

REAFIRMÁNDONOS EN LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO CUADRUPLE EN IC. GUÍAS AMERICANAS DE IC 2022.

Autor: Marcos García Aguado

Fecha de publicación: 05/04/2022

Patología: IC / Categoría: Novedades

Tiempo de lectura: 3 minutos



La **ACC (American College of Cardiology)**, la **AHA (American Heart Association)** y la **HFSA (Heart Failure Society of America)** acaban de [publicar](#) sus guías de insuficiencia cardiaca (IC) actualizadas, alineándose con los últimos documentos publicados, como las guías de la **Sociedad Europea de Cardiología**, e incluso llegando más allá con algunas aportaciones en consonancia con la práctica clínica mayoritaria.

Estos son los puntos más relevantes:

1. Nos recuerdan que la IC es un continuo. Inciden en la importancia de la prevención primaria, para evitar el desarrollo de una patología crónica que irreversiblemente lleva a la muerte. Recordemos que la IC, según series, presenta mortalidades superiores al 70% a los 10 años.
2. Insisten en clasificar la IC en 4 estadios, para incidir nuevamente en la prevención. Estos estadios eran llamados previamente como A, B, C y D. Actualmente modifican los nombres para hacerlos más amigables, sobre todo para profesionales que no estén tan directamente implicados en la IC:
 - Ahora el estadio A se llama “**en riesgo de IC**” y sigue haciendo referencia a los pacientes con factores de riesgo de desarrollo de IC, como la DM, la HTA o la enfermedad coronaria, incluyendo ahora también miocardiopatías familiares (genéticas) y exposición a cardiotóxicos.
 - El estadio B pasa a llamarse “**pre-IC**” y hace referencia a los pacientes con cambios estructurales/funcionales del VI que predisponen al desarrollo de IC,

pero también incluye a aquellos pacientes con elevación patológica de péptidos natriuréticos (PN), todos ellos sin signos ni síntomas de IC. Por tanto, se recomienda realizar la determinación de los PN para identificar a pacientes en fase de riesgo de desarrollo de IC. Además, se insiste en la determinación de PN a los pacientes con disnea, sobre todo por su valor predictivo negativo.

- El estadio C pasa a llamarse “**IC sintomática**” y define a los pacientes que ya han desarrollado IC.
 - El estadio D se denomina ahora como “**IC avanzada**”.
3. El documento insiste mucho en la prevención de la IC, es decir, en la actuación en los estadios “en riesgo de IC” y “pre-IC”. Nos aporta recomendaciones para la prevención del desarrollo de IC, fundamentalmente mediante el control efectivo de los factores de riesgo y mediante el uso de **iSGLT2** en pacientes con DM que se posicionan como fármacos fundamentales en la reducción del riesgo de IC.
 4. Al igual que las guías europeas, se clasifica la IC según la FEVi (*fracción de eyección del ventrículo izquierdo*), pero se define una nueva categoría, la de la **IC con fracción de eyección mejorada (ICFem)** y que corresponde a los pacientes que evolucionan desde una IC con FEVi reducida (FEVi < 40%) a una FEVi conservada o ligeramente reducida (FEVi > 40%). Se insiste que los pacientes con ICFem deben seguir con los mismos medicamentos pronósticos de la IC con FEVi reducida, por tanto, no deben suprimirse los fármacos con impacto pronóstico.
 5. Insistencia en la creación de programas de atención multidisciplinar en la IC sintomática y avanzada.
 6. Se remarca que los pacientes con IC con FEVi reducida sintomática deben estar tratados con los **cuatro fármacos** pronósticos: Betabloqueantes, antagonistas de los receptores de los mineralocorticoides, iSGLT2 (dapagliflozina y empagliflozina) y los inhibidores del sistema renina-angiotensina (RAS).
 7. Respecto al uso de los RAS, establecen al fármaco dual **sacubitrilo-valsartán** como el fármaco de **primera elección**. En caso de no poder utilizarlos, recomiendan el uso de los IECAS y solo en caso de intolerancia a estos últimos, uso de los ARA II.
 8. El documento valora el coste efectividad de las medidas, dando a los iSGLT2 un valor intermedio, como el que presenta el trasplante cardiaco.
 9. Recuerda el papel de **hidralazina+dinitrato de isosorbide** como terapia para los pacientes con IC FEVi reducida afroamericanos y con alto valor en relación con su coste-efectividad.
 10. Recuerda la utilidad de la **ivabradina** en pacientes con IC FEVi recucida en ritmo sinusal con frecuencias superiores a 70 lx´ que no mejoren de forma adecuada con dosis máxima de betabloqueantes.
 11. Añade los **OMEGA 3** (PUFA) como tratamiento para los pacientes, una vez optimizada la terapia con las dosis máximas toleradas de los cuatro fármacos principales

12. Actualiza la información recordando el uso de fármacos **quelantes de potasio** cuando los niveles son compatibles con hiperpotasemia en pacientes tomadores de fármacos bloqueantes del sistema renina angiotensina aldosterona.
13. Incluye los **iSGLT2** (*por el momento la empagliflozina*) en IC ligeramente reducida y la IC preservada.

Las guías pretenden simplificar la terminología, insistir que puede prevenirse la IC y que, en caso de desarrollarla, disponemos de fármacos que mejoran la supervivencia y aportan beneficios claros, optimizando la terapia.

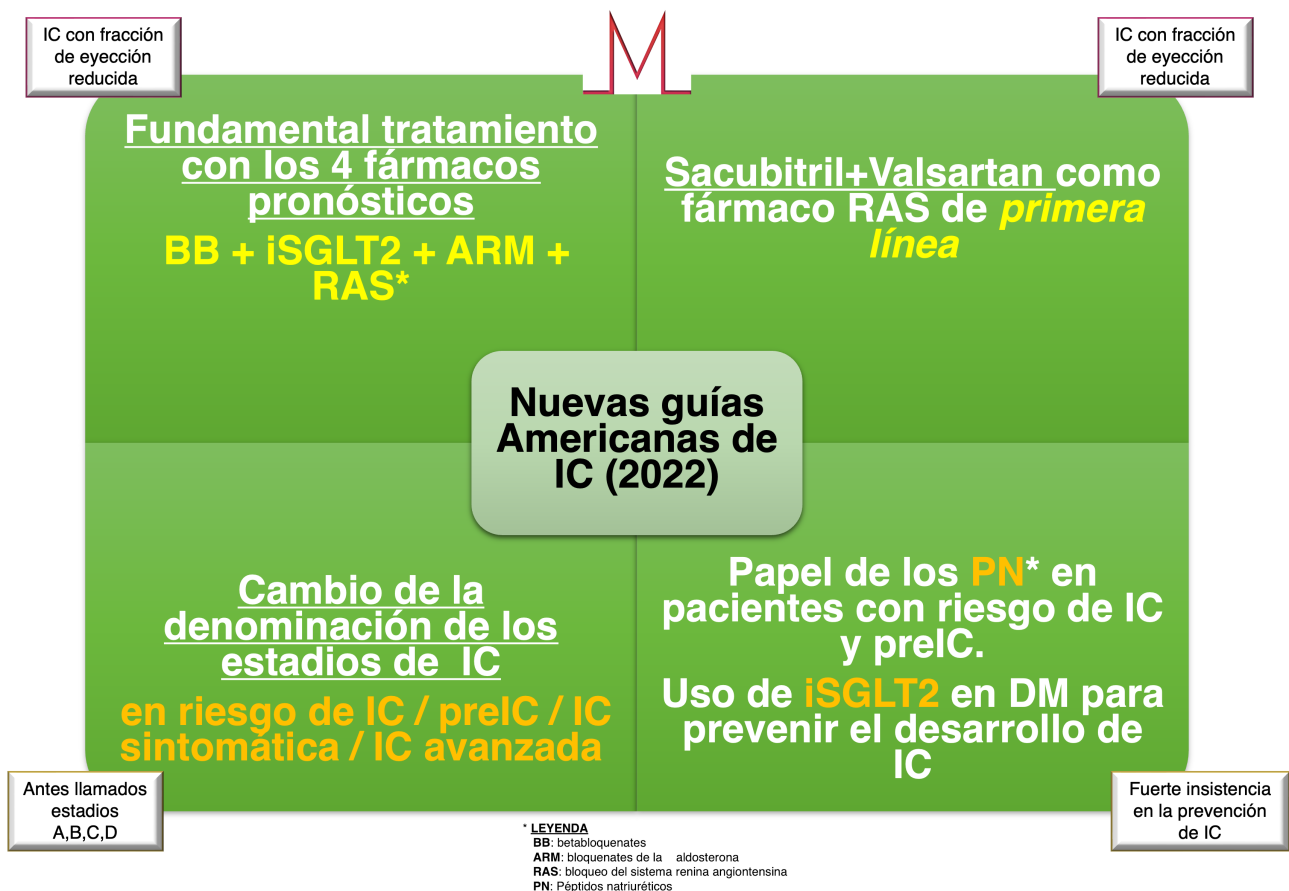


Ilustración 1. Nuevas aportaciones de las guías Americanas de IC 2022

REFERENCIAS

[Circulation. 2022. Apr 1.](#)