

Controversias para una nueva era en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca

Introducción

José Manuel García-Pinilla

Unidad de Insuficiencia Cardiaca y Cardiopatías Familiares, AGC Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, IBIMA, Málaga, Ciber-CV, Instituto de Salud Carlos III, España

La insuficiencia cardiaca (IC) afecta a un número creciente de pacientes en los países de nuestro entorno, debido a un incremento de incidencia asociada con el envejecimiento poblacional y la mayor supervivencia tras el infarto agudo de miocardio en los últimos años (fruto de la universalización de la revascularización coronaria precoz), así como a una prevalencia creciente debido a la estabilización de la supervivencia de los pacientes con IC y fracción de eyección reducida relacionada con el desarrollo del tratamiento farmacológico (bloqueo neurohumoral y simpático) y la implementación del implante de dispositivos.

La IC origina un consumo ingente de recursos sanitarios, relacionado con los ingresos y reingresos a que da lugar (es la causa más frecuente de ingresos hospitalarios de mayores de 65 años y la razón fundamental de reingreso hospitalario), precisa de polifarmacia para su control (lo que se asocia con interacciones y falta de adherencia terapéutica) y motiva una importante dependencia social (especialmente a los ancianos). Por ello, son precisos nuevos sistemas de tratamiento de la cronicidad centrados en el paciente y sus cuidadores, haciendo énfasis en un abordaje multidisciplinario coordinado de este proceso clínico, personalizados para cada paciente.

En los últimos 25 años, fruto de los avances en el conocimiento fisiopatológico de la IC, se han desarrollado opciones terapéuticas que permiten mejorar el pronóstico, la calidad de vida y los síntomas de los pacientes con IC. El bloqueo neurohumoral mediante los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), los antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA-II) y los antagonistas del receptor de mineralocorticoides (ARM), junto con el bloqueo simpático con bloqueadores beta, están plenamente incorporados al tratamiento del paciente con IC y fracción de eyección reducida y se reconocen como primeros escalones terapéuticos para estos pacientes en las principales guías de práctica clínica. A ello se sumó el implante de dispositivos (desfibriladores y resincronizadores) como un tercer escalón que permitía mejorar el pronóstico (sobre todo por reducción de muerte súbita y hospitalizaciones)^{1,2}.

En los últimos años, el sacubtrilo-valsartán (SV) ha surgido como una nueva opción terapéutica para el tratamiento de la IC con función sistólica deprimida, demostrando reducción de hospitalizaciones y mortalidad, así como mejoría de síntomas y calidad de vida, frente al tratamiento habitual con IECA/ARA-II. Tras la publicación del ensayo pivotal PARADIGM-HF³, su uso se incorporó a las guías de práctica clínica^{1,2} y se ha extendido entre los profesionales que tratan a estos pacientes.

En este suplemento de *Revista Española de Cardiología*, prestigiosos profesionales de nuestro país realizan una revisión de temas contro-

vertidos y novedosos respecto a la utilización de SV en nuevos escenarios más allá del paciente ambulatorio.

En primer lugar, se revisa el «falso» concepto de estabilidad clínica en la IC. La inercia terapéutica evita en muchas ocasiones la implementación terapéutica del paciente con IC. Se debe recordar que un paciente con IC puede permanecer estable pero sintomático, y que es la presencia de síntomas clínicos y su función sistólica lo que determina su pronóstico. Por ello, debemos aprovechar las visitas en consulta para hacer un interrogatorio exhaustivo sobre la existencia de síntomas. En pacientes sintomáticos debemos considerar emplear los recursos terapéuticos que hayan demostrado mejoría en términos de supervivencia y hospitalizaciones, así como aumento de capacidad funcional y calidad de vida frente al tratamiento convencional.

La hospitalización del paciente con IC tiene implicaciones pronósticas. El deterioro funcional que se produce no solo en el miocardio, sino en el resto de los órganos nobles como el riñón, el hígado o el cerebro, determina un incremento de mortalidad y es un predictor independiente de esta. Además, supone un consumo ingente de recursos sanitarios, por lo que es clave evitarla. Para ello, es necesario implementar estrategias de gestión del proceso que aumenten la educación sanitaria del paciente y sus cuidadores que les permita reconocer precozmente la descompensación, autogestionar la dosificación de diuréticos y aumentar la adherencia al tratamiento y a las recomendaciones higiénico-dietéticas. Se ha de considerar la hospitalización como una oportunidad de mejora: en esa fase de vulnerabilidad, el paciente es más receptivo a considerar las medidas higiénico-dietéticas; se puede identificar a los cuidadores y posibles barreras de índole social que impidan un manejo efectivo del proceso; se debe aprovechar para interrelacionar los diferentes estratos profesionales y asistenciales implicados en el manejo del proceso, y debemos realizar una implementación terapéutica⁴. En este contexto, la evidencia actual permite considerar la utilización precoz de SV tanto en pacientes sin tratamiento previo como en crónicos descompensados, una vez que se alcanza la estabilización clínica y hemodinámica durante el ingreso. Se analiza el inicio precoz de SV en pacientes con IC de nuevo diagnóstico a tenor de los resultados de los recientemente publicados estudios TITRATION⁵, TRANSITION⁶, PIONEER-HF⁷ y PROVE-HF⁸ así como las recomendaciones del recientemente publicado documento de consenso de la Sociedad Europea de Cardiología⁹.

La creciente evidencia acerca del efecto beneficioso de los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa (iSGLT2) en el túbulo proximal renal, primero en pacientes diabéticos y recientemente en pacientes con IC, ha determinado que surjan controversias acerca de su papel en la era del SV. En esta monografía también se realiza un análisis de la evidencia existente hasta el momento respecto a este grupo farmacológico, así como una reflexión acerca del uso concomitante de SV e iSGLT2 que probablemente se extienda en los próximos

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marlucale41@gmail.com

años. En este sentido, se debe considerarlos terapias complementarias, que deberían usarse en combinación, junto con los bloqueadores beta y los ARM, como primer escalón de tratamiento de los pacientes con IC y función sistólica reducida. Las próximas guías de práctica clínica deberán aportar recomendaciones al respecto, sobre todo ante el número creciente de ensayos clínicos cuyos resultados se darán a conocer en los próximos meses.

Finalmente se abordan 3 temas de máxima actualidad respecto al tratamiento de pacientes con IC. En primer lugar, se realiza una revisión crítica del implante profiláctico de desfibriladores con base en las recomendaciones del consenso de expertos recientemente publicado por la *Heart Failure Association*, que tiene como base los resultados del estudio DANISH-HF¹⁰. Por otra parte, la disfunción ventricular derecha tiene cada vez más interés en el tratamiento del paciente con IC. No existen estudios contundentes que hayan demostrado beneficio pronóstico de ningún tratamiento farmacológico sobre la disfunción sistólica del ventrículo derecho. Por otro, existe cada vez más evidencia de que la disfunción ventricular derecha podría ser clave en la fisiopatología de los pacientes con IC y fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada. Además, en pacientes con IC avanzada, el papel del ventrículo derecho es fundamental tanto para asegurar la estabilidad del paciente como para considerar posibles terapias avanzadas, como el trasplante cardiaco o el implante de asistencias circulatorias. En esta monografía se realiza también una revisión exhaustiva al respecto.

Riñones y corazón están íntimamente interrelacionados. La fisiopatología de la IC está muy influida por la función renal, de la misma manera que la de la insuficiencia renal (IR) está muy influida por la del corazón. El número de pacientes con IC que además presentan IR está creciendo en las últimas décadas, pero el porcentaje de pacientes con IR incluidos en los grandes ensayos de IC está infrarrepresentado respecto al «mundo real». Además, en la mayoría de los ensayos clínicos, la IR avanzada es un criterio de exclusión. Por consiguiente, la aplicación práctica de los resultados de los grandes ensayos clínicos en IC a pacientes con IR podría ser limitada. En el capítulo final, se realiza una revisión al respecto.

Por lo tanto, este número monográfico de la Revista pretende dar respuesta a una serie de temas controvertidos y actuales en el tratamiento de la IC que ayude a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones diarias que incidan en la mejoría del pronóstico, la capacidad funcional y la calidad de vida de nuestros pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES

J.M. García-Pinilla declara que ha recibido honorarios por conferencias/consultorías de Novartis y becas de investigación no condicionadas Novartis.

INFORMACIÓN SOBRE EL SUPLEMENTO

Este artículo forma parte del suplemento titulado «Controversias para una nueva era en el manejo de la insuficiencia cardiaca», que ha sido patrocinado por Novartis.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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 (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2016;37:2129-2200.
2. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of Amer. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70:776-803.
3. McMurray JJV, Packer M, Desai AS, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med*. 2014;371:993-1004.
4. Pascual Figal D, García Pinilla J, Anguita Sánchez M, et al. Decálogo sobre la transición del paciente hospitalizado con insuficiencia cardiaca. https://secardiologia.es/images/secciones/insuficiencia/ENT_DECALOGO_TRANSICION.pdf. Published 2019.
5. Senni M, McMurray JJ, Watcher R, et al. Initiating sacubitril/valsartan (LCZ696) in heart failure: results of TITRATION, a double-blind, randomized comparison of two uptitration regimens. *Eur J Heart Fail*. 2016;18:1193-1202.
6. Wachter R, Senni M, Belohlavek J, et al. Initiation of sacubitril/valsartan in haemodynamically stabilised heart failure patients in hospital or early after discharge: primary results of the randomised TRANSITION study. *Eur J Heart Fail*. 2019;21:998-1007.
7. Velazquez EJ, Morrow DA, DeVore AD, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition in acute decompensated heart failure. *N Engl J Med*. 2019;380:539-548.
8. 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/ejhf.1531.
9. Januzzi JL Jr, Prescott MF, Butler J, et al. Association of Change in N-Terminal Pro-B-Type Natriuretic Peptide Following Initiation of Sacubitril-Valsartan Treatment With Cardiac Structure and Function in Patients With Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. *JAMA*. 2019;322:1085-1095.
10. Kober L, Thune JJ, Nielsen JC, et al. Defibrillator implantation in patients with nonischemic systolic heart failure. *N Engl J Med*. 2016;375:1221-1230.