

Resumen comentado de las nuevas guías de la Sociedad Europea de Cardiología, München 25-29 de Agosto 2018

José Ildefonso Arocha Rodulfo*

Resumen

El Congreso 2018 de la Sociedad Europea de Cardiología publicó cuatro nuevas guías de práctica clínica sobre: Hipertensión arterial, síncope, revascularización miocárdica y enfermedad cardiovascular durante el embarazo, así como un documento de consenso sobre la Cuarta Definición Universal del Infarto del Miocardio. Esta guías resumen toda la evidencia reciente, investigación y experticia relevante a estas condiciones cardiovasculares, proveyendo un recurso vital para los profesionales en su práctica clínica diaria y se han realizado de manera más concisa y mucho más visual con ilustraciones y amplio uso de gráficas y figuras.

Palabras clave: Hipertensión arterial; infarto del miocardio; embarazo; revascularización miocárdica; enfermedad cardiovascular; síncope.

Summary and Comments of the New Guides of the European Society of Cardiology held in München (august 2018)

Ildefonso Arocha Rodulfo

Abstract

ESC Congress 2018 brought the release of four new ESC Clinical Practice Guidelines on: Arterial Hypertension; Syncope; Myocardial Revascularization; and Cardiovascular Diseases during Pregnancy, as well as a consensus document on the Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction. This guidelines summarize all recent evidence, research and expertise relevant to these cardiovascular conditions and provides a vital resource for practicing healthcare professionals, made more concise and much more visual with illustrations and extensive use of graphics and figures.

Key words: Arterial hypertension; myocardial infarction; pregnancy; myocardial revascularization; cardiovascular diseases; syncope.

Introducción

El reciente congreso europeo, realizado en la hermosa ciudad bávara de München, cuya audiencia superó los 30.000 asistentes de 156 países, comprendió 587 sesiones científicas y 29 presentaciones y discusiones de última hora de trabajos poblacionales de investigación que ameritan ser reseñadas; sin embargo, vista la profusión de los mismos se han escogido los cinco documentos científicos más relevantes que pudieran modificar o tener un impacto en el futuro en la elaboración de pautas terapéuticas o en el hábito de prescripción del

* Médico cardiólogo, Presidente del Capítulo de Hipertensión Arterial, Sociedad Venezolana de Cardiología

RESUMEN COMENTADO DE LAS NUEVAS GUÍAS DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA, MÜNICH 25-29 DE AGOSTO 2018

médico acompañada de la referencia bibliográfica correspondiente (identificación de objeto digital por digital object identifier)/dirección URL, donde puede ser consultado el artículo original.

En las guías europeas es costumbre cumplir el protocolo de clasificación de la evidencia como sigue:

Clase de la recomendación

I.- Evidencia y/o acuerdo general que un procedimiento diagnóstico/terapéutico es beneficioso, útil y efectivo.

II.- Evidencia conflictiva y/o divergencia de opinión sobre la utilidad/eficacia del tratamiento:

Clase IIa: El peso de la evidencia/opinión está a favor de la utilidad/eficacia.

Clase IIb: La utilidad/eficacia no está bien establecida por la evidencia/opinión.

Niveles de evidencia

A. Datos provenientes de múltiples ensayos clínicos aleatorios o meta análisis.

B. Datos provenientes de un solo estudio clínico aleatorio o de estudios grandes no aleatorios.

C. Consensos de opinión de expertos y/o estudios pequeños, estudios retrospectivos y registros de casos.

a.- Guía europea 2018 de Hipertensión Arterial⁽¹⁾ (HTA)

En la HTA hay dos problemas monumentales: el primero se relaciona al carácter asintomático y crónico de la condición lo cual redundará en las dificultades para la detección a tiempo; el segundo se refiere que, aún siendo diagnosticada, el control de las cifras tensionales es demasiado pobre. Sin embargo, hoy tenemos más evidencia que sugiere que los médicos pueden realizar el diagnóstico con mayor confianza y lograr un mejor control gracias a las mediciones de la Presión Arterial (PA) en su domicilio.

En líneas generales, se resume esta nueva guía europea de la HTA:

- No se cambió la definición de HTA, permaneciendo invariables las cifras establecidas en las guías del 2013 con presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o PAD ≥ 90 mmHg.

Tabla 1. Clasificación de la PA en el consultorio y definición de los grados de HTA

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Óptima	<120	y	<80
Normal	120 a 129	y/u	80 a 84
Normal alta	130 a 139	y/u	85 a 89
HTA grado 1	140 a 159	y/o	90 a 99
HTA grado 2	160 a 179	y/o	100 a 109
HTA grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	y	<90

a La categoría de PA es definida por la PA con el paciente sentado y por el nivel más elevado, sea sistólica o diastólica.

b HTA sistólica aislada es grado 1, 2 o 3 de acuerdo al valor de presión sistólica en el rango indicado.

La misma clasificación se emplea para todos los grupos de edad mayores de 16 años.

- Gracias a la nueva evidencia surgida del estudio Systolic Pressure Intervention Trial⁽²⁾ (SPRINT), la meta de una cifra aceptable de control de la presión arterial (PA) se ha establecido en menos de 130/80 mmHg para la mayoría de los pacientes. Esto significa que un mayor número de pacientes recibirá tratamiento farmacológico adicional a los cambios terapéuticos en el estilo de vida (CTEV) y otros ameritarán la asociación de una segunda droga. Estas estrategias pueden causar preocupación entre algunos médicos por los riesgos inherentes a los efectos adversos y/o al descenso acentuado de la PA con síntomas como caída; sin embargo, el monitoreo clínico cuidadoso puede evitar tales problemas.
- Además del diagnóstico en la lectura del consultorio, las determinaciones fuera de él (como por ejemplo automedición o determinación en la casa) son herramientas muy valiosas que contribuyen al diagnóstico y control.
- Recomienda descender la PA con tratamiento farmacológico y cambios en el estilo de vida en paciente con riesgo cardiovascular alto y PA normal alta (PAS: 130–139/ PAD: 85–89 mmHg) y en aquellos con HTA grado I (PAS: 140–159/PAD:

90–99 mmHg), incluyendo pacientes ancianos (>65 pero <80 años).

- Las cifras meta de tratamiento para todos los pacientes se establecen en 130/80 mmHg o menos, y en los pacientes <65 años se sugiere una PAS en el rango de 120 a <130 mmHg.
- Las pautas ponen mayor atención a la HTA del anciano y señalan que la fragilidad y la edad biológica más, que la edad cronológica, son determinantes en la tolerabilidad y beneficio de las drogas antihipertensivas. Para los pacientes >65 años, la cifra meta es 130 a <140 mmHg y nunca menor a 120 mmHg, ya que puede traer efectos adversos.
- Las nuevas guías insisten en iniciar el tratamiento con dos drogas en combinación en la mayoría de los pacientes, contrario a la recomendación previa del tratamiento escalonado.
- Las nuevas guías enfatizan en conceptualizar el riesgo cardiovascular global (RCVG) del paciente y no solamente la PA. En consecuencia, la existencia de daño a órgano blanco debido a la HTA implica una intervención terapéutica más enérgica.
- Al igual que en las versiones anteriores, se incluyó una amplia sección para cubrir diversos temas como HTA resistente, genética de la HTA, HTA secundaria, subgrupos importantes de pacientes, tales como HTA enmascarada, HTA de “bata blanca”, HTA no controlada, HTA en el anciano, en la mujer (embarazadas, anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutiva), ciertos grupos étnicos, HTA en diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrilación auricular, enfermedad vasculo-cerebral, etc.
- La no adherencia juega un papel protagónico en el mal control de la PA y el mayor número de tabletas favorece el no cumplimiento o cumplimiento irregular. De allí que deben preferirse las combinaciones de

dosis fijas de dos y hasta tres componentes en una tableta, lo cual confiere un mayor margen seguridad en el control de la PA.

- Existe una tendencia creciente en que el aumento de ácido úrico, aún inferior a valores típicamente asociados con gota, está independientemente asociado con aumento en el riesgo cardiovascular tanto en la población general como en los hipertensos. De modo que la determinación de ácido úrico debe ser parte del estudio del paciente hipertenso.
- Para pacientes con HTA resistente, se recomienda la adición de espironolactona.
- En contraste a las guías del año 2013, el tratamiento de la HTA resistente, basado en dispositivos no se recomienda hasta disponer de mayor evidencia en cuanto a la eficacia y seguridad.

En resumen, estas nuevas guías son más accesibles y elaboradas de manera más amigable y fácil de revisar, tanto para los médicos especialistas, como no especialistas o dedicados a esta área. De particular relevancia son los tres apartados finales, identificados como los subtítulos 11, 12 y 13 correspondientes a los “vacíos” en la evidencia, mensajes claves y qué hacer y no hacer de acuerdo a las guías, respectivamente. Estos tres items, junto con el apartado 2.1 ¿Qué es lo nuevo y qué ha cambiado en las guías 2018 de hipertensión arterial? ofrecen una visión general pero consistente de su contenido.

b.- Cuarta Definición Internacional Conjunta del Infarto del Miocardio.

Tradicionalmente, diagnóstico de infarto de miocardio (IM) estuvo centrado en los cambios electrocardiográficos (ECG), lo cual se modificó notablemente con la introducción de los biomarcadores. En el año 2000, se publicó la primera definición de IM, basada principalmente en los niveles circulantes de troponina cardíaca (cTn). El sustento de tal definición fue que la lesión miocárdica detectada por biomarcadores anormales en el contexto de la isquemia miocárdica aguda debe etiquetarse como IM. Una segunda definición universal

RESUMEN COMENTADO DE LAS NUEVAS GUÍAS DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA, MÜNICH 25-29 DE AGOSTO 2018

(año 2007) introdujo un nuevo sistema de clasificación del IM con cinco categorías y la tercera (año 2012), incluyó modificaciones relacionadas con pacientes sometidos a procedimientos coronarios o cirugía cardíaca y biomarcadores más sensibles.

El incremento cada vez mayor en la utilización de la troponina (cTn), gracias a su sensibilidad, y el creciente número de pacientes coronarios con múltiples morbilidades ha sido un llamado a refinar la comprensión de la definición del infarto del miocardio y por ello se ha elaborado esta Cuarta Definición 2018⁽³⁾, documento conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología, Colegio Americano de Cardiología, Asociación Americana de Cardiología y la Federación Mundial de Cardiología (ESC, ACC/AHA, WHF por sus correspondientes siglas en inglés) con la finalidad de proveer nuevos conceptos y actualizar otros en respuesta al conocimiento que se han generado desde la Tercera Definición del Infarto del Miocardio⁽⁴⁾.

Entre los nuevos conceptos se distinguen:

- La diferencia entre infarto e injuria del miocardio. Siendo la lesión del miocardio un requisito previo para el diagnóstico de infarto del miocardio (IM), también es una entidad en sí misma por lo que la definición actual refleja la necesidad de distinguir entre lesiones isquémicas y no isquémicas.

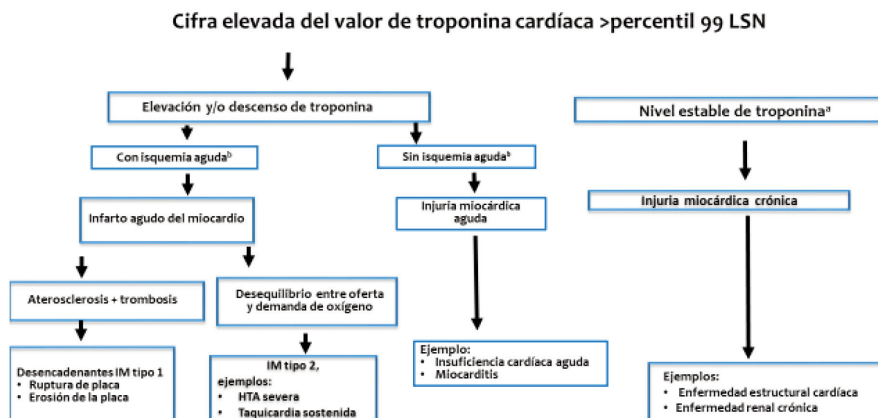
En consecuencia, la lesión del miocardio se define como un nivel elevado de cTn por encima del límite superior del percentil 99 de la normali-

dad, y la lesión se considera aguda si hay un aumento y / o descenso de los valores de cTn.

La injuria o lesión miocárdica no isquémica puede surgir secundaria a muchas afecciones cardíacas, como la miocarditis, o asociarse con afecciones no cardíacas, como insuficiencia renal. Por lo tanto, los médicos deben determinar si los valores elevados de cTn se deben a una lesión miocárdica no isquémica o a uno de los subtipos IM.

- Papel de las imágenes cardíacas en la detección del infarto del miocardio: Resonancia magnética cardiovascular para definir la etiología de la agresión miocárdica y empleo de la angiotomografía en la sospecha de IM.
- Actualización en la definición de los cinco tipos de IM, especialmente en cuanto al léxico y los mecanismos pertinentes, brevemente:
 - **Tipo 1:** Énfasis en la relación causal de la ruptura de la placa con la aterotrombosis coronaria.
 - **Tipo 2:** En el contexto del desequilibrio de demanda de oxígeno con el suministro no relacionado a aterotrombosis coronaria aguda. El documento identifica situaciones asociadas con lesiones miocárdicas que hasta ahora se han etiquetado de manera flexible como IM tipo 2. Estas incluyen embolia, disección espontánea y espasmo, junto con aterosclerosis coronaria subyacente sin disrupción de la placa (**Figura 1**).

Figura 1. Modelo para interpretar la isquemia miocárdica



HTA: Hipertensión arterial; IM: Infarto del miocardio; LSN: Límite superior de la normalidad

a. Estable: se refiere a una variación ≤ 20% de las cifras de troponina en el contexto clínico apropiado;
b. Isquemia implica signos y/o síntomas clínicos de isquemia miocárdica

Modificado de Thygesen K et al. Circulation 2018; 138:e000-e000.
DOI: 10.1161/CIR.0000000000000617.

- **Tipo 3:** Aclara el por qué esta categoría es muy útil para diferenciar la muerte súbita cardíaca al no haber elevación de la cTn.
- **Tipos 4:** IM como consecuencia de ICP.
- **Tipo 5:** IM como resultado de bypass coronario (CABG).

En cada caso, un incremento de cTn puede inducir a tratamiento que no está demostrado o que puede ser nocivo, específicamente la prescripción de anticoagulación o tratamiento antiplaquetario dual. Las pruebas subsiguientes, como la angiografía coronaria o angiotomografía (y la intervención coronaria percutánea) también pueden llevarse a cabo sin fuerte indicio de beneficio.

Por otro lado, la actualización analiza los protocolos basados en cTn de alta sensibilidad, de rápida eliminación y reglamentación rápida para pacientes que presentan dolor torácico e identifica situaciones en las que puede ser particularmente valiosa:

- Descripción de formas “especiales” de infarto del miocardio, incluyendo el infarto del miocardio sin enfermedad coronaria obstructiva (MINOCA por myocardial infarction with non-obstructed coronary arteries), síndrome de Takotsubo, infarto del miocardio asociado con enfermedad renal, con insuficiencia cardíaca y el infarto del miocardio silente o no reconocido.

Es interesante destacar que el concepto de subtipos de IM recién se incorporó en los códigos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) en octubre de 2017, por lo que esta Cuarta Definición Universal de Infarto del Miocardio proporciona una oportunidad para encajar diferentes tipos de infarto de miocardio en códigos más específicos de la CIE-10.

c.- Pautas sobre revascularización miocárdica⁽⁵⁾

En el desarrollo de la última versión de estas pautas, la fuerza de trabajo consistente de miembros de la ESC y de la European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) revisó la evidencia disponible para el diagnóstico, manejo y/o prevención de la enfermedad vascular⁽⁵⁾. Conjuntamente con la evaluación crítica de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos para determinar su relación de riesgo/beneficio, el comité también calculó los estimados de los desenlaces clínicos esperados.

El grupo de trabajo también hizo varios cambios a las recomendaciones establecidas en la versión previa, publicada en el año 2014, con numerosas adiciones y en varios casos la fortaleza de la recomendación fue elevada o descendida de categoría.

- Las nuevas recomendaciones clase I incluyen el cálculo del score SYNTAX, el cual predice si la intervención coronaria percutánea (ICP) puede lograr beneficios similares a los esperados con la cirugía de bypass coronario (CABG), cuando se considere la revascularización del tronco principal de coronaria izquierda o enfermedad de múltiples vasos. Para enfermedad más compleja, la supervivencia a largo plazo es mejor con cirugía, pero CABG e ICP tienen desenlaces similares en casos menos complejos.
- Los pacientes con diabetes tienen mejores desenlaces con la cirugía, independiente de la complejidad de la enfermedad.
- El acceso radial se recomienda como el abordaje estándar para la angiografía coronaria e ICP e igualmente se recomiendan los stent farmacológicos para todos los procedimientos de ICP.
- En los pacientes que se han estabilizado después de un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCA-SEST), la estrategia de revascularización debe ser elegida en concordancia con los principios utilizados para la enfermedad arterial coronaria (EAC) estable.
- En los pacientes con EAC, insuficiencia cardíaca y una fracción de eyección del ventrículo izquierdo igual o menor a 35%, el CABG es recomendado como el procedimiento de elección para la revascularización miocárdica.
- En pacientes con alto grado de estenosis, el injerto de arteria radial debe ser empleado en lugar de la vena safena.
- Otra recomendación clase I se refiere a la reevaluación sistemática de los pacientes que se han sometido a revascularización miocárdica.

RESUMEN COMENTADO DE LAS NUEVAS GUÍAS DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA, MÜNICH 25-29 DE AGOSTO 2018

- El papel de un equipo cardíaco multidisciplinario (“cardiac team”) ocupa un lugar destacado en la lista de recomendaciones. Esto se propuso por primera vez en 2014, pero tiene un lugar mucho más destacado en las últimas directrices por ser muy importante en optimizar la atención al paciente al tomar en cuenta la opinión de todos los miembros del equipo.
 - En términos de exámenes preprocedimiento, las directrices 2018 dan más peso al uso a la determinación de la Reserva de Flujo Fraccional (FFR) como nueva herramienta para ayudar en la evaluación de la severidad de la estenosis de la arteria coronaria, aunque su inspección visual sigue siendo un enfoque estándar.
 - Como recomendaciones IIa se incluye considerar la ICP como alternativa al CABG, pero debe ser priorizada la revascularización integral cuando se escoge entre los dos procedimientos. La razón estriba en que es la extensión de la isquemia la condicionante del beneficio de la revascularización; de modo que si se tiene un área grande de isquemia puede obtener un gran beneficio de la revascularización, pero si la misma no se hace completa potencialmente se puede perder parte del beneficio. De allí que toda revascularización debe ser completa.
 - La guía también recomienda que el volumen anual de ejecución de ICP del tronco principal de la coronaria izquierda para un operador debe ser 25 casos.
 - Otra recomendación clase IIa se refiere a los pacientes con fibrilación auricular no valvular, que requieren anticoagulación y tratamiento antiplaquetario y deben recibir anticoagulantes orales no vitamina K en lugar de los antagonistas de la vitamina K.
 - Los pacientes con enfermedad renal crónica moderada o severa deben recibir hidratación antes y después del procedimiento con solución salina, si el volumen de contraste a utilizar es mayor a 100 mL.
 - En relación a las drogas, los pacientes naive de inhibidores de P2Y12 que son sometidos a ICP deben recibir cangrelor o inhibidores de glicoproteína IIb/IIIa si tienen un SCA.
- Las dos últimas recomendaciones de la guía son clase III y se refieren a:
- Contra la implantación de stents reabsorbibles liberadores de fármacos fuera de estudios clínicos. Este estamento está asociado con el incremento de eventos cardíacos mayores en el estudio ABSORB 3, donde se comparó el stent reabsorbible con everolimus con el stent estándar de everolimus.
 - Revascularización rutinaria de lesiones en arterias no culpables en pacientes con infarto del miocardio en shock.
- Las recomendaciones que han sido promovidas en estas guías incluyen:
- La implantación de stent debe ser en el vaso principal cuando se realiza la ICP en lesiones de bifurcación, seguida por una angioplastia provisional con balón con o sin stent de la rama lateral. Esta recomendación pasó de clase IIa a clase I.
 - La recomendación de que los sobrevivientes de parada cardíaca extra hospitalaria que tienen un ECG consistente con IM con elevación de ST (IMSEST) deben ser sometidos inmediatamente a angiografía coronaria y revascularización. Pasó a ser clase I.
 - También se promovió a clase I la recomendación de que todos los pacientes deben ser evaluados para el riesgo de nefropatía inducida por contraste.
 - El empleo de la tomografía de coherencia óptica para la optimización del stent pasó de clase IIb a IIa.
- Fueron degradadas las siguientes recomendaciones:
- Uso de dispositivos de protección para ICP de lesiones en injertos de vena de safena.

- Empleo de bivalirudina para ICP en SCA-SEST e IMCEST.
- Utilización de ICP en EAC de múltiples vasos en pacientes con diabetes y score SYNTAX menor de 23.
- Determinación de la función plaquetaria en pacientes que serán sometidos a cirugía cardíaca con la finalidad de guiar la interrupción de la terapia antiplaquetaria.
- Los pacientes con características de alto riesgo no deben darse de alta, sino someterse a una evaluación diagnóstica intensiva en una unidad de atención al síncope o en una unidad de observación en el servicio de urgencias u hospitalizarse.
- Los pacientes que no tienen características de riesgo alto ni bajo se deben observar en el servicio de urgencias o en una unidad de síncope en vez de hospitalizarse.

d.- Guía del Diagnóstico y Manejo del Síncope⁽⁶⁾

El síncope es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de emergencia e implica un amplio abanico de causas, variando desde las absolutamente benignas (por fortuna, en la mayoría de los casos) hasta condiciones más serias que conlleven un alto nivel de estrés para el médico tratante.

Esta guía se elaboró con la contribución de la Asociación Europea del Ritmo Cardíaco (EHRA por sus siglas en inglés) y, en contraste a otros documentos similares, participaron muchos expertos, no solamente cardiólogos, reconocidos en otras especialidades de la medicina^(6,7).

Un aspecto destacado es que la mayoría de los episodios de síncope ocurren fuera del hospital, muchas veces sin testigos, lo cual genera una sustancial carga de ideas especulativas en cuanto a su causa. Notablemente, cerca de 1% de los pacientes con síncope fallecen al cabo de un mes de su visita al servicio de urgencias, mientras que casi 10% presentarán un desenlace grave, dos tercios de los cuales ocurren mientras están en el servicio de urgencias.

Después de un examen inicial de los pacientes con síncope en urgencias, que incluye antecedentes personales patológicos, exploración física con presión arterial en reposo y en posición de decúbito supino, y electrocardiografía para todos los pacientes, las guías recomiendan que:

- Los pacientes que solo tienen características de bajo riesgo, que probablemente tengan un síncope reflejo, circunstancial u ortostático, sean dados de alta directamente del servicio de urgencias.

El documento incluye varias tablas que enumeran las características de alto riesgo, como son anomalías clínicas que sugieran un origen isquémico del síncope, el síncope durante el ejercicio o en posición supina, palpitations de inicio brusco que inducen síncope rápidamente, historia de enfermedad cardíaca estructural, así como hallazgos en la exploración física (hipotensión y bradicardia persistentes sin explicación, hemorragia gastrointestinal, soplos cardíacos) y finalmente, cambios electrocardiográficos que sugieran enfermedad estructural o eléctrica primaria. También define criterios para los pacientes con características de alto riesgo que favorecen el manejo inicial en una unidad de observación en el servicio de urgencias o su derivación rápida a una unidad de atención al síncope frente a la hospitalización.

Sin embargo, tales escalas no tienen mejor desempeño que el criterio clínico para predecir los desenlaces graves a corto plazo. Aunque se pueden tomar en cuenta estas herramientas, la guía recomienda que no se utilicen de manera aislada para estratificar el riesgo en el servicio de urgencias.

En algunos países se ha avanzado de manera importante en la implantación de “Unidades de síncope”, donde queda patente que muchos de estos pacientes necesitan de la intervención de múltiples tipos de especialistas para obtener un diagnóstico adecuado y una terapia efectiva.

En líneas generales,

- La guía consta de 113 recomendaciones (de las cuales 46 son clase I) y 19 reglas simples que guiarán el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con síncope.

RESUMEN COMENTADO DE LAS NUEVAS GUÍAS DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA, MÜNICH 25-29 DE AGOSTO 2018

- Publica una nueva adenda con instrucciones prácticas para los médicos sobre cómo llevar a cabo las pruebas diagnósticas e interpretar los resultados.
- Una nueva sección clave recomienda videograbaciones de los episodios transitorios espontáneos de pérdida del conocimiento que se sospechen de carácter no sincopal. Específicamente, los médicos deben valorar añadir videograbación a la prueba de la mesa basculante para aumentar la fiabilidad de la observación clínica de los episodios inducidos, y recomendar a los pacientes y sus familiares que graben los episodios espontáneos o las caídas, esto es sencillo por la amplia disponibilidad de los teléfonos inteligentes.
- Con base en la participación de los miembros de la comisión de medicina interna, las guías clínicas también recomiendan a los médicos considerar las pruebas básicas de la función autonómica cardiovascular, como la maniobra de Valsalva, la prueba de respiración profunda o la monitorización de la presión arterial ambulatoria, en pacientes con probable hipotensión ortostática neurogénica.
- En la prueba basculante se incluye la recomendación de hacer una grabación de video del estudio, pero en particular, del episodio sincopal reproducido. Esto tiene como finalidad no sólo la documentación, sino poder hacer un análisis preciso del tipo de movimientos, cantidad y duración de los mismos. Hay ocasiones en que es complejo diferenciar entre crisis convulsivas y síncope con movimientos anormales (crisis de Stokes-Adams). Un análisis de los movimientos registrados puede ayudar a diferenciar entre unas y otras.
- Entre las medidas que representan la piedra angular del tratamiento y tienen alto impacto para reducir la recidiva en pacientes con síncope reflejo e hipotensión ortostática, se cuentan: la clara explicación del diagnóstico, lo benigno del mismo, informar del riesgo de recidiva y aconsejar

sobre la manera de evitar factores y situaciones desencadenantes.

- Recomiendan extender el uso de grabadoras de circuito implantables para el diagnóstico en pacientes con caídas inexplicables, epilepsia sospechada o episodios recurrentes de síncope inexplicable y un bajo riesgo de muerte cardíaca súbita.

Dos indicaciones de clase I para estos dispositivos se incluyen en la evaluación temprana de:

- Los pacientes con síncope recurrente de origen incierto, sin criterios de alto riesgo y con una gran probabilidad de recidiva.
- Aquellos con criterios de alto riesgo en quienes una evaluación exhaustiva no logra identificar una causa del síncope o da por resultado un tratamiento específico, y que no tienen indicaciones de prevención primaria para un desfibrilador cardioversor implantable o marcapasos.

Estas nuevas guías dejan claro que se ha avanzado en el conocimiento y la comprensión del síncope, abordándolo como un síntoma complejo, que requiere de muchas competencias. Las guías dejan atrás una serie de ideas ya rebasadas, y enfatizan la utilidad de nuevas tecnologías y herramientas visuales para hacer mejores diagnósticos y por lo tanto, abren el camino para opciones terapéuticas más efectivas. Finalmente, ofrecen mayor claridad en la toma de decisiones terapéuticas con algoritmos sencillos y una ingente cantidad de material adicional en línea que permite obtener un panorama muy completo de lo que se ha aprendido en los últimos años. Sin duda es un documento que hay que conocer y empezar a aplicar en la práctica justamente por su espíritu pragmático y su claridad.

e.- Guía para el Manejo de la Enfermedad Cardiovascular durante el Embarazo⁽⁸⁾

La ESC señala que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal razón por la cual las mujeres mueren durante el embarazo en los países occidentales. En comparación con las embarazadas sanas, las que tienen algún tipo de ECV tienen un riesgo 100 veces mayor de muerte o falla cardíaca. La mayoría de las mujeres con esta condición tienen un embarazo saludable. Sin embargo, deben

estar conscientes de que tienen un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, incluido el parto prematuro, la preeclampsia y el sangrado posparto. Así, estiman que entre el 18 y el 30 por ciento de la descendencia tiene complicaciones y hasta el 4 por ciento de los recién nacidos muere.

Las ECV en el embarazo están aumentando en la medida de una mayor edad del primer embarazo, junto con las tasas más altas de enfermedad arterial coronaria en mujeres mayores, en comparación con las más jóvenes. Los factores de riesgo cardiovascular, como la HTA, la diabetes y el sobrepeso, también están en aumento en el embarazo, ya que las mujeres mayores se embarazan y adquieren los factores de riesgo a una edad más temprana.

Ya que todas las intervenciones repercuten sobre la madre y el feto, el tratamiento óptimo debe ser un claro objetivo. Una terapia favorable a la madre puede estar asociada con un riesgo potencial para el feto y, en casos extremos, las intervenciones terapéuticas que protegen la supervivencia de la madre pueden causar la muerte del feto. Por otro lado, las terapias dirigidas a proteger al niño pueden conllevar un desenlace subóptimo para la madre.

Debido a la carencia de estudios prospectivos o aleatorios, muchas de las recomendaciones en esta guía corresponden a un nivel C de evidencia.

El documento recoge una serie de recomendaciones relacionadas con los medicamentos durante la gestación, el parto, la fecundación in vitro, la anticoncepción y la interrupción del embarazo en mujeres con enfermedad cardiovascular⁽⁸⁾.

En líneas generales, las gestantes con enfermedad cardiovascular:

- Deben parir no más tarde de las 40 semanas de gestación.
- Aquellas con insuficiencia cardíaca durante el embarazo deben ser tratadas de acuerdo con las pautas actuales para pacientes no embarazadas, respetando las contraindicaciones para algunos medicamentos durante el embarazo. Sobre este último punto, la guía incluye una tabla con recomendaciones para el uso de medicamentos en el embarazo.

- En el caso de embarazadas con HTA, iniciar el tratamiento farmacológico con valores de presión arterial elevada persistente $\geq 150/95$ mmHg y cuando se trata de HTA gestacional (con o sin proteinuria), HTA preexistente con superposición de HTA gestacional o HTA con daño subclínico de órganos o síntomas en cualquier momento durante el embarazo se debe comenzar si es $>140/90$ mmHg.
- Recomendar a las mujeres con un riesgo alto o moderado de preeclampsia, la ingesta 100-150 mg de ácido acetilsalicílico desde la semana 12 hasta la 36-37, además de su tratamiento para la HTA.
- La fecundación in vitro (FIV) utiliza a menudo altas dosis de hormonas, que aumentan el riesgo de trombosis e insuficiencia cardíaca, por lo que las mujeres con esta condición necesitan la confirmación de un cardiólogo de que el método elegido es seguro. Dado que llevar en el útero más de un feto, añade más estrés al corazón, se recomienda fuertemente a las mujeres con enfermedad cardiovascular sometidas a FIV que transfieran un solo embrión.
- En cuanto al uso de trombolíticos para la tromboembolia, solo deben administrarse en pacientes con hipotensión grave o shock.
- En el caso de una emergencia, los medicamentos que no son recomendados por la industria farmacéutica durante el embarazo y la lactancia no deben ser administrados a la madre.

La guía también destaca los casos en los que el embarazo está contraindicado, como es el caso de las mujeres con ciertos tipos de enfermedad cardíaca, por ejemplo, hipertensión arterial pulmonar, aorta severamente dilatada o capacidad severamente reducida del corazón para bombear sangre. Aquellas con un riesgo moderado o alto de complicaciones deben ser revisadas por un equipo cardíaco del embarazo compuesto por un cardiólogo, obstetra, ginecólogo y anestesiólogo. Se debe idear un plan de parto a las 20-30 semanas especificando el parto vaginal o por cesárea, si se usará una

RESUMEN COMENTADO DE LAS NUEVAS GUÍAS DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA, MÜNICH 25-29 DE AGOSTO 2018

epidural o fórceps, y la duración de la estancia hospitalaria después del parto.

Referencias

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M et al; The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*, doi:10.1093/eurheartj/ehy339.
2. SPRINT Research Group, Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, Snyder JK, Sink KM, Rocco MV, et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med*. 2015 Nov 26;373(22):2103-16. doi: 10.1056/NEJMoa1511939.
3. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, White HD: the Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Circulation*. 2018;138:e000–e000. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000617. Publicado simultáneamente en: *Eur Heart J* 2018; doi:10.1093/eurheartj/ehy462; *J Am Coll Cardiol*. 2018 Aug 23. pii: S0735-1097(18)36941-9. doi:10.1016/j.jacc.2018.08.1038.
4. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD et al; Writing Group on the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). Third universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2012 Oct;33(20):2551-67. doi: 10.1093/eurheartj/ehs184.
5. Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, Alfonso F, Banning AP, Benedetto U et al; ESC Scientific Document Group . 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J*. 2018 Aug 25. doi: 10.1093/eurheartj/ehy394.
6. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A et al; ESC Scientific Document Group . 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*. 2018 Jun 1;39(21):1883-1948. doi: 10.1093/eurheartj/ehy037.
7. Arribas F, Barón-Esquivias G, Coll Vinent B, Rodríguez Entem F, Martínez Alday J et al. Comentarios a la guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y el tratamiento del síncope. *Rev Esp Cardiol*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.06.018>
8. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, Blomström-Lundqvist C, Cifková R, De Bonis M et al; ESC Scientific Document Group . 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J*. 2018 Aug 25. doi: 10.1093/eurheartj/ehy340. [Epub ahead of print]