



Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocore



Editorial

El manejo de la insuficiencia cardiaca avanzada, una maratón por correr



Management of advanced heart failure, marathon by running

Tras una década de grandes avances en la insuficiencia cardiaca (IC) que condujeron a una mayor supervivencia, podríamos pensar que poco se podría hacer en este campo. Sin embargo, estamos asistiendo a una *revolución* de una forma paulatina y progresiva en el manejo de la insuficiencia cardiaca avanzada, no solamente por la incorporación de nuevos tratamientos y técnicas, sino también desde el punto de vista organizativo, como son la creación de las unidades de IC.

Esta necesidad surge porque la prevalencia de la IC se incrementara en un 25% para los próximos años, debido al envejecimiento de la población y el aumento de los factores de riesgo cardiovascular. Está asociada a una alta mortalidad y morbilidad, ya que los pacientes con insuficiencia cardiaca asocian otras patologías concomitantes. Además, representa la primera causa de hospitalizaciones en mayores de 65 años, que conllevan a una mala calidad de vida y a un aumento de la mortalidad. Este hecho supone un elevado uso de recursos. Se calcula que un 70% del coste económico total de la IC es debido a la hospitalización.

En este número, Sayago et al.¹ analizan la utilidad y el papel que constituyen las unidades de IC. El objetivo de las unidades es valorar el escenario clínico del paciente y realizar un programa desde un enfoque multifactorial, cuyo objetivo es mejorar el pronóstico y la calidad de vida. Como consecuencia, se puede llegar a conseguir una reducción del 26% de las hospitalizaciones por IC, con sus implicaciones en el coste económico. Como los recursos son limitados, no podemos incluir a todos los pacientes: es necesario identificarlos, siendo subsidiarios los pacientes considerados de alto riesgo de descompensación grave, que presenten IC avanzada, con una valoración social positiva, es decir, precisan de soporte familiar.

A cada paciente es necesario individualizarlo, según la situación clínica actual. A través de las unidades es posible realizar una adecuada monitorización y seguimiento de los pacientes, se puede lograr correctamente la titulación de las dosis de fármacos y hacer hincapié en el manejo de las comorbilidades. En este sentido, Castro-Fernández y Fernández² analizan las patologías que son más frecuentes en los

pacientes con IC: anemia, diabetes mellitus, insuficiencia renal, EPOC y obesidad. Y es importante no solamente conocerlas, sino además tratarlas, dado que estas aumentan el riesgo de hospitalización e influyen en el pronóstico. Los autores reflexionan en los posibles mecanismos, como es la teoría de un estado proinflamatorio sistémico provocado por las comorbilidades que conducirían a una disfunción miocárdica y remodelado ventricular, al ser un estímulo para el desarrollo de fibrosis intersticial, rigidez e hipertrofia ventricular. Sin embargo, surgen dificultades en el tratamiento debido a que habitualmente se presentan interaccionadas, con la complejidad de que el tratamiento dirigido a una patología en concreto puede empeorar otras enfermedades concomitantes e incluso la IC, siendo este uno de los motivos por el que muchos de los estudios que han analizado el tratamiento de las comorbilidades, como la utilización de eritropoyetina para los pacientes con anemia, no hayan demostrado claro beneficio en el pronóstico de la IC. Sin embargo, otros tratamientos, como la reposición férrica intravenosa en pacientes con IC y déficit de hierro, tengan anemia o no, han demostrado mejorar los síntomas, la capacidad funcional y la calidad de vida.

Desde la vertiente farmacológica, como reflejan Rangel-Sousa et al.³, debemos identificar el objetivo de tratamiento en función del escenario clínico. Así, en los pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada crónica el objetivo es alcanzar la mayor dosis tolerable de los antagonistas neurohormonales para aumentar la supervivencia y evitar ingresos, y para los pacientes descompensados el objetivo es aliviar síntomas, buscar la euvolemia y asegurar la perfusión de los órganos.

Hasta hace poco, todos los ensayos con nuevas terapias en la IC en el mejor de los casos habían demostrado mejoría en algunos objetivos secundarios (parámetros hemodinámicos), pero habían fracasado en encontrar un claro impacto en la mortalidad. Este es el caso de fármacos muy diversos, como el sensibilizador del calcio (levosimendan), el péptido natriurético (nesiritide), antagonistas de la vasopresina-1 (tolvaptan) o incluso algunas técnicas, como el balón de contrapulsación, la ventilación no invasiva o la ultrafiltración, entre otras. Sin embargo, como novedad destaca la nueva molécula LCZ696,

un inhibidor de la neprilisina, que ha demostrado reducir la mortalidad cardiovascular en los pacientes con insuficiencia cardiaca y FEVI reducida; no obstante, el porcentaje de pacientes en clase funcional avanzada era bajo. Recientemente, el estudio RELAX-HF, que evaluó un nuevo fármaco, la serelaxina, demostró excelentes resultados en el tratamiento de la IC aguda con un perfil de riesgo bajo, al aumentar el gasto cardiaco y el flujo renal por su efecto vasodilatador; no obstante, será necesario analizarlo en los pacientes con IC avanzada.

En los últimos años estamos asistiendo a la presentación de nuevas técnicas percutáneas para el tratamiento del remodelado ventricular⁴, como es la cirugía de construcción ventricular, técnicas percutáneas como el PARACHUTE y el sistema REVIVENT o la utilización de mitraclip en los pacientes con regurgitación mitral severa. Manito et al.⁵ nos proporciona una visión más completa y desconocida por el cardiólogo del funcionamiento e indicaciones de la asistencia ventricular mecánica (AVM). Tal vez están siendo infrutilizadas en nuestro país, aunque cada vez es más frecuente el implante de asistencias mecánicas circulatorias de larga duración como tratamiento de la IC terminal, según el registro estadounidense INTERMACS. La gran mayoría son AVM de flujo continuo que, por su menor tamaño y mejores resultados, han sustituido a los de flujo pulsátil, cuyo objetivo es permitir que lleguen a un trasplante cardiaco, aunque cada vez es más frecuente implantar una AVM como terapia definitiva en pacientes no candidatos a trasplante. La supervivencia con estos dispositivos ha mejorado en los últimos años, y en la actualidad alcanza el 80% en el primer año y el 70% a los 2 años del implante. Los principales factores de riesgo de mortalidad postimplante son la situación crítica del paciente y la necesidad de implantar una asistencia biventricular. La calidad de vida también mejora de modo significativo, y habitualmente recuperan la autonomía para las actividades de la vida diaria. El éxito de la terapia a corto plazo depende en gran medida de la selección de pacientes, de la técnica quirúrgica y del tratamiento postoperatorio, y a largo plazo, del compromiso del médico y el paciente en el cuidado excelente de su dispositivo y la salud personal.

En resumen, la estrategia en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca debe individualizarse en cada paciente y abordarse desde un prisma multidisciplinar, manteniendo

una continuidad asistencial en las unidades creadas para tal objetivo y proporcionar los recursos disponibles, incluso aquellos que podamos pensar que son más invasivos, como los tratamientos percutáneos. Pequeños pasos hacia delante en el manejo de la insuficiencia cardiaca pueden llevarnos a terminar la carrera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sayago I, Gómez-Bueno M, Segovia J. Gestión del paciente con insuficiencia cardiaca avanzada. Utilidad y papel de la monitorización a través de las unidades de insuficiencia cardiaca. *Cardiocre*. 2015;50:3-7.
2. Castro-Fernández AJ, Fernández C. Comorbilidades e insuficiencia cardiaca. *Cardiocre*. 2015;50:17-21.
3. Rangel-Sousa D, Szarvas-Barbella J, Lage-Gallé E. Novedades en el tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardiaca avanzada. *Cardiocre*. 2015;50:12-6.
4. Cabrera-Bueno F, Molina-Mora MJ, Alzueta J, et al. Persistence of secondary mitral regurgitation and response to cardiac resynchronization therapy. *Eur J Echocardiogr*. 2010;11:131-7.
5. Manito N, González J, Salazar J. ¿Que nos aportan los dispositivos y técnicas quirúrgicas percutáneas en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca avanzada? *Cardiocre*. 2015;50:8-11.

Antonio J. Muñoz-García^{a,*}, Eduardo Arana-Rueda^b,
Nieves Romero-Rodríguez^b,
Fernando Cabrera-bueno^a y Manuel F. Jiménez-Navarro^a
^a U.G.C. del Corazón, Instituto de Investigación Biomédica de
Málaga (IBIMA), H.C.U. Virgen de la Victoria, Universidad de
Málaga, Málaga, España
^b U.G.C. del Corazón, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS),
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Universidad de Sevilla,
Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ajmunozgarcia@secardiologia.es
(A.J. Muñoz-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.carcor.2015.01.002>

1889-898X/© 2015 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Todos los derechos reservados.