

NUEVO DOCUMENTO SOBRE EL MANEJO PRÁCTICO DE LA IC CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Autor: Marcos García Aguado (Cardiología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid)

Fecha de publicación: 14/03/2024

Patología: Insuficiencia cardiaca / Categoría: Novedades

Tiempo de lectura: 4 minutos



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

En los últimos años se han producido grandes avances en el mundo de la insuficiencia cardiaca (IC).

El **Colegio Americano de Cardiología (ACC)** ha publicado [una actualización](#) práctica sobre la IC con fracción de eyección reducida (ICFER).

El documento simplifica la información mediante tablas y figuras. El contenido se divide en 10 problemas de la práctica clínica diaria, e incluyen consejos prácticos para cada uno de ellos.

Resaltamos los puntos del documento que enfatizan y consolidan diversas recomendaciones terapéuticas:

- **SACUBITRILO VALSARTÁN, PRIMERA ELECCIÓN:** resaltan la fuerte evidencia científica que confirma la superioridad del **sacubitril/valsartán (ARNI)** frente a los **IECAs/ARA II**, considerándolo el fármaco de elección, frente a estos últimos. La contundencia de la indicación va en línea con lo que ya conocíamos y recomendamos en **CARPRIMARIA**, utilizar el [ARNI en vez de IECAs/ARA II](#), salvo contraindicación. Según el documento, “los **IECAs/ARA II** solo deben considerarse en pacientes con contraindicaciones, intolerancia o inaccesibilidad al sacubitrilo/valsartán”.

- **SOTAGLIFLOZINA, OTRO FÁRMACO MÁS DEL GRUPO DE LOS ISGLT:** se incluye la **sotagliflozina** (*fármaco dual inhibidor SGLT1 y SGLT2*) como fármaco de primera línea. El documento considera que la información científica actual demuestra que la **sotagliflozina** reduce la hospitalización por IC y la mortalidad. Por tanto, la **sotagliflozina** amplía el arsenal terapéutico del paciente con ICFeR. Actualmente existen tres inhibidores SGLT para ICFeR: **sotagliflozina** (*dual*), **dapagliflozina** (*inhibidor SGLT2*) y **empagliflozina** (*inhibidor SGLT2*). [La sotagliflozina no se comercializa](#) en España y otros países.
- **CUANTO MÁS PRONTO, MEJOR:** la terapia en escalones para los 4 fármacos considerados principales (**SV + ARM + iSGLT2 o ISGLT2/iSGLT1 + BB**) en la ICFeR desapareció como estrategia terapéutica en los últimos meses. Este documento recomienda iniciar el tratamiento de forma temprana, a ser posible con los cuatro fármacos principales a dosis bajas, y titular para alcanzar la dosis recomendada por la evidencia científica (*o la máxima tolerada por el paciente*) en un plazo ideal de **no superior a 3 meses**. El documento alienta a los médicos a ser más agresivos con la terapia, porque la información científica así lo avala. Debemos recordar como el estudio **STRONG-HF** *demostró que la estrategia terapéutica de alta intensidad (alcanzar las dosis plenas de los 4 fármacos pronósticos a las 6 semanas posteriores al alta hospitalaria) era segura y bien tolerada por los pacientes, reduciendo el riesgo de muerte por todas las causas o re-hospitalización por insuficiencia cardiaca (a los 180 días de seguimiento)*.
- **IDENTIFICAR LAS BARRERAS QUE LIMITAN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA:** se describen los problemas que dificultan la correcta implementación de la estrategia terapéutica recomendada, principalmente las comorbilidades de los pacientes, los efectos secundarios de los medicamentos (*interacciones...*) y el precio elevado de algunas terapias. Aportan recomendaciones para derribar esas barreras.
- **INNOVACIÓN:** recomiendan mejorar la asistencia sanitaria utilizando nuevas herramientas, como las visitas telefónicas o telemáticas, disminuyendo así la presión sobre el paciente y el sistema sanitario. Instan a buscar herramientas digitales que favorezcan la medición remota de variables relacionadas con la salud.

CONCLUSIÓN

La ICFeR es una patología prevalente que está aumentando rápidamente, pudiendo alcanzar un preocupante 34% en las próximas décadas. Además, es una patología con importante morbimortalidad, constituyendo la [5ª causa de muerte en España](#). Por último, consume gran cantidad de recursos sanitarios y deteriora la calidad de vida de nuestros pacientes.

La mejora de nuestro arsenal terapéutico ha reducido la morbimortalidad en la ICFeR y mejorado la calidad de vida. Ahora bien, la terapia farmacológica de la IC no es sencilla, con barreras importantes para su adecuada implementación, como la inercia terapéutica,

las comorbilidades, la polifarmacia o la falta de adherencia de los pacientes. La evidencia científica demuestra que el tiempo es oro. La implantación temprana y rápida de terapias pronósticas en la ICFeR (**sacubitrilo/valsartán, ARM, iSGLT2 o dual iSGLT1+iSGLT2 y BB**) mejoran la supervivencia y calidad de vida del paciente, pero no podemos aplicar las estrategias de forma universal, siendo fundamental individualizar y consensuar.

Situaciones “ajenas al paciente”, como la sobrecarga del sistema sanitario, la inercia terapéutica (*en buena parte secundario a las inadecuadas condiciones de trabajo de los sanitarios -sobrecarga, falta de tiempo para la formación...-*), la falta de innovación y aprovechamiento de oportunidades por parte de algunos responsables de la gestión sanitaria (*lenta y escasa implementación de consultas telefónicas o tele-consultas para reducir visitas en pacientes muy dependientes del sistema*) retrasan la implementación de estrategias terapéuticas que aportan valor.

El documento de la **ACC** enfatiza en temas ya conocidos: tratamiento precoz y titulación rápida (*evidentemente adaptada a cada paciente*), medicina innovadora e individualizada, utilización de **ARNI** como fármaco de primera línea (*en vez de IECAs/ARA II*)... En **CARPRIMARIA** nos sentimos orgullosos de compartir la información científica con espíritu crítico y no condicionado, y ver como los documentos de práctica clínica que se van publicando están alineados con nuestros comentarios y recomendaciones.

DOCUMENTO PRÁCTICO PARA EL MANEJO DE LA ICFeR* ACC

- 01 SACUBITRILLO VALSARTÁN (ARNI)**
Los IECAs/ARA II solo deben considerarse en pacientes con contraindicaciones, intolerancia o inaccesibilidad al ARNI
- 02 SOTAGLIFLOZINA, OTRO ISGLT PARA IC**
Tercer integrante de la familia de los iSGLT, junto a la empagliflozina o dapagliflozina.
- 03 LOS CUATRO MAGNÍFICOS, CUANTO MÁS PRONTO, MEJOR**
A dosis plenas, si es posible, en un plazo no superior a 3 meses
- 04 INDIVIDUALIZAR Y CONSENSUAR**
Las comorbilidades y polifarmacia son barreras que dificultan implementar las terapias que mejoran pronóstico rápido. Al final, hay que individualizar
- 05 INNOVAR PARA MEJORAR**
Fomentar la telemedicina y el uso de las herramientas digitales. Importante cambiar la mentalidad de muchos de nuestros gestores de salud

*ICFeR: Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida. ACC: Colegio Americano de Cardiología

Ilustración 1. Puntos relevantes del nuevo documento de manejo de la ICFeR de la ACC. CARPRIMARIA

REFERENCIAS

[J Am Coll Cardiol 2024](#)

OTROS ARTÍCULOS DE CARPRIMARIA QUE PODRÍAN SER DE TU INTERÉS

[¿Por qué el sacubitrilo valsartán se ha convertido en fármaco de primera elección en IC?](#)

[La estrategia de intensificación del tratamiento en IC llega a la hospitalización: STRONG-HF](#)

[¿Cómo ha evolucionado la mortalidad por enfermedades cardíacas en España?](#)