

INSUFICIENCIA CARDIACA TRAS UN INFARTO DE MIOCARDIO: POR QUÉ LOS RIESGOS SIGUEN SIENDO ALTOS

www.medscape.org/curbside/heart-failure-post-mi-risk-spanish

Mark Petrie, MD: Hola, soy Mark Petrie, catedrático de cardiología de la Universidad de Glasgow, en Escocia. Bienvenidos a este programa titulado "Insuficiencia cardiaca tras un infarto de miocardio: Por qué los riesgos siguen siendo altos". Tengo el honor de que me acompañe hoy día Deepak Bhatt. Deepak es director de Mount Sinai Heart y catedrático de Medicina Cardiovascular Dr. Valentín Fuster en la Facultad de Medicina Icahn de Mount Sinai, en Nueva York.

Hoy vamos a hablar de los riesgos de que se presente insuficiencia cardiaca tras un infarto de miocardio (IM), y de cómo se comparan estos riesgos con el riesgo de problemas como el infarto de miocardio recurrente, incluida la trombosis del stent. También hablaremos de algunas lagunas en el tratamiento de los pacientes que presentan insuficiencia cardiaca tras un infarto de miocardio. En los últimos 20 años, hemos asistido a notables avances en el tratamiento de la arteriopatía coronaria y el infarto agudo de miocardio, como la evolución de los tratamientos antiagregantes plaquetarios, las estrategias de carga de colesterol y la revascularización. Pero a pesar de ello, el riesgo de insuficiencia cardiaca tras un infarto de miocardio sigue siendo alto, y el infarto de miocardio es la causa más frecuente de insuficiencia cardiaca.

La insuficiencia cardiaca tras un infarto de miocardio es increíblemente importante. Las personas con insuficiencia cardiaca tienen muy mala calidad de vida, un alto riesgo de hospitalizaciones y también una baja supervivencia. La insuficiencia cardiaca tras un infarto de miocardio puede presentarse de varias formas. En primer lugar, las personas pueden sufrir infarto de miocardio e insuficiencia cardiaca al mismo tiempo, o pueden sufrir insuficiencia cardiaca durante la hospitalización por su infarto de miocardio o, de hecho, también pueden presentar insuficiencia cardiaca una vez que vuelven a casa. Y esto puede ocurrir durante la hospitalización o en la consulta de atención primaria o ambulatoria.

Deepak, para participar en nuestro debate, ¿podrías explicarnos los mecanismos que subyacen a la aparición de la insuficiencia cardiaca tras un infarto de miocardio?

Deepak Bhatt, MD: Sí, desde luego. Por supuesto, en un infarto hay un periodo inicial en el que se produce el infarto. A veces se trata de una muerte cardiaca súbita extrahospitalaria, pero suponiendo que no sea mortal, el infarto se expande en las horas o días posteriores y se produce una remodelación más global en los días o meses siguientes. Y este es el tipo de cuestiones que se ven afectadas por el tratamiento temprano, desde el simple tratamiento farmacológico hasta a la farmacoterapia fibrinolítica. Y, en particular, la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria ha influido mucho en ello, reduciendo notablemente el riesgo de infartos grandes en comparación con hace una o dos décadas.

Y sabemos por varios estudios que las mejoras en la función del ventrículo izquierdo (VI) pueden producirse incluso hasta 3 meses después de la ICP primaria. A ello contribuye en parte un buen tratamiento farmacológico concomitante. Existe un largo historial de inhibición de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), por ejemplo, que afecta favorablemente a la remodelación. Por supuesto, están los enfoques más contemporáneos que vamos a abordar más adelante en el programa, pero este tipo de remodelación puede ser adverso y puede ser afectado favorablemente por el tratamiento farmacológico.

Pero me gustaría preguntarte cuál es la cronología y la incidencia de la insuficiencia cardíaca, la consecuencia potencial de esa remodelación adversa tras un IM, y cuáles son los factores de riesgo para ello.

Dr. Petrie: Claro. Así que vemos la aparición de la insuficiencia cardíaca y la congestión o la sobrecarga de líquidos durante el curso de la hospitalización. Esto suele tratarse, como sabes, con diuréticos, diuréticos intravenosos. Últimamente nos hemos centrado especialmente en la cronología de la insuficiencia cardíaca tras el alta. Las tasas más altas de hospitalización por insuficiencia cardíaca, o de aparición de insuficiencia cardíaca, se registran en las primeras semanas y meses. Durante el primer año, la mayoría de los casos de insuficiencia cardíaca se manifiestan en aproximadamente un 9% o quizá un 10% durante los primeros 12 meses, pero se trata de una tasa aceptablemente alta. Alrededor de una de cada 10 personas durante el primer año. Si miramos un poco más adelante, vemos que las tasas descienden un poco, y a los 3 años es de alrededor del 15%, y a los 5 años de alrededor del 20%. Pero muchas personas presentan insuficiencia cardíaca tras un infarto de miocardio. Y no creo que el público en general o quizá algunos cardiólogos piensen que la insuficiencia cardíaca sea un problema grave tras el alta por infarto de miocardio.

Si pensamos en los factores de riesgo de la insuficiencia cardíaca tras un infarto de miocardio, quizá esperemos algunos de ellos: edad avanzada, diabetes, disfunción renal, fibrilación auricular, bastante previsibles; pero también algunas afecciones interesantes como la arteriopatía periférica. Así que, evidentemente, las tasas son más altas de lo que esperamos, y los factores de riesgo son útiles porque en realidad podemos analizar estos factores de riesgo en nuestros pacientes y tal vez estar más atentos a la aparición de la insuficiencia cardíaca después del alta.

Deepak, dejando de lado por un momento la insuficiencia cardíaca tras un infarto de miocardio, muchos en nuestro campo nos hemos centrado en otros aspectos tras un infarto de miocardio, como la trombosis del stent y el infarto de miocardio recurrente. ¿Qué opinas de las tasas de trombosis del stent y de infarto de miocardio recurrente tras un infarto de miocardio?

Dr. Bhatt: Es una pregunta estupenda. Por supuesto, hemos prestado mucha atención al tema de la trombosis del stent, y eso es porque puede presentarse de forma bastante drástica. Podría ser una muerte súbita cardíaca fuera del hospital, podría ser un reinfarto letal dentro del hospital. Hay muchas formas diferentes en que puede presentarse, y por lo general no son muy buenas. De nuevo, suele asociarse con infartos de miocardio de gran tamaño o una mortalidad elevada cuando ocurre.

Lo que quizá no resulte tan evidente para los médicos es lo que han evolucionado los stents, es decir, el paso de los stents metálicos sin recubrimiento a los stents farmacoactivos de primera

generación, que redujeron considerablemente la tasa de recidiva de estenosis y la necesidad de repetir los procedimientos de revascularización, aunque según gran parte de los datos parece que el riesgo de trombosis del stent aumentó un poco al pasar de los stents metálicos sin recubrimiento a los stents farmacoactivos de primera generación. Pero al comenzar a utilizar los stents farmacoactivos de segunda generación, seguimos teniendo reducciones en la recidiva de la estenosis y la revascularización, aunque sin aumento de la trombosis del stent, y algunas fuentes de datos señalan en realidad menos trombosis del stent con las endoprótesis farmacoactivas de segunda generación que con las de primera generación, yo diría que casi con toda seguridad, si bien incluso con tasas más bajas que las de los stents metálicos sin recubrimiento.

Esto tiene que ver con los stents, los fármacos, los polímeros y las combinaciones. Pero también, durante ese periodo, han tenido lugar muchos otros avances en cardiología intervencionista: los stents son cada vez más delgados, menos trombógenos; las técnicas de implantación son cada vez mejores; la implantación a alta presión es cada vez más habitual; las técnicas de imagen, como la ecografía intravascular (IVUS) o la tomografía de coherencia óptica, probablemente conlleven tasas más bajas de trombosis del stent. Ciertamente, algunas fuentes de datos, sobre todo para la IVUS, muestran menores tasas de revascularización del vaso afectado, pero tal vez incluso de la trombosis del stent, o múltiples problemas diferentes en los que la trombosis del stent, aunque sigue siendo importante, numéricamente hablando, es mucho menos frecuente. Sin duda alguna, menos frecuente que las cifras que acabas de citar para la insuficiencia cardíaca, en la que, creo, se hablaba de tasas de alrededor de 10% al año y alrededor de 20% o más a los 5 años.

Por lo tanto, las tasas de trombosis del stent no son nada parecidas. El riesgo es mayor en las primeras 24 a 48 horas, semana, tal vez en un mes. Y después de eso el riesgo se reduce sustancialmente. Y eso sin tener en cuenta todos los avances con el tratamiento antiagregante plaquetario dual. Ahora incluso hay la tendencia a disminuir este último más pronto para tratar de minimizar el riesgo de hemorragia. Así pues, yo no diría que la trombosis del stent se ha superado. Sigue siendo importante, se sigue haciendo lo posible para determinar el tratamiento antitrombótico óptimo, pero creo que, en comparación con la insuficiencia cardíaca, no es tan frecuente. Es un orden de magnitud menos frecuente.

Dr. Petrie: Bien, es un resumen fantástico, Deepak. ¿Podría insistir un poco más? ¿Qué hay de la percepción de nuestros colegas o cardiólogos generales o médicos generales? ¿Crees que esto se aprecia en general, que en la actualidad los riesgos de insuficiencia cardíaca tras un infarto de miocardio son probablemente mayores que el infarto de miocardio recurrente o la trombosis del stent?

Dr. Bhatt: Creo que, en general, la insuficiencia cardíaca no ha recibido todo el respeto que merece en el contexto posterior a un infarto de miocardio. Y por posterior a un IM me refiero en realidad al síndrome coronario agudo (SCA). Me refiero al IM, ya sea IM con elevación del segmento ST (IMEST) o IM sin elevación del segmento ST (IMSEST). A menudo pensamos en la insuficiencia cardíaca después de que alguien llega con un gran IM de la pared anterior. De nuevo, estos casos son menos frecuentes hoy en día debido a la rápida ICP en muchas o la mayoría de las regiones del mundo. Pero sigue habiendo grandes IM de la pared anterior, por supuesto. No obstante, en términos de riesgo de insuficiencia cardíaca, puede ocurrir incluso

en caso de IMSEST. No tiene por qué ser sólo ese gran infarto proximal de la descendente anterior izquierda (DAI). Especialmente en el contexto del IMSEST, muchos de esos pacientes tienen afección multivascular, y pueden tener a la vez disfunción del VI preexistente o nueva o superpuesta de su último síndrome coronario agudo. Por consiguiente, es importante darse cuenta de que, en primer lugar, estamos hablando tanto del IMEST como de del IMSEST y de los riesgos potenciales de insuficiencia cardíaca.

Pero en términos de apreciar ese riesgo de insuficiencia cardíaca, creo que el enfoque en el curso de los años ha sido realmente no sólo en la trombosis del stent por un episodio isquémico, sino también en el infarto de miocardio recurrente. Si alguien sufre un infarto de miocardio, por supuesto que nos preocupará intentar prevenir un infarto recurrente. Y el tratamiento hipolipemiante y el tratamiento antitrombótico han recorrido un largo camino en lo que respecta a la reducción del riesgo de IM recurrente, aunque los IM recurrentes siguen siendo un gran problema. Pero en lo que respecta a frecuencia o frecuencia de diferentes complicaciones, bueno, la insuficiencia cardíaca es muy común después de que los pacientes presentan IMSET o IMSEST, y en estos días mucho más alta que el riesgo de trombosis del stent, pero probablemente también más alta que el riesgo de sólo, digamos, un gran infarto de miocardio espontáneo.

Incluso si no consideramos el contexto posterior al SCA, sino a los pacientes ambulatorios, por ejemplo, en las personas con diabetes, durante muchos años nos centramos en la diabetes, diciendo que es un equivalente de IM, o un equivalente de aterosclerosis. Eso fue discutible cuando se hizo por primera vez, es discutible ahora. En cualquier caso, las personas con diabetes tienen un alto riesgo de sufrir eventos isquémicos. Eso es cierto, pero el mayor riesgo es la insuficiencia cardíaca. Es algo que vimos en el ensayo SAVOR-TIMI 53, en el que el riesgo de insuficiencia cardíaca en esos pacientes con diabetes estable era al menos tan alto como su riesgo de infarto de miocardio. Y el mayor predictor de mortalidad en ese ensayo fue un antecedente de insuficiencia cardíaca, así que hay un doble impacto en los pacientes que tienen diabetes e insuficiencia cardíaca, o en el contexto de este análisis, diabetes y SCA. Y entonces están en alto riesgo de insuficiencia cardíaca o de hecho la presentan. Pacientes de muy alto riesgo en los que el riesgo de insuficiencia cardíaca tiende a predominar en el tipo de escenario que acabo de describir.

Dr. Petrie: Fantástico, Deepak. Creo que también hemos hablado en el pasado de otras cuestiones que también ocurren, que son fascinantes y que merece la pena prevenir. Complicaciones como la hemorragia y el ictus, y muchas otras más. Creo que tenemos que pensar en el cuadro completo tras un infarto de miocardio. La insuficiencia cardíaca es importante, lo mismo el infarto de miocardio recurrente, pero también estas otras cuestiones.

Dr. Bhatt: Sí, sin duda alguna. De nuevo, no quiero restar importancia a nada. El ictus es muy importante en el paciente con SCA, infravalorado. Pero, aun así, numéricamente hablando, es relativamente infrecuente. Sí, hay algún paciente esporádico con SCA que también sufre un ictus al mismo tiempo, o una complicación cercana a un procedimiento de cateterismo, o ICP o revascularización quirúrgica. Sin embargo, por suerte las tasas absolutas tienden a ser bastante bajas. No es por repetirlo, pero para ese paciente en particular no podría ser desastroso, podría serlo. No obstante, en lo referente a complicaciones de las que preocuparse, la insuficiencia cardíaca es bastante frecuente y algo a lo que probablemente no

hemos prestado suficiente atención en el curso de los años, pero creo que eso está cambiando. Y hablando de cosas que están cambiando, quizá te pregunte, ¿cómo se trata actualmente a los pacientes con insuficiencia cardíaca tras un infarto de miocardio? Ha habido muchos cambios en comparación con los viejos tiempos de los betabloqueantes y los inhibidores de la ECA.

Dr. Petrie: Claro. El tratamiento actual de la insuficiencia cardíaca tras un infarto de miocardio sigue siendo bastante sencillo. Estábamos muy orgullosos de los datos que se generaron en los años 90 con los inhibidores de la ECA. Hubo ensayos a gran escala (SAVE, AIRE y TRACE) que demostraron grandes beneficios en personas con insuficiencia cardíaca tras un infarto de miocardio o disfunción ventricular izquierda tras un infarto de miocardio, reducción de la mortalidad y de las hospitalizaciones, y datos de remodelación realmente impresionantes. Es decir, remodelación inversa y reducción de las cardiomegalias. Creo que todos estábamos muy orgullosos en ese momento, y son realmente una de las piedras angulares del tratamiento de la insuficiencia cardíaca posterior a IM. También vimos que los antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA) son equivalentes a los inhibidores de la ECA, en el ensayo VALIANT, y los betabloqueantes de nuevo en el ensayo CAPRICORN. Mayores beneficios post-IM en la disfunción ventricular izquierda en CAPRICORN. Así pues, los inhibidores de la ECA y los betabloqueantes, como dices, existen desde hace tiempo, pero debemos recordar lo importantes que son y la magnitud de los beneficios que observamos con estos fármacos.

Un fármaco del que a menudo nos olvidamos es la eplerenona, un antagonista de los receptores de mineralocorticoides (ARM) en el ensayo EPHESUS. De nuevo, grandes beneficios en lo referente a reducción de la mortalidad y la hospitalización. Son realmente las piedras angulares: inhibidores de la ECA o ARA, betabloqueantes y ARM. Quiero insistir una vez más en que los ARM están realmente infrautilizados en este contexto. Si miramos los registros o encuestas, probablemente alrededor de 20% de las personas que deberían tomar estos fármacos los reciben. Así pues, exhorto a todo el mundo a que no olvide la utilidad de estos agentes farmacológicos.

El otro recurso de utilidad son los desfibriladores cardioversores implantables (DCI), que están indicados tras un gran infarto de miocardio con disfunción grave y persistente del ventrículo izquierdo, al menos 30 días, pero probablemente más tiempo después del infarto de miocardio. Y creo que debemos recordar evaluar el ventrículo tras un infarto de miocardio en los meses posteriores, a fin de ver si las personas son aptas para estos tratamientos.

Estos son los principales tratamientos, las principales estrategias farmacológicas y de dispositivos para tratar a los pacientes con insuficiencia cardíaca tras un infarto de miocardio. Desde luego, Deepak, vimos que sacubitrilo-valsartán no fue superior en el ensayo PARADISE-MI. Se trata de sacubitrilo-valsartán comparado con ramipril tras un IM, que fue una falta de superioridad marginal, pero ciertamente fue un ensayo neutro.

Dr. Bhatt: Sí, sin duda alguna. Y, por supuesto, se está realizando un par de ensayos de pacientes post-SCA, específicamente con inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa de tipo 2 (SGLT-2). Así que será interesante e importante ver cómo resulta todo esto. Esos fármacos son evidentemente muy útiles en la insuficiencia cardíaca, en general, incluso cuando se inician durante la hospitalización en pacientes que tienen insuficiencia cardíaca. Pero muy pronto contaremos con algunos datos específicamente relacionados con los pacientes con SCA

y alto riesgo de insuficiencia cardíaca, tanto para dapagliflozina como para empagliflozina. Creo que será muy interesante y relevante ver qué muestran esos datos.

Dr. Petrie: Seguramente. Tiempos emocionantes, Deepak. Tiempos muy, muy emocionantes. Sólo quiero preguntarte, desde luego en el contexto de lo que sucede después de un infarto de miocardio, así que dime ¿qué piensas de la forma actual en que atendemos a estos pacientes, cardiólogos intervencionistas, cardiólogos generales? ¿Crees que hay alguna laguna importante en nuestra atención, o algún aspecto sin resolver que tengamos actualmente?

Dr. Bhatt: Sí, creo que probablemente deberíamos mejorar en cuanto a la detección de la insuficiencia cardíaca. Esto es cierto en las fases aguda, subaguda y crónica del tratamiento. Naturalmente, si un paciente se queja de disnea manifiesta, por lo general eso dará lugar a una detección formal de la insuficiencia cardíaca. Pero en realidad, yo diría que en todo paciente que ha llegado con un SCA y un IM debe hacerse una evaluación de la fracción de eyección en ese momento; creo que esto debe ser un estándar de atención, aunque no siempre sucede. Pero más allá de medir una cifra, se trata de buscar signos y síntomas en todas las fases de la atención. Porque como has aludido con respecto a los datos, hay una alta tasa de insuficiencia cardíaca en el primer año, pero en efecto en los siguientes años, hay un incremento progresivo en el riesgo de insuficiencia cardíaca.

Por lo tanto, es algo que hay que tener en cuenta para vigilarlo y, si parece que se está presentando, asegurarse de que el paciente reciba el tratamiento farmacológico adecuado. También la modificación del estilo de vida. También hay que pensar en el tratamiento con dispositivos, ya sean DCI o terapia de resincronización cardíaca, o lo que esté indicado. Pero nada de eso es posible sin esa identificación inicial para confirmar si un paciente tiene disfunción ventricular izquierda o insuficiencia cardíaca, o ambas a la vez. Así que creo que, como casi todo en medicina, la identificación del problema es la mayor laguna.

Y entonces, ya hemos hablado de asegurarnos de no centrarnos solo en cuestiones como el tratamiento antitrombótico, que es importante, o el tratamiento para modificar los lípidos, que es muy importante, sino también pensar en el tratamiento específico para la insuficiencia cardíaca. Así pues, creo que, como suele ser el caso, hay que poner en práctica los resultados de todos los ensayos de los que ya disponemos hasta la fecha. Además, será cada vez más importante incorporar algunos de los datos que aún pueden estar por llegar y que acabamos de comentar.

Dr. Petrie: Eso es fantástico, Deepak. Así que, supongo que, para resumir, verdaderamente necesitamos pensar más en la insuficiencia cardíaca en general, como cardiólogos, cardiólogos intervencionistas y todo el mundo en atención primaria, sobre la importancia de la insuficiencia cardíaca tras un infarto de miocardio. Como dices, la oportunidad de ser vigilantes, de estar atentos, y para ofrecer a los pacientes el beneficio de todas las modalidades de tratamiento de la insuficiencia cardíaca si la identificamos y la tratamos. Así que es muy importante. No queremos subestimar ni reducir la vigilancia de otras complicaciones, ni disminuir nuestros esfuerzos por atender a los pacientes en general lo mejor posible, pero sin duda, creo, no hemos dado la prioridad que deberíamos a la insuficiencia cardíaca tras un infarto de miocardio.

Así que, Deepak, ha sido una charla fantástica. Ha sido un placer hablar contigo, de verdad, es un honor. Y a la audiencia también, gracias por participar en esta actividad. Les

agradeceríamos mucho que respondieran a las preguntas que siguen y completaran la evaluación. Así que gracias de nuevo, Deepak.

Dr. Bhatt: Sí, muchas gracias. Un placer conversar sobre esto contigo.

Esta transcripción no ha sido revisada.

Exención de responsabilidad

Este documento es para fines educativos únicamente. No se otorgarán créditos de Educación Médica Continuada (CME) por leer el contenido del presente documento. Para participar en esta actividad, visite www.medscape.org/viewarticle/993141

Para preguntas relacionadas con el contenido de la presente actividad, comuníquese con el proveedor de esta actividad educativa a CME@webmd.net.

Para obtener asistencia técnica, comuníquese con CME@medscape.net

La actividad educativa presentada anteriormente puede involucrar situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes que aparecen en estas situaciones son ficticios y no se pretende ni debe inferirse ninguna asociación con ningún paciente real.

El material presentado aquí no necesariamente refleja los puntos de vista de WebMD Global, LLC ni de las compañías que apoyan programas educativos en medscape.org. Estos materiales pueden analizar productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Agencia Europea de Medicamentos para su uso en Europa y usos no aprobados de productos aprobados. Se debe consultar a un profesional sanitario calificado antes de utilizar cualquier producto terapéutico analizado. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de brindar tratamiento a pacientes o emplear cualquier medicamento descrito en esta actividad educativa.

Medscape Education © 2023 WebMD Global, LLC