

Cambiando el paradigma de la insuficiencia cardiaca en la consulta del cardiólogo clínico



Dr. Vivencio Barrios Alonso
Hospital Universitario
Ramón y Cajal (Madrid)

No existe un acuerdo unánime sobre la definición de insuficiencia cardiaca (IC) “estable”, por lo que el conocimiento real de esta entidad puede ser incierto. Ello podría deberse a que la IC “estable” probablemente no existe como tal, ya que en realidad la enfermedad sigue progresando, sin que necesariamente esa progresión vaya siempre acompañada de un empeoramiento de la clase funcional. Así, tradicionalmente se entiende como IC con fracción de eyección reducida (IC-FEr) “estable” cuando no existe deterioro clínico, cambio de medicación u hospitalizaciones por IC¹. Pero la IC-FEr es un trastorno progresivo que presenta un riesgo aumentado de complicaciones graves como hospitalización y muerte, incluso en las clases funcionales menos avanzadas². Sin embargo, la progresión de la enfermedad no siempre se detecta fácilmente, y la “descompensación” puede producirse tanto de forma lenta como repentina, sin que existan métodos simples para predecirla siempre.

A pesar de que en los últimos 30 años se ha mejorado el pronóstico de la IC-FEr, la morbimortalidad sigue siendo elevada³, y en ello probablemente pueda jugar un papel la errónea percepción de la supuesta estabilidad de la enfermedad. Por tanto, es necesario concienciar al profesional sanitario sobre la gravedad de IC-FEr “estable” y cambiar el paradigma del manejo de la IC en la consulta para establecer mejoras en el seguimiento y tratamiento de estos pacientes. Así, una valoración clínica básica probablemente sea insuficiente para evaluar la progresión de la enfermedad, será necesario indagar si se detecta cualquier señal que sugiera progresión de la enfermedad, y si es así, optimizar el tratamiento para mejorar al máximo el pronóstico, ya que no hacerlo en cada visita puede significar una oportunidad perdida para mejorar la situación clínica del paciente. De hecho, la optimización del tratamiento tiene como objetivos enlentecer la progresión de la enfermedad, mejorar la calidad de vida y el pronóstico^{4,5}. Por ello, se debe valorar si debe establecerse un cambio de tratamiento con independencia de la teórica estabilidad clínica y aunque no varíe la clase funcional.

Por otra parte, es fundamental recordar que el seguimiento clínico del paciente con IC-FEr debe realizarse conjuntamente entre los diferentes niveles asistenciales, promoviendo la continuidad entre atención primaria y especializada. No hay que olvidar que una adecuada coordinación en IC ha demostrado mejorar el pronóstico y reducir las hospitalizaciones^{1,4}. En este sentido, conviene destacar el trabajo que se está haciendo desde la Sección de Cardiología Clínica con el programa MICCAP, fomentando la formación en IC y favoreciendo la coordinación entre atención primaria y cardiología en busca de la mejor atención integral posible del paciente con IC⁶.

En esta *newsletter* se revisan los aspectos fundamentales del concepto de “estabilidad” y se valoran las consecuencias de su aplicación (Dr. Juan Cosín Sales), se actualiza el tratamiento de la IC-FEr con las últimas novedades sobre el momento en el que debe optimizarse el tratamiento con sacubitrilo/valsartán (Dra. Carolina Ortiz Cortés) y se dan algunas claves sencillas, de gran ayuda para poder detectar la progresión de la enfermedad en cada visita clínica, más allá de la clase funcional, con el objetivo de mejorar al máximo el pronóstico de los pacientes con IC-FEr (Dr. Carlos Escobar Cervantes). En mi opinión, son tres artículos de una excelente calidad científica, que de forma sintética aportan una visión muy práctica sobre aspectos clínicos relevantes para el médico que trata diariamente pacientes con IC-FEr.

Referencias

1. NICE. Chronic heart failure in adults: management. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng106
2. Sabbah HN. Silent disease progression in clinically stable heart failure. *Eur J Heart Fail* 2017;19(4):469-478.
3. Benjamin EJ, et al. Heart disease and stroke statistics—2019 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2019;139(10):e56–e528.
4. Ponikowski P, 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(27):2129-2200.
5. Yancy CW, et al. 2016 ACC/AHA/HFSA Focused Update on New Pharmacological Therapy for Heart Failure: An Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. *J Am Coll Cardiol* 2016;68:1476-1488.
6. Barrios V, et al. Programa MICCAP (Manejo de la Insuficiencia Cardiaca en Cardiología y Atención Primaria): mejorando el manejo del paciente con insuficiencia cardiaca. *SEMERGEN* 2018;44:525-600.

SUMARIO

Página 2

¿Es el momento de desterrar la palabra estabilidad en la insuficiencia cardiaca?
Dr. Juan Cosín Sales

Página 3

¿Qué respuestas debemos obtener proactivamente durante la visita?
Dr. Carlos Escobar Cervantes

Página 4

Sacubitrilo/valsartán, ¿cuanto antes mejor?
Dra. Carolina Ortiz Cortés

¿Es el momento de desterrar la palabra estabilidad en la insuficiencia cardiaca?



Dr. Juan Cosín Sales
Hospital Arnau de Vilanova
(Valencia)

La palabra estabilidad aparece frecuentemente en las historias clínicas de nuestros pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) con intención de describir su evolución y habitualmente lo relacionamos con que no ha sufrido cambios clínicos, no ha ingresado en el hospital y no nos cuenta empeoramiento de sus síntomas, signos o de su grado funcional. Pero este término de “estabilidad” está muy alejado de la realidad en una patología como la IC, con un alto índice de mortalidad y de hospitalizaciones, como veremos a continuación⁵.

“LO MÁS GRAVE DEL TÉRMINO ESTABILIDAD EN LA IC ES LA FALSA CREENCIA DE BUEN PRONÓSTICO QUE PUEDE TRANSMITIR”

Solemos pensar que un paciente está estable si interpretamos que mantiene la clase funcional de la New York Heart Association (NYHA) o que no varía en los últimos meses, pero la descripción de los síntomas casi siempre resulta compleja para los pacientes y nuestra interpretación frecuentemente se aleja de lo que nos quiere expresar, ya que es muy subjetiva y viene influida por múltiples factores como la edad, comorbilidad, grado de formación... De hecho, la concordancia respecto a la clase funcional de la NYHA, basada en lo indicado por el médico y el paciente, es inferior al 50 % e incluso es menor en clases funcionales inferiores¹. Otro aspecto relevante para el paciente aparentemente estable es que mientras las clases III/IV son claramente diferenciables de la I/II, la diferenciación entre ellas es difícil. El metaanálisis de Yap *et al*² de estudios en los que compararon la clase funcional NYHA con la distancia recorrida en la prueba de los 6 minutos, observaron que la distancia se solapaba entre las clases I y II, y entre las clases III y IV, sin embargo, las clases I/II sí fueron claramente distinguibles de las III/IV.

Pero lo más grave del término estabilidad en el paciente con IC es la falsa creencia de buen pronóstico que puede transmitir, ya que los pacientes con IC que han mostrado síntomas en algún momento (estadio C de la clasificación ACC/AHA), pero que no presentan síntomas y signos durante la visita clínica (los que podríamos considerar estables) tienen un riesgo de muerte del

22% a los 5 años³, superior por ejemplo al del cáncer de mama en nuestro país, que se estima en torno al 17% a los 5 años (EURO-CARE-4). En esta línea de pacientes que podríamos considerar falsamente estables están aquellos que no han tenido ingresos hospitalarios. Un subanálisis del estudio PARADIGM-HF⁴ evaluó el pronóstico de estos pacientes (sin ingreso previo por IC antes de aleatorizarse) y que representaban el 37% del total, mayoritariamente en clase II de la NYHA. Pues bien, en estos pacientes que eran los teóricamente más estables, durante el seguimiento mediano de 27 meses, el 20% sufrió un evento primario (hospitalización por IC o muerte cardiovascular [CV]) y el 17% murió. En el 51% de estos pacientes más estables que murieron durante el estudio, el evento principal fue la muerte CV, y el 60% de esas muertes CV fueron muertes súbitas cardiacas (figura 1).

Con lo que llevamos contado hasta ahora, parece claro que la estabilidad no existe en la IC, y que lo que sí podemos hacer para enlentecer o variar la evolución de la enfermedad es optimizar el tratamiento médico. En este sentido, las guías del National Institute for Health and Care Excellence (NICE)⁵ proponen que se examine a estos pacientes al menos cada 6 meses para evaluar el curso de la enfermedad (tanto clínicamente como con el uso de biomarcadores y/o función sistólica), y tratar siempre de optimizar la medicación o plantear cualquier tipo de procedimiento/dispositivo que mejore su pronóstico, además de reforzar su cumplimiento.

Por todo lo dicho y en contestación al título de esta *newsletter*, claramente tendríamos que desterrar la palabra estable o estabilidad en los informes médicos de los pacientes con IC para evitar la falsa percepción de buen pronóstico y la falta de necesidad de cambiar tratamientos, y empezar a emplear términos como “tratamiento optimizado” frente al “no optimizado” para enfatizar la importancia de la optimización del tratamiento médico con las mejores opciones terapéuticas en cada paciente, ya que este es el único modo para frenar o enlentecer la progresión de la IC y reducir sus complicaciones.

Referencias

1. Goode KM, et al. A comparison of patient and physician-rated New York Heart Association class in a community-based heart failure clinic. *J Card Fail.* 2008;14(5):379-87.
2. Yap J, et al. Correlation of the New York Heart Association Classification and the 6-minute walk distance: a systematic review. *Clin Cardiol.* 2015;38(10):621-8.
3. Ammar KA, et al. Prevalence and prognostic significance of heart failure stages. Application of the American College of Cardiology/American Heart Association Heart Failure Staging Criteria in the Community. *Circulation* 2007;115:1563-70.
4. Solomon SD, et al. Efficacy of sacubitril/valsartan relative to a prior decompensation: the PARADIGM-HF trial. *JACC Heart Fail.* 2016; 4:816-822.
5. NICE. Chronic heart failure in adults: management. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng106

Figura 1. Resultados del estudio PARADIGM en pacientes sin hospitalización previa.



¿Qué respuestas debemos obtener proactivamente durante la visita?



Dr. Carlos Escobar Cervantes
Hospital Universitario
La Paz (Madrid)

El paciente con insuficiencia cardiaca es un paciente complejo, en el que es necesario optimizar el tratamiento al máximo, para disminuir el riesgo de reingresos hospitalarios, mejorar el pronóstico y la calidad de vida. Aunque esto es bien conocido, lo cierto es que en la práctica clínica no en pocas ocasiones se busca que el paciente se mantenga “estable” más que tratar de buscar una mejoría real de la situación del paciente, lo que puede tener consecuencias graves. Así, existe una relación directa entre la mortalidad por empeoramiento de la insuficiencia cardiaca y la clase funcional¹. Por lo tanto, si el paciente se mantiene en la misma clase funcional, no vamos a mejorar su pronóstico. En cambio, si con la optimización del tratamiento mejoramos la clase funcional, vamos a ser capaces de disminuir la mortalidad del paciente (tabla 1).

Para poder mejorar el pronóstico de nuestros pacientes es imprescindible vencer la inercia terapéutica que hace que ante una misma situación clínica del paciente (misma clase funcional), no modifiquemos el tratamiento². Por lo tanto, superar la inercia terapéutica es un paso necesario en la consulta. Pero para ello, y teniendo en cuenta el tiempo limitado que tenemos para cada paciente, es imprescindible enfocarnos en aquellos aspectos que de una manera sencilla nos van a aportar más información útil a la hora de identificar en qué pacientes es necesario optimizar el tratamiento.

“ES IMPRESCINDIBLE ENFOCARNOS EN AQUELLOS ASPECTOS QUE DE UNA MANERA SENCILLA MÁS INFORMACIÓN ÚTIL NOS VAN A APORTAR A LA HORA DE IDENTIFICAR EN QUÉ PACIENTES ES NECESARIO OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO”

A raíz del estudio IC-BERG (Insuficiencia Cardiaca en consulta ambulatoria del paciente aparentemente Estable: Retos y Guía de manejo), se han planteado una serie de recomendaciones para mejorar el manejo y el pronóstico del paciente con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección reducida, y que se han concretado en cinco cuestiones prácticas de fácil y rápida respuesta en la consulta, y que se resumen en la tabla 2³.

Tabla 2. Cuestiones prácticas que se deberían plantear en todo paciente con insuficiencia cardiaca en la consulta.

- ¿Sigue haciendo las mismas actividades que hace 1 año?
- ¿Presenta más edemas o necesita dormir con más almohadas en las últimas semanas/meses?
- ¿Necesita diurético para que no aumenten los edemas o tenga mayor fatiga?
- ¿Ha tenido que ir al hospital por presentar mayor fatiga en las últimas semanas/meses?
- Si se han medido los péptidos natriuréticos en las últimas visitas: ¿han aumentado los niveles de péptidos natriuréticos significativamente?

Adaptado de referencia 3.

“PARA PODER MEJORAR EL PRONÓSTICO DE NUESTROS PACIENTES ES IMPRESCINDIBLE VENCER LA INERCIA TERAPÉUTICA”

En el caso de que el paciente no pudiese hacer las mismas actividades, presentara más edemas, necesitase ≥ 40 mg furose-mida/día (o dosis equivalente de otro diurético) para mantener el estado de euvolemia, hubiese tenido que ir al hospital en los últimos meses por descompensación de la insuficiencia cardiaca y/o presentase un aumento significativo en los niveles de péptidos natriuréticos desde la última visita, sería necesario optimizar el tratamiento de la insuficiencia cardiaca, para así poder mejorar el pronóstico³ de nuestros pacientes.

Referencias

1. Ahmed A, et al. Higher New York Heart Association classes and increased mortality and hospitalization in patients with heart failure and preserved left ventricular function. *Am Heart J*. 2006;151:444-50.
2. Berthelot E, et al. Medical inertia in the optimization of heart failure treatment after discharge and its relationship to outcome. *Health Care Current Reviews* 2018, 6:1: 1000221. Doi: 10.4172/2375-4273.1000221.
3. Barrios V, et al. Manejo de los pacientes con insuficiencia cardiaca atendidos en la consulta de cardiología: Estudio IC-Berg. (Pendiente de publicación).

Tabla 1. Mortalidad por empeoramiento insuficiencia cardiaca¹ y beneficio potencial estimado de mejorar la clase funcional.

Clase funcional	Mortalidad*	Mejoría absoluta de riesgo
NYHA I	3,1%	2,0%
NYHA II	5,1%	7,5%
NYHA III	12,6%	12,4%
NYHA IV	25,0%	

*Seguimiento 38,5 meses (3,2 años).

Sacubitrilo/valsartán, ¿cuanto antes mejor?



Dra. Carolina Ortiz Cortés
Complejo Hospitalario
San Pedro de Alcántara (Cáceres)

En las últimas décadas, hemos asistido al cambio drástico del manejo de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr), con la incorporación de nuevos fármacos que aportan beneficios pronósticos actuando en diferentes vías fisiopatológicas para combatir la activación neurohormonal persistente y deletérea que ocurre en esta patología: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas del receptor de angiotensina (ARA-II), betabloqueantes (BB), antagonistas del receptor de aldosterona (ARM), ivabradina, hidralacina más nitratos y, el más recientemente incorporado, sacubitrilo/valsartán (SV).

Desde un punto de vista fisiopatológico, en general, en el esquema terapéutico de la IC-FEr, se recomienda actuar sobre todas estas vías¹ (sistema nervioso simpático, sistema renina angiotensina, sistema de péptidos vasoactivos), por el beneficio pronóstico sumatorio que se consigue con esta estrategia. SV es el único fármaco que actúa en varias de las dianas terapéuticas que son objetivo en IC-FEr, incluyendo la vía de los péptidos natriuréticos a través de la inhibición de la neprilisina.

“DISPONEMOS DE UN FÁRMACO PARA USAR EN PRIMERA LÍNEA EN UN AMPLIO GRUPO DE PACIENTES, CON MARCADO BENEFICIO PRONÓSTICO”

En el estudio PARADIGM-HF, la sustitución de enalapril por SV demostró una reducción adicional del 20% en mortalidad cardiovascular, 16% en mortalidad total y 21% en las hospitalizaciones por IC en un amplio grupo de pacientes con IC-FEr crónica, tratamiento optimizado y sintomáticos², consiguiendo su inclusión en guías clínicas con indicación clase Ib³.

Tras estos resultados, su uso se ha ido extendiendo tanto en clínica como en investigación, con datos nuevos que nos han permitido afianzar su eficacia y seguridad y ampliar su utilidad a otros escenarios clínicos no contemplados inicialmente.

El estudio PIONEER-HF con 881 pacientes hospitalizados por IC, demostró la superioridad de SV frente a enalapril reduciendo un 29% los niveles de propéptido natriurético cerebral N-terminal (NT-proBNP) a las 8 semanas y, aunque se trataba de un objetivo exploratorio, una mejoría en el combinado de muerte, hospitalizaciones por IC y necesidad de asistencia ventricular o inclusión en lista de trasplante⁴. Estos datos completan la información aportada previamente en el estudio TRANSITION⁵ sobre la factibilidad y seguridad del inicio fármaco durante la hospitalización. El 52% de los pacientes del PIONEER-HF eran *naive* y, en un 65% de ellos la IC fue de debut, manteniéndose el beneficio del fármaco en estos subgrupos.

Los mismos resultados se han corroborado en relación a estas dos subpoblaciones con datos recientes del estudio TRANSITION⁶, que incluyó un 33 % de pacientes *naive* y un 29% de pacientes con IC

de novo. En ambas poblaciones no solo se replican los resultados de seguridad con SV en pacientes hospitalizados, sino que se aportan otros datos relevantes sobre la respuesta del miocardio al fármaco, observándose tanto en los pacientes *naive* como *de novo* una mayor reducción de troponinas y péptidos natriuréticos frente a los no *naive* y a los pacientes con IC previa. Estos resultados posiblemente nos sugieren que, en estos subgrupos, al encontrarse en general en una fase menos avanzada, existe una mayor capacidad de recuperación miocárdica y un posible enlentecimiento de la progresión de la enfermedad con este tratamiento, pues recordemos que la elevación de estos biomarcadores implica peor pronóstico^{7,8}.

Estos resultados han llevado a promover una ampliación del espectro de uso del fármaco en el recientemente publicado documento de consenso que supone una actualización de las guías previas de IC de 2016³. En él, se recomienda considerar el uso de SV en primera línea en pacientes hospitalizados por descompensación de IC o *de novo* para reducir eventos adversos y simplificar el manejo. En los pacientes ambulatorios se mantienen las recomendaciones, y se añade que SV es seguro y eficaz en un amplio espectro de pacientes con IC-FEr, incluidos pacientes *naive*⁹. En cuanto a combinaciones, se refleja que la más eficaz para reducir mortalidad es: SV, BB y ARM.

En definitiva, disponemos de un fármaco para usar en primera línea en un amplio grupo de pacientes, con marcado beneficio pronóstico que resulta incluso mayor si implementamos el tratamiento en una fase más precoz de la enfermedad.

Referencias

1. Marti CN, et al. Medication dosing for heart failure with reduced ejection fraction - opportunities and challenges. *Eur J Heart Fail.* 2019 Mar;21(3):286-296.
2. McMurray JJ, et al. PARADIGM-HF Investigators and Committees. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med* 2014;371:993-1004.
3. Ponikowski P, et al. ESC Scientific Document Group. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2016;37:2129-2200.
4. Velazquez EJ, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition in acute decompensated heart failure. *N Engl J Med* 2019; 380:539-548.
5. Wachter R, 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 May 27.
6. Senni M, et al. In-hospital initiation of sacubitril/valsartan in stabilized patients with heart failure and reduced ejection fraction naive to renin-angiotensin system blocker: an analysis of the TRANSITION study. Moderate Poster Session - Chronic heart failure. ESC HF 2019.
7. Lyons KS, et al. High-sensitivity troponin T is detectable in most patients with clinically stable heart failure. *Br J Cardiol.* 2014; 21:33-6.
8. Masson S, et al. Prognostic value of changes in N-terminal pro-brain natriuretic peptide in Val-HeFT (Valsartan Heart Failure Trial). *J Am Coll Cardiol.* 2008;52(12):997-1003.
9. Seferovic PM, 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.

Con la colaboración de:



1908068624