

INSUFICIENCIA CARDIACA TRAS UN INFARTO DE MIOCARDIO: ¿CUÁL ES LA NECESIDAD NO CUBIERTA?

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

Harriette Van Spall, MD, MPH: Hola, soy Harriette Van Spall, profesora asociada de medicina de la Universidad McMaster de Canadá, y me complace dar la bienvenida al Dr. Schuyler Jones, profesor asociado de medicina del Sistema de Salud de la Universidad Duke, para hablar sobre la evolución de la IC tras un IM. Bienvenido, Schuyler.

Schuyler Jones, MD: Hola, Harriette. Gracias por la invitación. Es un placer estar aquí.

Dra. Van Spall: Hoy vamos a hablar sobre el tratamiento y las necesidades no cubiertas de los pacientes con alto riesgo de insuficiencia cardiaca (IC) tras un infarto de miocardio (IM). Esta actividad y el interesante debate siguen a uno reciente del Dr. Deepak Bhatt y el Dr. Mark Petrie, en el que hablan de la historia, los riesgos y los mecanismos subyacentes de la IC tras un IM.

Así pues, voy a empezar preguntándote, Schuyler, cómo se trata actualmente a los pacientes con IC y fracción de eyección (FE) reducida con cardiopatía isquémica subyacente. Háblanos de los cuatro pilares de la farmacoterapia basada en las guías clínicas, ¿quieres?

Dr. Jones: Claro, sí. Recuerdo los comienzos de mi carrera médica, cuando era residente, y pienso a menudo en estudios como AIRE, TRACE, VALIANT y otros. Los pilares son los betabloqueantes, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA) y los antagonistas de los receptores de mineralocorticoides (ARM). Y así, cuando pensamos en el tratamiento de la IC con fracción de eyección reducida (IC-FEr), en la mayoría de los estudios que se han realizado para pacientes con IM agudo se han analizado esas clases de medicamentos. Además de los tratamientos para la arteriopatía coronaria (APC), como los antiagregantes plaquetarios y las estatinas, y, desde luego, el ejercicio y la modificación de factores de riesgo como el tabaquismo. Pero los pilares fundamentales son los betabloqueantes, los IECA, los ARA y los ARM.

Dra. Van Spall: Correcto. Y eso se aplica a los pacientes con IM agudo, como has mencionado. Y para los pacientes con arteriopatía coronaria crónica, también contamos con datos que apoyan el uso de inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2 (SGLT2), por supuesto. Así pues, en la IC-FEr en general, tenemos cuatro pilares de farmacoterapia basada en las guías clínicas, desde luego, tres de los cuales han demostrado su eficacia en el contexto de un IM agudo. También hemos de mencionar el papel de la rehabilitación cardiaca, la nutrición y el ejercicio en la mejora del pronóstico de estos pacientes, desde luego, y tal vez en el tratamiento de los factores de riesgo subyacentes: el tabaquismo, la diabetes, la hipertensión y la dislipidemia. Así que, en realidad, estamos hablando de un enfoque integral para controlar el riesgo de IC, tanto la prevención primaria como la secundaria en el contexto de la cardiopatía isquémica.

Ahora bien, a menudo observamos la infrautilización de la farmacoterapia basada en las guías clínicas en todas las regiones del mundo, y hay lagunas que afectan a la atención de la IC en general, pero en particular tras un IM agudo, quizá porque la atención se centra en la isquemia coronaria. ¿Cuál es la incidencia de la IC tras un infarto agudo de miocardio y dónde ves las oportunidades de mejorar la atención?

Dr. Jones: Es una gran pregunta. La incidencia es de al menos el 10% y algunos estudios han demostrado que hasta 20% de los pacientes presentan disfunción sistólica transitoria del ventrículo izquierdo (VI) o IC aguda durante un IM agudo. Creo que diversos especialistas tratan a pacientes con IM agudo y disfunción sistólica del VI, en particular los cardiólogos generales, los cardiólogos intervencionistas y luego los cardiólogos de cuidados intensivos, y en realidad ahora lo suelen hacer los especialistas en insuficiencia cardiaca.

Así pues, creo que la cuestión clave es asegurarse de que todo el mundo está de acuerdo, como en la mayoría de otros ámbitos, en utilizar los medicamentos adecuados. Y luego están las dificultades comunes con las que todos nos encontramos. Una de ellas es tratar de averiguar si el paciente presentará IC a largo plazo. A menudo esperamos que los pacientes no lo hagan. Pensamos que es transitoria a partir del IM, pero en general, estos pacientes están mejor atendidos cuando se les trata con la farmacoterapia basada en las guías clínicas y los medicamentos que cuentan con una gran evidencia.

Supongo que el otro factor sería el temor, es decir, el temor a las complicaciones o a los efectos adversos de algunos de estos medicamentos. Pero creo que los estudios han demostrado que si conseguimos que estos pacientes tomen los medicamentos adecuados, sus resultados a largo plazo son mejores.

Dra. Van Spall: Correcto, así que un alto riesgo de IC tras un IM y luego la incidencia de IC presagia un riesgo peor o mayor en estos pacientes que presentan un IM. Deberíamos hablar de algunos de los ensayos clínicos que han sustentado el tratamiento de estos pacientes. Mencionaste AIRE, TRACE y VALIANT. Por supuesto, ha habido algunos otros ensayos, como SAVE, para fundamentar el uso de inhibidores de la ECA y ARA-II en pacientes con IM en riesgo de IC o con IC como complicación. También se realizó PARADISE-MI, un ensayo en el que se evaluó la eficacia de sacubitrilo-valsartán en dosis de 97 y 103 mg dos veces al día (BID), en comparación con ramipril, 5 mg cada 12 horas. Se trataba de pacientes con infarto agudo de miocardio, fracción de eyección reducida y congestión pulmonar, con factores de riesgo adicionales como la edad avanzada, la reducción de la tasa de filtración glomerular (TFG), el antecedente de diabetes, la fibrilación auricular y la clase Killip alta.

Así pues, se aleatorizó a estos pacientes. En el ensayo se evaluó la eficacia del inhibidor del receptor de angiotensina-neprilisina (IRAN) frente al IECA con el criterio principal de valoración de muerte por causas cardiovasculares, hospitalización por IC o aparición de IC en pacientes ambulatorios. Y no hubo una reducción significativa en el criterio principal compuesto con el uso de sacubitrilo-valsartán y sí una incidencia ligeramente superior de hipotensión. Así pues, en pacientes con IM agudo e IC, ya sea con una reducción de la fracción de eyección o con congestión pulmonar, no hay datos sólidos o ninguna evidencia que respalde realmente el uso de un IRAN frente a un IECA.

Pero, por supuesto, hay muchos datos que apoyan los IRAN en el ámbito ambulatorio, o en el ámbito hospitalario con IC en pacientes sin IM agudo. Por consiguiente, hay que tener en

cuenta que los IRAN también son costosos, por lo que en algunos entornos no están disponibles o no se puede acceder a ellos.

¿Qué opinas del papel de los inhibidores de SGLT2 en el infarto agudo de miocardio? Falta evidencia, pero háganos de los ensayos cada vez más numerosos en este campo. ¿Qué podemos añadir a la literatura?

Dr. Jones: Sí, es un gran resumen de PARADISE-MI, y mientras PARADISE-MI estaba terminando, se estaban formando dos estudios para los inhibidores de SGLT2. En el que yo participo, y que se está dirigiendo en Duke, es el estudio EMPACT-MI, y también el estudio DAPA-MI, de dapagliflozina. Les diré lo que mejor conozco: EMPACT-MI es un ensayo controlado aleatorizado a gran escala en 6.500 pacientes, en el que se asigna aleatoriamente empagliflozina y placebo. Esos pacientes tienen un IM agudo, es decir, un IM índice, y luego tienen disfunción sistólica del VI, o sea, una fracción de eyección < 45%, o signos y síntomas de IC aguda, a saber, disnea, presión en cuña elevada, ese tipo de signos.

El estudio se inició en 2021 y terminará a finales de 2023. Estamos analizando un compuesto de muerte por todas las causas y hospitalización por IC. Por consiguiente, es realmente emocionante ver que este estudio se concluirá este año.

Asimismo, el DAPA-MI se inició más o menos al mismo tiempo. Se planificó para unos 6.000 pacientes, aleatorizando dapagliflozina frente a placebo en pacientes con un IM índice, y además una fracción de eyección $\leq 50\%$. Y así, el diseño del ensayo es similar al del que se está llevando a cabo en el Reino Unido y Suecia, creo. Si no me equivoco, los resultados también se presentarán este año. Por consiguiente, se tendrán datos muy interesantes para esta clase de medicamentos y podremos aprender más y tratar mejor a los pacientes a finales de este año.

Dra. Van Spall: Fantástico. Así pues, una indicación potencialmente ampliada para los inhibidores del SGLT2 en estos pacientes de alto riesgo. ¿Qué dirías a los cardiólogos, incluidos los cardiólogos intervencionistas, deberían hacer de forma diferente en la práctica para colmar algunas de las lagunas asistenciales? ¿Qué opinas al respecto?

Dr. Jones: Sí, creo que realmente hay que prestar atención al paciente y determinar su riesgo. El riesgo de disfunción sistólica del VI y de IC crónica es un problema importante para nuestros pacientes. Y como cardiólogos intervencionistas, a menudo pensamos en abrir la arteria, antiagregantes plaquetarios, trombosis del stent, esas cuestiones en las que podemos influir. Pero, en última instancia, si logramos que los pacientes sigan un tratamiento farmacológico basado en las guías clínicas, sus probabilidades de sufrir IC y muerte a largo plazo, sobre todo muerte por causas cardiovasculares, son menores con estos medicamentos. Y así, la esperanza es con beta-bloqueante, con IECA, o ARA y ARM, más SGLT2, dependiendo de los resultados del estudio, y vamos a poder tratar muy bien a estos pacientes de manera más agresiva y eficaz y reducir en particular no solo la IC, sino también la muerte por causas cardiovasculares en el futuro.

Dra. Van Spall: Schuyler, ¿podrías explicarnos algunos métodos de detección de la IC? ¿Qué podrían hacer los cardiólogos para evaluar mejor la incidencia de la IC en los pacientes que presentan un IM?

Dr. Jones: Bueno, Harriette, en el transcurso de los últimos 20 años, el diagnóstico de la IC durante un IM agudo ha cambiado. Cuando yo estudiaba, siempre hacíamos angiografías del ventrículo izquierdo, y eso se ha quedado en el camino porque el ecocardiograma transtorácico (eco) lo ha sustituido. Por lo tanto, aunque creo que en la mayoría de los pacientes se lleva a cabo una ecocardiografía durante la hospitalización, los cardiólogos intervencionistas y los médicos de cuidados intensivos que atienden a estos pacientes deberían prestar atención a estos hallazgos y asegurarse de que en todos los pacientes se haga esta prueba ecográfica.

Una de las cosas que probablemente también deberíamos hacer es medir la presión telediastólica durante el cateterismo, evaluar la volemia. Muchos de estos pacientes muestran signos y síntomas de IC que no sólo están relacionados con la isquemia, sino también con la disfunción sistólica del VI o con problemas de bombeo. También hay datos sobre los niveles del péptido natriurético cerebral (proBNP). Así pues, creo que cuando pensábamos en el infarto agudo de miocardio, siempre nos referíamos a la troponina, pero probablemente podríamos añadir otra prueba sérica a nuestro arsenal para ayudar a definir mejor el riesgo en estos pacientes.

Pero supongo que, para resumir aquí, obtener una evaluación de la función sistólica del VI es sin duda un aspecto decisivo. Y luego poner esa pieza junto con el inicio de la farmacoterapia basada en las guías clínicas. Y de nuevo, no se trata sólo de las coronarias, tenemos que pensar de manera integral en el paciente.

Dra. Van Spall: Correcto. Y, por supuesto, tenemos que combinarlo con una evaluación clínica del paciente. Es decir, preguntarle por los síntomas, evaluar los signos de IC y, como has dicho, combinarlo con la evaluación de la estructura y la función, tanto sistólica como diastólica, de las presiones pulmonares del VI. Y luego la función del ventrículo derecho (VD), que es lo que suelo decir a los residentes, porque el VD a veces es el ventrículo olvidado. Y, por supuesto, podría verse afectado y deteriorado con la isquemia aguda. Así, pues, una evaluación integral y estar atentos a la IC para guiar la farmacoterapia.

Dr. Jones: Sí, estoy totalmente de acuerdo.

Dra. Van Spall: El IM agudo no sólo afecta a las coronarias, sino también a la bomba cardíaca y al paciente. Por lo tanto, debemos ser conscientes de las disparidades en la atención, la accesibilidad y la asequibilidad de nuestros tratamientos farmacológicos, para garantizar que lo que prescribimos se traduzca en lo que el paciente obtiene para mejorar sus resultados. Muchas gracias por acompañarme en este debate sobre la modificación del riesgo en pacientes con IM y riesgo de IC. Y gracias por compartir algunos de estos interesantes ensayos a los que estaremos atentos en los próximos meses. Gracias, Schuyler.

Dr. Jones: Estupendo, Harriette. Muchas gracias.

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/993393

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