

Avances en el Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca

Revisión resumida sobre de los avances en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca, a partir del Consenso publicado en el 2016 por la Sociedad Europea de Cardiología.



Fuente: European Journal of Heart Failure 21(10):1169-1186

Título original: 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

Autores: Seferovic P, Ponikowahi P, Anker S y colaboradores

Institución: Belgrade University Medical Center, Belgrade, Serbia; Wroclaw Medical University, Wroclaw, Polonia; Charité Campus CVK, Berlin, Alemania

Introducción

La *Heart Failure Association* de la *European Society of Cardiology* elaboró una revisión y un resumen consensuado sobre los avances en farmacoterapia, procedimientos y dispositivos en el abordaje de la insuficiencia cardíaca (IC), ocurridos después del Consenso publicado en 2016. Este informe de consenso de expertos no es una actualización de las normativas ni una declaración de posición, sino más bien un resumen y una visión de consenso, sin niveles de recomendación ni evidencia.

Farmacoterapia

Inhibidores de la SGLT2

La Guía 2016 indicó que la empagliflozina debe considerarse en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 *“para prevenir o retrasar la aparición de insuficiencia cardíaca o prolongar la vida”*.

El consenso de expertos de 2019 reconoció que la canagliflozina y la dapagliflozina también tendrían que considerarse para dichos pacientes con enfermedad cardiovascular (CV) establecida o con alto riesgo, para prevenir o retrasar el inicio y las hospitalizaciones por IC.

Canakinumab

No existe suficiente evidencia que respalde la recomendación de su indicación; el costo anual sustancial sumado a la falta de grandes beneficios limitan su uso. La *Food and*

Drug Administration (FDA) denegó la aprobación reglamentaria de canakinumab para pacientes con enfermedad coronaria.

Sacubitril/valsartán.

El sacubitril/valsartán se recomienda como reemplazo de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/antagonistas de los receptores de la angiotensina II (IECA/ARAII) para reducir el riesgo de hospitalización y muerte por IC en pacientes ambulatorios con fracción de eyección reducida que permanecen sintomáticos a pesar del tratamiento médico óptimo, y se amplía la indicación a los hospitalizados no tratados previamente con IECA/ARAII.

Captadores intestinales de potasio

El patiomer y el ciclosilicato sodio zirconio (ZS9) se pueden considerar en pacientes seleccionados con IC, con o sin insuficiencia renal crónica, para el abordaje de la hiperpotasemia.

Diuréticos

No existen pruebas sólidas disponibles para establecer nuevas indicaciones para los diuréticos; el abordaje se debe enfocar en la terapia personalizada del paciente.

Farmacoterapia para la disfunción sistólica moderada del ventrículo izquierdo

Betabloqueantes. Se puede considerar el tratamiento con betabloqueantes en pacientes ambulatorios sintomáticos con IC que presentan ritmo sinusal y disminución moderada de la fracción de eyección (FEY), para reducir el riesgo de muerte CV y por todas las causas; sin embargo, no se observaron efectos beneficiosos cuando el ritmo es una fibrilación auricular (FA). Estos hallazgos deben interpretarse con precaución, ya que su análisis fue realizado *post hoc* en ensayos específicos en pacientes con IC con disfunción sistólica moderada.

Candesartán. El candesartán se puede considerar para pacientes ambulatorios sintomáticos con el fin de reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte CV.

Espironolactona. La espironolactona puede ser útil en pacientes ambulatorios con IC sintomática, sin contraindicaciones por reducir el riesgo de muerte CV y hospitalización.

Hierro intravenoso. La evidencia es insuficiente para proporcionar nuevas recomendaciones prácticas para los pacientes con IC.

Tafamidis

El tafamidis debe ser considerado en pacientes con IC sintomática debido a la amiloidosis por transtiretina confirmada (ATTRm) (o hereditaria) y ATTRwt (o esporádica), para mejorar la capacidad de ejercicio y la calidad de vida, y reducir las hospitalizaciones y la mortalidad CV.

Rivaroxabán

En los pacientes ambulatorios con IC de etiología isquémico-necrótica en clase funcional I/II de la *New York Heart Association* (NYHA), con una FEY superior al 30%, se puede contemplar la adición de rivaroxabán 2.5 mg conjuntamente con aspirina para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular y muerte CV. No se puede recomendar,

ya que no demostró beneficio, en los pacientes con IC congestiva con una hospitalización reciente o persistente en clase funcional III/IV de la NYHA.

Combinaciones de fármacos en dosis fijas

La información es insuficiente para proporcionar nuevas recomendaciones prácticas. El uso de combinaciones terapéuticas, en pacientes con IC con deterioro grave de la función sistólica del ventrículo izquierdo, ha dado como resultado una mejora progresiva en la evolución clínica. En un análisis en red, las asociaciones más eficaces fueron las de sacubitril/valsartán + betabloqueante + antagonista de los mineralocorticoides (ARM); IECA/ARAII + betabloqueante + ARM + ivabradina, lo que lleva a reducciones en la mortalidad por todas las causas.

–Terapias basadas en dispositivos

Cardiodesfibriladores automáticos implantables

El grupo de consenso no identificó nuevas evidencias para modificar las recomendaciones de la guía de 2016 sobre la implantación de cardiodesfibriladores automáticos implantables (CDI) en pacientes con IC y cardiopatía isquémica. Expuso que, en pacientes con IC de etiología no isquémica que sean mayores de 70 años, o que tengan síntomas avanzados (NYHA III/IV) o comorbilidades que disminuyan la expectativa de vida (por ej., enfermedad pulmonar grave o insuficiencia renal en estadio IV) y que, por lo tanto, la causa de muerte esperable no sea la muerte súbita arrítmica, puede considerarse no implantarlo.

Ablación de fibrilación auricular

Se puede considerar la ablación de las venas pulmonares en pacientes con IC y FA paroxística sintomática, si los paroxismos causan síntomas significativos a pesar de una terapia farmacológica o con dispositivos.

Se puede valorar la ablación del nódulo auriculoventricular, con estimulación biventricular en lugar de ventricular derecha, si los paroxismos ocasionan síntomas graves y la ablación de las venas pulmonares ha fallado o no es posible.

La ablación de las venas pulmonares para la FA persistente se puede considerar para pacientes con IC que tienen un dispositivo implantado (para evitar la bradicardia; CDI, terapia de resincronización cardíaca o marcapasos).

Si se considera que es probable lograr y mantener el ritmo sinusal,

Se asoció con deterioro en los síntomas de IC o el paciente tiene (o es candidato para) terapia de resincronización cardíaca.

La ablación de las venas pulmonares es menos probable que tenga éxito en pacientes con FA de larga evolución y dilatación grave de la aurícula derecha o izquierda.

MitraClip

Se recomienda derivar a los pacientes con IC y regurgitación mitral secundaria (es decir, funcional) a un equipo multidisciplinario especializado que decidirá el tratamiento.

La reducción de la insuficiencia mitral con un dispositivo MitraClip puede considerarse para pacientes con IC que cumplan con los siguientes criterios:

- Regurgitación mitral secundaria sintomática grado 3 o 4 debida a cardiomiopatía de etiología isquémica o no isquémica.

- El paciente ha sido tratado adecuadamente, incluso para enfermedad coronaria, disfunción del ventrículo izquierdo, insuficiencia mitral e IC.
- El paciente presentó, al menos, una hospitalización por IC durante el año o se obtuvieron cifras de péptido natriurético cerebral (BNP) corregido ≥ 300 pg/ml o valores de propéptido natriurético cerebral (NT-proBNP) corregido ≥ 1500 pg/ml.
- El equipo cardíaco local ha determinado que la cirugía de la válvula mitral no se puede ofrecer como una opción de tratamiento.
- FEY $\geq 20\%$ y $\leq 50\%$.
- Dimensión sistólica final del ventrículo izquierdo ≤ 70 mm.

Tratamiento de la apnea del sueño de origen central

En los pacientes con IC con sospecha de apnea del sueño, en los cuales se está considerando una terapia de mascarilla de vía aérea con presión positiva, se recomienda que se realicen estudios especializados del sueño, para establecer si dicha apnea es obstructiva o de naturaleza central.

En pacientes con apnea del sueño predominantemente central e IC, se debe evitar la terapia con mascarilla de presión positiva en las vías respiratorias y puede considerarse la estimulación del nervio frénico como alternativa.

Modulación de la contractilidad cardíaca

Se puede contemplar la modulación de la contractilidad cardíaca en pacientes con IC (con una FEY entre 25% y 45%) y un complejo QRS estrecho (< 130 ms) para mejorar la capacidad de ejercicio, la calidad de vida y aliviar los síntomas.

Dispositivo de asistencia ventricular izquierda

Hay información limitada para establecer nuevas recomendaciones. Para los pacientes con IC avanzada en los que se contempla la posibilidad de implantación de un dispositivo HeartMate, se debe considerar un dispositivo HeartMate III en lugar de un dispositivo HeartMate II.

En pacientes con IC avanzada que requieren un trasplante cardíaco, el uso de HeartMate III se asoció con mejor supervivencia a 2 años y menos eventos adversos que el HeartMate II.

Abordaje de enfermedades y estilo de vida

Ingesta de sal/sodio

No existe evidencia nueva y sólida sobre los beneficios de manipular la ingesta de sal en el estado clínico entre pacientes ambulatorios o pacientes internados.

Varios ensayos que investigan la restricción de sal en la IC están en progreso. El equilibrio de sodio, cloruro y agua es importante. El edema y la congestión son volumétricos, principalmente debido al agua. Muchos pacientes con IC grave tienen hiponatremia.

Asegurar que la pérdida neta de agua exceda la de sal puede ser importante para el abordaje del edema. Se necesitan estudios bien diseñados y con la potencia adecuada para reducir la incertidumbre sobre la restricción de sodio en pacientes con IC.

Rehabilitación cardíaca basada en el ejercicio

En los pacientes con IC con REY reducida se indica que se inscriban en un programa de rehabilitación cardíaca basado en el ejercicio, para reducir el riesgo de hospitalización por IC.

Telemedicina

La telemonitorización domiciliar que utiliza un enfoque similar al utilizado en el estudio TIM-HF2 puede considerarse para pacientes con IC con el fin de reducir el riesgo de hospitalizaciones CV y muerte CV.