciosa, para la cual distintas GPC recomiendan diferentes actitudes, desde las indicaciones solo en casos con alto riesgo de endocarditis hasta la recomendación de no practicar profilaxis en ningún caso ante la falta de evidencia disponible^{9,10}. Esas discordancias pueden llevar a una gran variabilidad en las conductas de los profesionales, como se ha puesto recientemente de manifiesto, que incluso pueden conducir a la profilaxis de la endocarditis en situaciones claramente no indicadas¹¹.

La IC es otro gran ejemplo de cómo debe enfocarse el papel de las GPC en la atención los pacientes con dicha enfermedad y cómo puede influir el seguimiento de una incorrecta concepción de las GPC en nuestra actuación diaria en la práctica clínica. Probablemente la cardiología es la especialidad médica con un mayor nivel de evidencia derivada de estudios clínicos bien controlados y diseñados, y desde luego esto se aplica de manera especial a la IC^{4,5}. La GPC sobre IC de la ESC actualmente en vigor se publicó en 2016, hace ya casi 4 años⁴, y no está previsto que se publique la nueva

* Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Avda. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba, España.
Correo electrónico: manuelanguita@secardiologia.es

actualización hasta 2021. En estos años, como es bien sabido, se ha publicado una gran cantidad de estudios, ensayos clínicos y metanálisis sobre la IC, y está prevista la presentación y publicación de otros tantos en los meses próximos. Muchos de ellos suponen y van a suponer un cambio en el paradigma del tratamiento de la IC¹², y otros no han demostrado beneficio de determinadas actuaciones¹³, por poner algunos ejemplos muy conocidos. Además, y como se ha comentado previamente, sigue acusándose falta de información y de evidencia sobre muchos aspectos prácticos de gran interés para médicos y pacientes, y en muchos de esos casos es previsible que no vayamos a disponer nunca de evidencia sólida. Por ello, es importante elaborar documentos que, con las limitaciones ya señaladas, analicen estos campos huérfanos y elaboren recomendaciones basadas en la nueva evidencia todavía no incorporada a las GPC en estudios no experimentales (cohortes, etc.), en mecanismos fisiopatológicos y en el juicio clínico de los expertos, y que nos ayuden a resolver los problemas concretos de nuestros pacientes a los que las GPC no dan respuesta. Las sociedades científicas han emprendido esta vía desde hace ya algunos años, y contamos con ejemplos de gran calidad en relación con la IC, tanto de la ESC¹⁴ como de las sociedades norteamericanas¹⁵.

En nuestro país se ha publicado muy recientemente en *Revista Española de Cardiología Suplementos* un documento de consenso muy amplio sobre la IC con fracción de eyección reducida titulado «Consenso de expertos sobre la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida: más allá de las guías»¹⁶, que sigue esta orientación e intenta dar respuesta a los aspectos no resueltos en este campo. En esta publicación se presenta información sobre 15 temas relacionados con la IC con fracción de eyección reducida (tabla 1) que no solo incluyen aspectos relacionados con el tratamiento, sino también con el diagnóstico, la monitorización y el seguimiento, las actuaciones en los distintos ámbitos de consulta (atención primaria, vías clínicas, transición al alta), la formación del paciente y la adherencia al tratamiento, los tipos de IC (*de novo*, avanzada, estable) y el abordaje práctico en diferentes tipos de pacientes y comorbilidades (edad avanzada, diabetes, cáncer, enfermedad renal crónica y fibrilación auricular). En este documento han participado cardiólogos, especialistas en medicina interna, médicos de atención primaria y responsables de enfermería, y cada apartado muestra una estructura similar: revisión de la evidencia disponible, puntos que considerar, recomendaciones y sumario.

En mi opinión, posiblemente sesgada por haber sido uno de los participantes en la elaboración del documento, este tipo de aproximación, multidisciplinaria y que conjuga la revisión teórica de la evidencia, cuando esta existe, con la práctica en forma de recomendaciones concretas, tiene un gran interés, al igual que los documentos publicados por otras sociedades científicas antes señalados^{14,15}. Una lectura crítica y personal de estos documentos, adaptada al ámbito de trabajo de cada lector y siempre bajo el paraguas de la evidencia y las GPC, nos puede ayudar a mejorar nuestro día a día con los pacientes con IC por aportar algo de luz en un terreno donde, con frecuencia, predominan las sombras.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses en relación con este artículo.

Tabla 1

Campos analizados en el consenso de expertos sobre la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida de Anguita et al.¹⁶

¿Cómo se debe actuar ante la sospecha clínica de insuficiencia cardiaca en atención primaria?
Formación del paciente con insuficiencia cardiaca
Rutas de la insuficiencia cardiaca (atención multidisciplinaria al paciente con insuficiencia cardiaca)
Insuficiencia cardiaca y adherencia: medidas para incrementarla
Insuficiencia cardiaca, monitorización clínica y pruebas complementarias
Insuficiencia cardiaca avanzada
Transición al alta hospitalaria
Insuficiencia cardiaca <i>de novo</i>
Insuficiencia cardiaca en el paciente estable
Sacubitrilo-valsartán en la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida
Insuficiencia cardiaca y enfermedad renal crónica
Insuficiencia cardiaca y diabetes mellitus
Insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular
Insuficiencia cardiaca y cáncer
Insuficiencia cardiaca y paciente anciano

BIBLIOGRAFÍA

- Akobeng AK. Principles of evidence based medicine. *Arch Dis Child*. 2005;8:837–840.
- Scholten RJ, Clarke N, Hetherington J; The Cochrane Collaboration. *Eur J Clin Nut*. 2005;59(Suppl 1):S147–S149.
- Bonfill X, Gabriel R, Cabello J. Medicina basada en la evidencia. *Rev Esp Cardiol*. 1997;50:819–825.
- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2016;18:891–975.
- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the ACCF/AHA Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62:e147–e239.
- Anguita M, Fernández-Ortiz A, Worner F, et al. La Sociedad Española de Cardiología y las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología: hacia una nueva orientación. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:795–796.
- Anguita M, Worner F, Domenech P, et al. New evidence, new controversies: a critical review of the ESC 2010 clinical practice guideline on atrial fibrillation. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:7–13.
- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2016 ACC/AHA/HFSA focused update on new pharmacological therapy for heart failure: an update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines and the HFSA. *J Am Coll Cardiol*. 2016;68:1476–1488.
- Centre for Clinical Practice at NICE (UK). Prophylaxis against infective endocarditis: antimicrobial prophylaxis against infective endocarditis in adults and children undergoing interventional procedures. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008.
- Conde S, Torres-Saura F, Alperi García A, de la Hera Galarza JM. Análisis de la situación de la profilaxis de la endocarditis infecciosa en odontología tras casi una década de guías de práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:95.
- Castillo F, Castillo JC, Anguita P, et al. Do we follow recommendations on infective endocarditis prophylaxis? Differences between the health professionals involved. *Aten Primaria*. 2017;49:198–200.
- McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, et al. Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction. *N Engl J Med*. 2019;381:1995–2008.
- Solomon SD, McMurray JJV, Anand IS, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition in heart failure with preserved ejection fraction. *N Engl J Med*. 2019;381:1609–1620.
- Seferovic PM, Ponikowski P, Anker SD, et al. Clinical practice update on heart failure 2019: pharmacotherapy, procedures, devices, and patients management. An expert consensus meeting report of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2019;10:1169–1186.
- Hollenberg SM, Stevenson LW, Ahmad T, et al. 2019 ACC expert consensus decision pathway on risk assessment, management, and clinical trajectory of patients hospitalized with heart failure: a report of the ACC Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol*. 2019;74:1996–2011.
- Anguita M, Bayés-Genís A, Cepeda JM, et al. Consenso de expertos sobre la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida: más allá de las guías. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2020;20(B):1–56.