

COMENTARIO EDITORIAL

Guías de insuficiencia cardiaca: ACC/AHA vs ESC

Dos perspectivas de un problema global

Ana G. Múnera Echeverri MD^a, Clara Saldarriaga MD^b

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad que afecta del 1 al 2 % de la población mundial y su prevalencia se ha incrementado durante la última década por el aumento de los factores de riesgo cardiovascular y el envejecimiento de la población (1). Esta enfermedad presenta varios retos para los sistemas de salud y para los médicos involucrados en su atención, por los costos asociados a las hospitalizaciones recurrentes por descompensación aguda (2). Adicionalmente, la mortalidad continúa siendo alta y desde la perspectiva de los pacientes, existe un impacto sustancial en su calidad de vida (3). Estas necesidades no resueltas han generado grandes desarrollos en investigación, buscando nuevos medicamentos y dispositivos que permitan mejorar el tratamiento de la enfermedad y por esta razón se realizan actualizaciones frecuentes de las guías, con el objetivo de estandarizar la atención y brindar pautas claras sobre cuales tratamientos utilizar basados en la evidencia.

En este número de JACC en Español, Van der Meer y colaboradores (4), realizaron una comparación magistral entre las dos guías para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca de las sociedades de cardiología más importantes del mundo: El colegio americano de cardiología y la asociación americana del corazón (ACC/AHA) (5) y la sociedad europea de cardiología (ESC) (6). Los autores encontraron algunas semejanzas entre las recomendaciones de ambas guías. Las dos sociedades científicas están de acuerdo en que la pregunta más importante que el clínico debe hacerse cuando tiene en frente a un paciente con insuficiencia cardiaca es por qué ocurrió la enfermedad y para contestar a esta pregunta recomiendan realizar la ecocardiografía para establecer el fenotipo (Insuficiencia cardiaca con función reducida, preservada o moderada-

mente reducida), solicitar estudios para evaluar la presencia de enfermedad coronaria en pacientes que son candidatos a revascularización y la resonancia cardiaca en casos seleccionados para caracterizar el tejido, evaluar la presencia de fibrosis y determinar si existen inflamación o infiltración del miocardio. Otras de las recomendaciones compartidas por las dos guías son el uso de los péptidos natriuréticos para descartar la enfermedad en pacientes con disnea y el uso secuencial de la terapia médica óptima en pacientes con insuficiencia cardiaca con función reducida. Esta terapia debe incluir el uso de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAS) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II), betabloqueadores y antialdosterónicos como terapia de primera línea. La terapia de segunda línea es la inhibición dual de la neprilisina y del receptor de la angiotensina (ARNI) para reemplazar a los IECAS o ARA II en pacientes que persisten sintomáticos y que toleraron una dosis equivalente a 10 mg cada 12 horas de Enalapril y la adición de Ivabradina en pacientes en ritmo sinusal que persisten con frecuencia cardiaca mayor a 70 latidos por minuto a pesar de la máxima dosis tolerada de betabloqueadores o en intolerantes a estos.

Los puntos de desacuerdo entre las dos sociedades científicas se observan en la duración del QRS para considerar la terapia de resincronización cardiaca (TRC). AHA/ACC propone como mínimo 120 milisegundos (ms) de duración del QRS para considerar la TRC, mientras que ESC le da una recomendación clase III al uso de esta terapia en pacientes con QRS menor a 130 ms, estas diferencias se explican por el tiempo histórico de publicación de ambas guías con relación a la publicación del estudio Echo CRT, donde se sugiere un incremento en la mortalidad en pa-

^a Del Servicio Cardiología No invasiva Hospital General de Medellín-Colombia. Investigador Grupo HGM-Universidad CES. Docente Universidad CES. Médico Internista-Cardióloga Universidad Pontificia Bolivariana. Ecocardiografía Universidad CES. FACC. FSIAC. Fellow Ecocardiografía Sociedad Interamericana de Cardiología -ECOSIAC. Capítulo de la Mujer Sociedad Colombiana de Cardiología. Consejo Cardiopatía en la Mujer SIAC-SSC. **Conflicto Intereses:** Ninguno. ^b Profesora asociada de cardiología Universidad de Antioquia. Jefe del programa de cardiología Universidad Pontificia Bolivariana. Líder del programa de insuficiencia cardiaca Clínica CardioVID Medellín- Colombia. FACC. FESC. Fellow HFA of the ESC. **Conflicto Intereses:** Ninguno relevante con relación a este artículo.

cientes con QRS menor a 130 ms y que se llevaron a implante de TRC (7). Sin embargo ambas concuerdan en dar una recomendación clase I a los pacientes con QRS mayor a 150 ms y en sus recomendaciones para la selección de candidatos a desfibrilador implantable como prevención primaria de la muerte súbita.

Van der Meer y colaboradores además resaltan la escasa evidencia que permita formular recomendaciones en ambas guías sobre el tratamiento de la insuficiencia cardiaca con función preservada. Este fenotipo de la enfermedad es cada vez más frecuente en la práctica diaria y sin embargo ambas guías dedican unos pocos párrafos para recomendar solo diuréticos para tratar la congestión y el control de comorbilidades como la hipertensión y la diabetes. Esto refleja la ausencia de resultados positivos en los diferentes ensayos clínicos que han enfrentado la pregunta de cómo disminuir la mortalidad y las hospitalizaciones en este grupo de pacientes, donde los resultados continúan siendo neutros. El ejemplo más reciente es la publicación del estudio PARAGON con Sacubitril Valsartan donde no se observó disminución significativa en la mortalidad, ni en las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en este grupo (8). A su vez la Espironolactona en el estudio TOPCAT mostró beneficio en el subgrupo de pacientes que ingresaron al estudio con péptidos natriuréticos elevados (9).

Vale la pena resaltar que los autores, en su excelente comparación de las dos guías, hacen un énfasis importante en el control de las comorbilidades como parte del éxito del tratamiento de la insuficiencia cardiaca pero no mencionan una gran coincidencia que existe entre ambos documentos y es la recomendación clase IA para el seguimiento multidisciplinar en programas de insuficiencia cardiaca. Esta estrategia de seguimiento ha mostrado disminuir las mortalidad, las hospitalizaciones y mejorar la adherencia a las guías (10,11) con excelentes resultados, incluso en sistemas de salud como los que existen en América Latina (12).

A pesar de las grandes similitudes y escasas diferencias entre las guías, nos enfrentamos a una gran dificultad y es la aplicación de las guías en el escenario de la práctica clínica diaria y el seguimiento a las recomendaciones. Registros

como el CHAMP HF han reportado que hasta una tercera parte de los pacientes no reciben Beta-bloqueadores, IECAS o ARA II o ARNI y 67% no recibieron un antialdosterónico, además el uso de las dosis objetivo de estos medicamentos se alcanzó en solo 17 al 33% (13). Este es un reto importante que nos debe llevar a reflexionar sobre en qué estamos fallando, si es un problema de acceso a las terapias en los sistemas de salud con menos recursos o simplemente nos enfrentamos a un fenómeno de inercia médica.

Finalmente es importante resaltar el recuento que hacen los autores sobre el gran desarrollo reciente de estudios de investigación en insuficiencia cardiaca que han generado documentos de consenso sobre actualización de las recomendaciones como el que publicó recientemente la sociedad europea de cardiología (14), en vista de que la investigación está evolucionando a una mayor velocidad de la que se planea para actualizar formalmente las guías. Algunos ejemplos de estudios recientes que van a modificar futuras guías de ambas sociedades son el estudio COAPT donde se probó la utilidad del clip mitral en insuficiencia mitral funcional (15), el uso temprano de Sacubitril Valsartan previo al alta en pacientes estables después de una descompensación aguda (16) y los Inhibidores del co-transportador sodio glucosa en pacientes con insuficiencia cardiaca con y sin diabetes (17,18).

No nos quedan dudas sobre los tiempos excitantes que estamos viviendo en la evolución del tratamiento de la insuficiencia cardiaca y la mejor manera de navegar con seguridad en un mar de confusión es seguir el rumbo que nos marcan las recomendaciones de las guías, desde dos perspectivas que coinciden mucho y difieren poco de un problema global.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ACC/AHA= Colegio americano de cardiología

ESC= Sociedad europea de cardiología

IECAS= Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina

ARA-II= Antagonistas de los receptores de la angiotensina II

ARNI= Inhibición dual de la neprilisina y del receptor de la angiotensina

TRC= Resincronización cardiaca

ms= milisegundos

DIRECCIÓN PARA LA CORRESPONDENCIA: Correo electrónico: anagme@me.com. Correo electrónico: clarais@une.net.co, Twitter: [@clara_clarais](https://twitter.com/clara_clarais)

BIBLIOGRAFÍA

1. Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, et al. Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Failure*. 2014; 1:4-25.
2. Lesyuk W, Kriza C, Kolominsky-Rabas P. Cost-of-illness studies in heart failure: a systematic review 2004-2016. *BMC Cardiovasc Disord*. 2018 May 2;18(1):74.
3. Hallas CN, Wray J, Andreou P, et al. Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart Lung*. 2011 Mar-Apr;40(2):111-21.
4. Van der Meer P, Gaggin HK, William Dec G. ACC/AHA versus ESC Guidelines on Heart Failure. *J Am Coll Cardiol* 2019;73:2756-68.
5. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2016 ACCF/AHA/HFSA focused update on the 2013 ACCF/AHA guidelines for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *J Am Coll Cardiol* 2016;68: 1476-88.
6. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, 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. *Eur Heart J* 2016;37:2129-200.
7. Ruschitzka F, Abraham WT, Singh JP, et al. EchoCRT Study Group. Cardiac-resynchronization therapy in heart failure with a narrow QRS complex. *N Engl J Med*. 2013 Oct 10;369(15):1395-405.
8. Solomon SD, McMurray JJV, Anand IS, et al. PARAGON-HF Investigators and Committees. Angiotensin-Neprilysin Inhibition in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med*. 2019 Sep 1. doi: 10.1056/NEJMoa1908655. [Epub ahead of print] *PubMed PMID*: 31475794.
9. Pitt B, Pfeffer MA, Assmann SF, et al. TOPCAT Investigators. Spironolactone for heart failure with preserved ejection fraction. *N Engl J Med*. 2014 Apr 10;370(15):1383-92.

10. Feltner C, Jones CD, Cené CW, et al. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2014 Jun 3;160(11):774-84
11. Comín-Colet J, Enjuanes C, Lupón J, et al. 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 (Engl Ed).* 2016 Oct;69(10):951-961.
12. Saldarriaga CI, Garcés JJ, Agudelo A, et al. Impacto clínico de un programa de falla cardiaca, *Revista Colombiana de Cardiología*, Volumen 23, Issue 4, 2016 : 260-264.
13. 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 Jul 24;72(4):351-366.
14. Seferovic PM, Ponikowski P, Anker SD, et al. Clinical practice update on heart failure 2019: pharmacotherapy, procedures, devices and patient management. An expert consensus meeting report of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2019 May 26. doi: 10.1002/ehf.1531. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 31129923.
15. Stone GW, Lindenfeld J, Abraham WT, et al. COAPT Investigators. Transcatheter Mitral-Valve Repair in Patients with Heart Failure. *N Engl J Med.* 2018 Dec 13;379(24):2307-2318.
16. Velazquez EJ, Morrow DA, DeVore AD, et al. PIONEER-HF Investigators. Angiotensin-Nephrilysin Inhibition in Acute Decompensated Heart Failure. *N Engl J Med.* 2019 Feb 7;380(6):539-548.
17. McMurray JJV, DeMets DL, Inzucchi SE, et al. DAPA-HF Committees and Investigators. A trial to evaluate the effect of the sodium-glucose co-transporter 2 inhibitor dapagliflozin on morbidity and mortality in patients with heart failure and reduced left ventricular ejection fraction (DAPA-HF). *Eur J Heart Fail.* 2019 May;21(5):665-675.
18. Abraham WT, Ponikowski P, Brueckmann M, et al. Rationale and design of the EMPERIAL-Preserved and EMPERIAL-Reduced trials of empagliflozin in patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2019 Jul;21(7):932-942.