

AVANCES EN MEDICINA

Nuevas recomendaciones de las guías europeas de 2016 para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca



New recommendations of 2016 European Guidelines for the diagnosis and treatment of heart failure

C. Escobar^{a,c,*} y J.A. Divisón^{b,c}

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Facultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM), Murcia, España

^c Grupo de Hipertensión Arterial de SEMERGEN

Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al., Authors/Task Force Members. 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*. 2016;37:2129-200.

Comentario

En el año 2016 se han presentado las nuevas guías europeas de insuficiencia cardiaca (IC), que actualizan las previas del año 2012^{1,2}. A continuación se resumen las principales novedades y recomendaciones que realizan estas guías.

En primer lugar, existen importantes novedades en cuanto a la propia definición de IC. Así, establecen 3 categorías:

- IC con fracción de eyección reducida (ICFER):
 - Síntomas ± signos de IC
 - FE < 40%
- IC con FE en rango medio:
 - Signos ± síntomas de IC
 - FE 40-49%
 - Péptidos natriuréticos elevados
 - Al menos uno de los 2 siguientes criterios:
 - o Cardiopatía estructural relevante (hipertrofia ventricular izquierda y/o aurícula izquierda dilatada)
 - o Disfunción diastólica
- IC con FE preservada (ICFEP):
 - Signos ± síntomas de IC
 - FE ≥ 50%
 - Péptidos natriuréticos elevados
 - Al menos uno de los 2 siguientes criterios:
 - o Cardiopatía estructural relevante (hipertrofia ventricular izquierda y/o aurícula izquierda dilatada)
 - o Disfunción diastólica

De esta forma, se recomienda el empleo del ecocardiograma transtorácico para determinar la estructura y función del miocardio en sujetos con sospecha de IC, para establecer el diagnóstico de IC. También se modifican los puntos de corte de los péptidos natriuréticos. Los nuevos puntos de corte son BNP > 35 pg/ml y/o NT-proBNP > 125 pg/ml.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: escobar_cervantes_carlos@hotmail.com
(C. Escobar).

Otra de las novedades de estas guías es que se incluyen diferentes medidas y tratamientos para prevenir o retrasar el desarrollo de IC manifiesta o prevenir la muerte antes del establecimiento de los síntomas. Dentro de estas medidas se encuentran el tratamiento de la hipertensión arterial, el empleo de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) en sujetos con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo asintomática y una historia de infarto de miocardio, así como el uso de betabloqueantes en individuos con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo asintomática y una historia de infarto de miocardio.

En cuanto al tratamiento del paciente con ICFER sintomática, se recomienda el empleo de los diuréticos para la reducción de los síntomas congestivos. Para disminuir el riesgo de hospitalización por IC y muerte se recomienda el uso de los IECA y los betabloqueantes. A diferencia de las guías de 2012 donde se ponía en un recuadro los IECA y debajo otro recuadro con los betabloqueantes, en estas guías se ponen en el mismo recuadro IECA y betabloqueantes. Esto se hace para enfatizar el hecho de que da igual empezar con uno u otro (eso dependerá de las características clínicas de cada paciente), sino que lo importante es que al final el paciente sea tratado con ambos fármacos, salvo contraindicación. En aquellos pacientes que permanezcan sintomáticos a pesar del tratamiento con IECA y betabloqueantes, se recomienda el empleo de los antagonistas de la aldosterona, para reducir el riesgo de hospitalización por IC o muerte. A partir de aquí, si el paciente continúa sintomático, existen 3 opciones terapéuticas (se puede comenzar con una y luego seguir con otra, o considerar opciones varias de manera simultánea, dependiendo de cada paciente). Por un lado, se recomienda el uso de sacubitril/valsartan³ en lugar de los IECA para conseguir reducciones adicionales en el riesgo de hospitalización por IC y muerte en pacientes ambulatorios que permanezcan sintomáticos a pesar del tratamiento óptimo con un IECA, un betabloqueante y un antagonista de la aldosterona; terapia de resincronización cardíaca en aquellos sujetos en ritmo sinusal y una duración QRS ≥ 130 msec; y/o ivabradina⁴ en sujetos en ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca ≥ 70 lpm que permanezcan sintomáticos a pesar del tratamiento con un IECA (o antagonista de los receptores de angiotensina II), un betabloqueante (salvo contraindicación) y un antagonista de la aldosterona, para reducir la hospitalización por IC y muerte cardiovascular. En el paciente estable con ICFER se recomienda el empleo de ejercicio aeróbico de manera regular para reducir el riesgo de hospitalización por IC, así como para mejorar la capacidad de ejercicio y los síntomas.

Por otra parte, en el paciente con ICFER está contraindicado el uso de diltiazem o verapamilo. Aunque los antagonistas de los receptores de angiotensina II se pueden

emplear en el paciente que tiene intolerancia a los IECA, no se recomienda la combinación de un IECA con un antagonista de los receptores de angiotensina II en sujetos que estén tomando un antagonista de la aldosterona, por aumentar el riesgo de disfunción renal e hiperpotasemia. Igualmente, no se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos ni de glitazonas ya que estos fármacos aumentan el riesgo de empeoramiento de IC, así como de hospitalización por IC. Tampoco se debería emplear la ventilación servo-adaptativa en pacientes con ICFER y apnea del sueño de predominio central por incrementar el riesgo de muerte cardiovascular y total.

En el paciente con ICFEP las guías siguen reconociendo la falta de evidencias claras de fármacos que hayan demostrado reducir la mortalidad de manera convincente en esta población. De hecho, como recomendaciones clase I únicamente incluyen la identificación de comorbilidades cardiovasculares para realizar un adecuado tratamiento de las mismas, y el empleo de los diuréticos para reducir los síntomas congestivos. En una reciente revisión publicada en la revista *SEMERGEN* se resumen de manera pormenorizada diferentes recomendaciones acerca del manejo del paciente con ICFEP⁵.

Bibliografía

1. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al., ESC Committee for Practice Guidelines. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail.* 2012;14:803-69.
2. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, 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.* 2016, pii: ehw128. [Epub ahead of print].
3. McMurray JJ, Packer M, Desai AS, Gong J, Lefkowitz MP, Rizkala AR, et al., PARADIGM-HF Investigators and Committees. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med.* 2014;371:993-1004.
4. Swedberg K, Komajda M, Böhm M, Borer JS, Ford I, Dubost-Brama A, et al. Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): A randomised placebo-controlled study. *Lancet.* 2010;376:875-85.
5. Escobar C, Divisón JA. Nuevas evidencias en el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada. *Semerger.* 2016 Feb 18. pii: S1138-3593(16)00009-5. doi: 10.1016/j.semerg.2016.01.006. [Epub ahead of print].