

TERAPIA PRONÓSTICA FARMACOLÓGICA EN INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Autor: Marcos García Aguado

Fecha de publicación: 26-04-2021

Patología: Insuficiencia cardiaca / Categoría: Actualización

Tiempo de lectura: 5 minutos

<https://www.carprimaria.com/leer-insuficiencia/terapia-farmacologica-icfer>



La insuficiencia cardiaca (IC) es una patología crónica prevalente, con alta tasa de mortalidad y de evolución progresiva, independientemente de la aparente estabilidad clínica del paciente.

Entre los tipos de IC, la que es susceptible de mejora pronóstica con fármacos, es la IC con fracción de eyección reducida (ICFER). La ICFER es causada por un ventrículo izquierdo disfuncionante por una fracción de eyección inferior al 40% (medida por técnicas de imagen como la ecocardiografía).

Los fármacos que deben estar incluidos a dosis máximas eficaces (según estudios pivotaes), siempre que sea posible, son:

- **Bloqueantes de sistema renina angiotensina y potenciadores de los péptidos natriuréticos** → Sacubitrilo/Valsartan (fármaco dual).
- **Betabloqueantes** → Uno de los siguientes: metoprolol, carvedilol, bisoprolol. En menor medida, nebivolol.
- **Bloqueantes de mineralocorticoides** → Uno de los siguientes: espironolactona, eplerenona
- **Inhibidores del SGLT-2** → Uno de los siguientes: empagliflozina, dapagliflozina.

Otros fármacos a tener en cuenta por su beneficio pronóstico son:

- Ivabradina en pacientes con ICFER y ritmo sinusal superior a 70 lpm.

- Vericiguat en pacientes con ICFeR con mala respuesta a las terapias previas y reciente descompensación de IC
- Dinitrato de isosorbide + hidralazina en pacientes de raza negra o en intolerantes a fármaco dual sacubitrilo/valsartan o a IECAS/ARA II.
- Hierro carboximaltosa inyectado, en pacientes con déficit de hierro, administrado a nivel hospitalario.

Evidentemente, otros fármacos prescritos en la ICFeR son los diuréticos, cuyo objetivo es mantener al paciente en situación de euvolemia, sin evidencia que demuestre beneficio en el pronóstico. Por ello, se deben suprimir los diuréticos en aquellos pacientes que no precisen de su uso para mantenerse euvolémicos.

Los cuatro grupos farmacológicos mencionados al principio del documento son los pilares fundamentales del tratamiento. Por tanto, nuestros pacientes con ICFeR deberían tener uno por grupo, titulándose (aumentando la dosis) hasta alcanzar las dosis máximas demostradas eficaces en estudios pivotaes o toleradas por los pacientes. La precocidad en el inicio de estas terapias marcará el pronóstico vital del paciente.

Esta recomendación presenta algunos cambios respecto a la práctica clínica previa:

1. Los IECAS/ARA II son desplazados como fármacos de primera línea por el fármaco dual sacubitrilo/valsartan, en base a la evidencia científica más reciente, y recogido por los últimos documentos de consenso, como las guías canadienses de insuficiencia cardiaca o el documento de consenso de la Revista Española de Cardiología.
2. Los inhibidores de SGLT-2 que han demostrado eficacia clara en estudios pivotaes son la empagliflozina y la dapagliflozina. Aunque son fármacos glucosúricos indicados en pacientes con diabetes mellitus, los estudios DAPA-HF y EMPEROR-REDUCED, con dapagliflozina y empagliflozina respectivamente, han demostrado su eficacia reduciendo la morbimortalidad en pacientes con ICFeR sin DM. Por tanto, son fármacos indicados para el tratamiento de la ICFeR.
3. Se consolida el uso del hierro carboximaltosa. Por tanto, debemos buscar la posible deficiencia de hierro en nuestros pacientes.
4. Aparecen terapias nuevas en pacientes con IC más avanzadas, como el vericiguat
5. Se consolida el uso de la ivabradina para el manejo de los pacientes con ICFeR

REFERENCIAS

Canadian Journal of Cardiology 2021, 37 (4): 531-546
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33827756/>

Rev Esp Cardiol Supl. 2020;20B:1-46