

Publicado: Jueves, 02 Mayo 2024 00:00

---

La revista *British Medical Journal* ha publicado dos revisiones: una sobre los [avances en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca](#) y otra enfocada en [insuficiencia cardiaca en atención primaria](#).

Se estima que la insuficiencia cardíaca afectó mundialmente a unos 57 millones de personas, en el año 2019 y su prevalencia está aumentando. Es un síndrome clínico con síntomas y/o signos causados por una anomalía cardíaca estructural y/o funcional que se confirman por niveles elevados de péptido natriurético tipo B (BNP) y/o evidencia objetiva de congestión pulmonar o sistémica. Su diagnóstico se basa en la sintomatología y se complementa con las diferentes pruebas diagnósticas como: electrocardiograma, radiografía torácica y los niveles plasmáticos elevados de péptido natriurético tipo NT-proBNP. La ecocardiografía se utiliza para determinar la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), que determinará el tipo de tratamiento.

Para el tratamiento de la congestión, los **diuréticos del asa** han demostrado disminuir la congestión pulmonar y periférica, en todos los tipos de insuficiencia cardiaca. Destacar que se requiere tratamiento adicional para tratar la causa de la insuficiencia cardiaca y mejorar la función cardiaca.

En cuanto al tipo de tratamiento de la insuficiencia cardiaca, éste vendrá determinado según la FEVI, y se puede distinguir:

- **IC-FEmr (insuficiencia cardiaca con fracción de eyección moderadamente reducida) (FEVI 40%-49%) e IC-FEp (preservada) (FEVI >50%)**: Los inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (**iSGLT-2** o gliflozinas) se recomiendan en primera línea.

Los tratamientos de los grupos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (**IECA**), los antagonistas de los receptores de angiotensina II (**ARA-II**) y los antagonistas de mineralocorticoides o **ARM** (espironolactona, eplerenona), inhibidores de receptores de nelipresina/angiotensina o **ARNI (sacubitrilo)** son terapias de segunda línea, ya que la evidencia de beneficio es mucho más débil.

- **IC-FEr (Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida) (FEVI ≤40%)**: los tratamientos recomendados, cuando sea posible, son una combinación de cuatro clases distintas de fármacos: **betabloqueantes**, **ARM**, **iSGLT-2** y los que actúan sobre el sistema renina-angiotensina o SRA (**IECA**, **ARA-II** y **ARNI**). Las guías de las sociedades de cardiología americana (AHA/ACC/HFSA) y canadiense (CCS) recomiendan el **sacubitrilo/valsartán** como

Publicado: Jueves, 02 Mayo 2024 00:00

---

tratamiento de primera línea; mientras que la guía de la sociedad europea (ESC) lo recomienda cuando los síntomas persisten a pesar del tratamiento óptimo con IECA o ARA-II, aunque también se puede considerar como tratamiento de primera línea.

Aunque la evidencia muestra la importancia del inicio rápido del tratamiento farmacológico para aumentar la supervivencia, existe incertidumbre sobre el orden y el momento óptimo de inicio.

Por otro lado, en aquellos pacientes con IC-FEr, existen otros tratamientos disponibles para mejorar los resultados:

- **Hidralazina/dinitrato de isosorbida.** Deben considerarse como una terapia de segunda línea para pacientes con IC-FEr persistente después de la optimización de los cuatro pilares descritos anteriormente.
- **Ivabradina.** Se especifica que los pacientes con IC-FEr deben optimizar su dosis de betabloqueantes antes de iniciar este tratamiento.
- **Vericiguat.** Aunque se mostró eficaz en pacientes IC-FEr de alto riesgo, la menor magnitud del beneficio lo ha convertido en una terapia de segunda línea para pacientes de alto riesgo, después de la optimización de los cuatro pilares descritos anteriormente.
- **Hierro intravenoso.** Se recomienda la realización de cribado, ya que la deficiencia de hierro y la anemia se han asociado con un aumento de mortalidad. El hierro intravenoso se ha asociado a una reducción de la mortalidad, pero no el hierro oral.
- **arGLP-1** (glutidas): se requiere de más información sobre la seguridad y eficacia de estos antidiabéticos en pacientes con fracción de eyección reducida. Por el contrario, los datos existentes respaldan su uso en pacientes con obesidad y fracción de eyección preservada.

Al final se reproduce la figura 3, del artículo de Heidenreich, sobre las terapias en pacientes insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida.

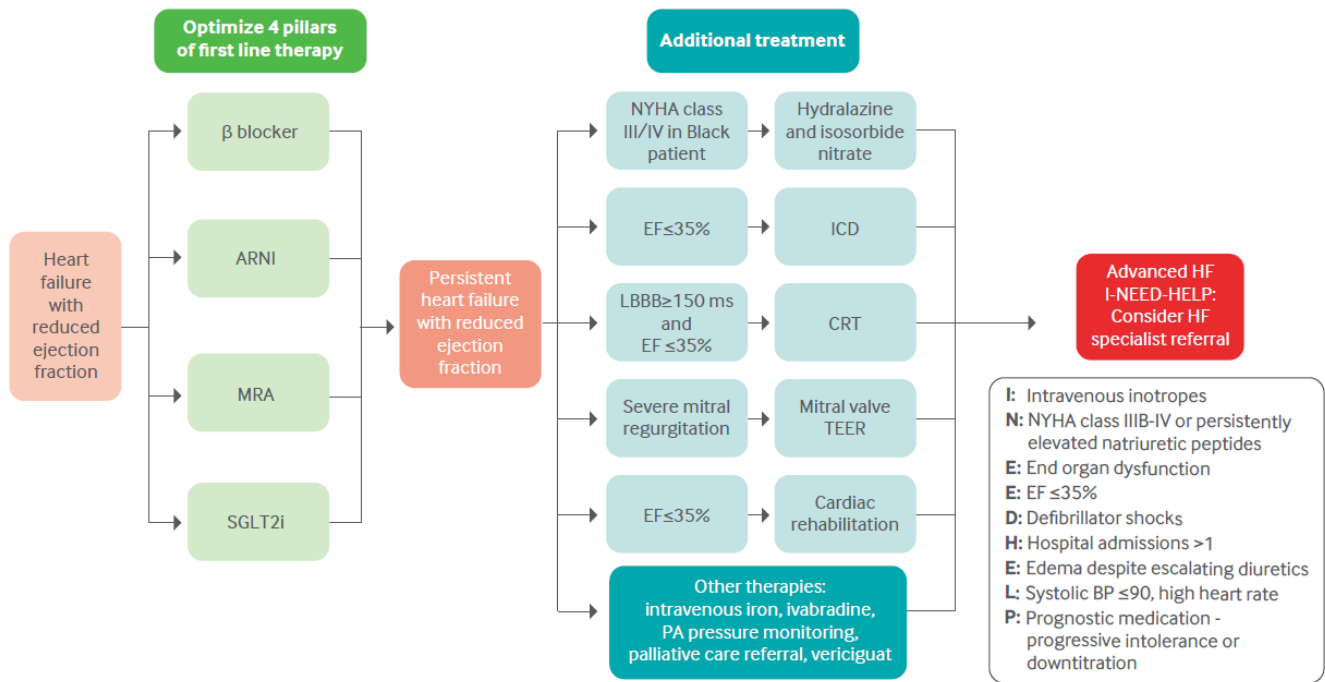


Fig 3 | Schematic of treatment for heart failure with reduced ejection fraction. ARNI=angiotensin receptor/neprilysin inhibitor therapy; BP=blood pressure; CRT=cardiac resynchronization therapy; EF=ejection fraction; HF=heart failure; ICD=implantable cardiac defibrillator; LBBB=left bundle branch block; MRA=mineralocorticoid receptor antagonist; NYHA=New York Heart Association; PA=pulmonary artery; SGLT2i=sodium glucose linked cotransporter 2 inhibitor; TEER=transcatheter edge-to-edge repair