

25 preguntas clave en

Insuficiencia cardiaca

COORDINADORES:

RICARDO LARREA GÓMEZ, MARCELO LLANCAQUEO VALERI,
VICTOR ROSSEL MARIÁNGEL Y LUIS SEPÚLVEDA MORALES



Autores

Daniel Garibaldi Hernández

*Servicio de Cardiología
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica
Santiago de Chile*

Bernardita González Zúñiga

*Sección Cardiología
Servicio de Medicina Interna
Hospital del Salvador
UCI Cardiovascular
Instituto Nacional del Tórax
Santiago de Chile*

Ricardo Larrea Gómez

*Facultad de Medicina
Universidad de Los Andes
Programa de Insuficiencia Cardíaca Avanzada
y Trasplante Cardíaco
Clínica Dávila
Santiago de Chile*

Marcelo Llancaqueo Valeri

*Servicio de Cardiología
Hospital Clínico Universidad de Chile
Clínica Los Andes
Santiago de Chile*

Jongsung Lim Shon

*Servicio de Cardiología
Departamento Enfermedades Cardiovasculares
Hospital Clínico Universidad Católica de Chile
Santiago de Chile*

Hugo Martínez Fernández

*Imágenes Cardíacas
Clínica INDISA
Santiago de Chile*

Victor Rossel Mariángel

*Departamento de Medicina Interna Oriente
Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Hospital del Salvador
Instituto Nacional del Tórax
Santiago de Chile*

Pilar Muñoz Bonilla

*Sección Cardiología
Hospital del Salvador
Departamento de Medicina Oriente
Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Santiago de Chile*

Luis Sepúlveda Morales

*Servicio de Cardiología
Clínica Alemana
Unidad del Desarrollo
Santiago de Chile*

Jorge Esteban Silva Osses

*UCI Cardioquirúrgica
Hospital Regional Guillermo Grant Benavente
Concepción*

Hugo Verdejo Pinochet

*Servicio de Cardiología
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica
Santiago de Chile*

José Luis Vukasovic Ramírez

*Centro Cardiovascular Hospital Dipreca
Clínica MEDS
Santiago de Chile*

- Contraindicado su uso con inhibidores de fosfodiesterasa 5.
- No se requiere ajuste en insuficiencia renal leve-moderada; no estudiado en *clearance* < 15 ml/min/1,73 m².
- Aprobado para insuficiencia hepática leve-moderada; no estudiado en insuficiencia avanzada.
- Contraindicado en embarazo; evaluar riesgo-beneficio en lactancia debido a su excreción en la leche.

Principales efectos adversos

En el estudio VICTORIA, los efectos adversos más comunes fueron: hipotensión (16,4 vs. 14,9% con placebo), anemia (9,6 vs. 7,4% con placebo) y mareos (6,7 vs. 6% con placebo).

Dosificación y titulación

Iniciar con 2,5 mg/día con alimentos. Incrementar cada dos semanas hasta alcanzar 10 mg/día. En caso de dosis omitidas, tomar lo antes posible el mismo día. No duplicar dosis. En caso de hipotensión, corregir hidratación, disminuir dosis de diuréticos y considerar suspensión temporal de vericiguat.

Bibliografía

1. Armstrong PW, Pieske B, Anstrom KJ, et al. Vericiguat in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *N Eng J Med.* 2020;382:1883-93.
2. Nguyen N, Lindberg F, Benson L, et al. Eligibility for vericiguat in a real-world heart failure population according to trial, guideline and label criteria: data from the Swedish heart failure registry. *Eur J Heart Fail.* 2023;25(8):1418-28.
3. Pagnesi M, Baldetti L, Aimo, et al. Prognostic benefit of new drugs for HFrEF: a systematic review and network meta-analysis. *J Clin Med.* 2022;11(2):348.

11. ¿CÓMO VENCER LAS BARRERAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA CUÁDRUPLE TERAPIA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA?

Víctor Rossel Mariángel

Actualmente existen claras recomendaciones en las guías¹ para la implementación de la terapia

modificadora de la enfermedad en ICFER basadas en evidencia científica alta calidad; sin embargo, en la práctica clínica la tasa de prescripción de los «cuatro fantásticos» está muy lejos de ser óptima².

En el proceso de ajuste de la TMO tenemos que poner en la balanza, por un lado, los potenciales riesgos al titular, que incluyen principalmente los efectos secundarios, pero por otro, los muy importantes riesgos de no efectuar este proceso, entre ellos, reducción de la sobrevida, aumento de las hospitalizaciones y los síntomas, y deterioro en la calidad de vida³.

¿Cuáles son las razones para la no implementación de la terapia médica óptima?

Incluyen diferentes tipos de factores⁴:

- Derivados de los pacientes: no adherencia, contraindicaciones, efectos secundarios, intolerancia o la presencia de múltiples comorbilidades.
- Derivados de los médicos: inercia, falta de conocimientos, complejidad de protocolos de titulación, seguimiento inadecuado o falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención.
- Derivados del sistema sanitario: falta de registros e información, problemas en la cobertura, altos costos y acceso inadecuado a los cuidados.

Los diferentes registros indican con claridad que las contraindicaciones y la intolerancia, frecuentes argumentos en contra de la titulación inadecuada, muestran porcentajes muy bajos (< 5%).

Los factores comúnmente asociados con el no uso o con dosis subóptimas de TMO son: edad avanzada, bajo índice de masa corporal, hipotensión, empeoramiento de la función renal e hipercalemia⁴.

¿Qué podemos hacer para poder mejorar las barreras de implementación?

Difusión de las guías y educación continua a los profesionales de la salud. Y también implementación y profesionalización del proceso de atención, con un enfoque multidisciplinario en policlínicos de IC.

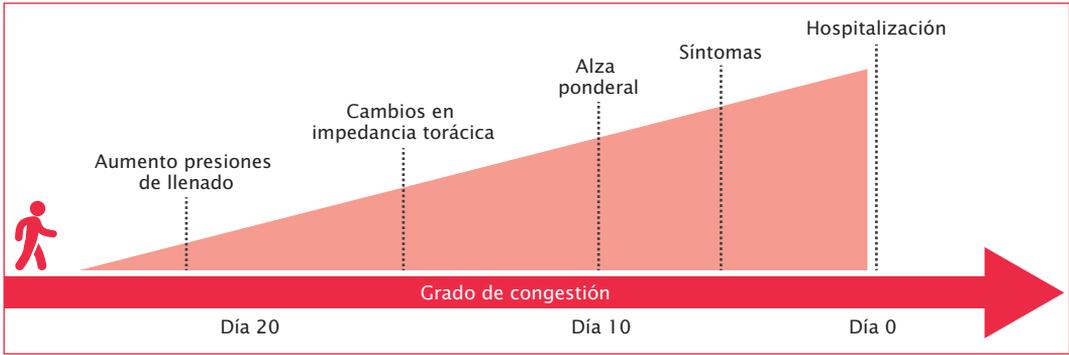


Figura 1. Trayectoria de la congestión al desenlace clínico en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Bibliografía

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021;42:3599-726.
2. Bozkurt B. Reasons for Lack of Improvement in Treatment With Evidence-Based Therapies in Heart Failure. *J Am Coll Cardiol.* 2019;73:2384-7.
3. Greene SJ, DeVore AD. The Maximally Tolerated Dose: The Key Context for Interpreting. Subtarget Medication Dosing for Heart Failure. *JACC Heart Fail.* 2020;8:739-41.
4. Greene SJ, Tan X, Yeh Y-C, et al. Factors associated with non-use and subtarget dosing of medical therapy for heart failure with reduced ejection fraction. *Heart Fail Rev.* 2022;27:741-53.

12. DIURÉTICOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA, ¿CÓMO EVALUAR LA CONGESTIÓN?

Franco Appiani Florit

La congestión es el primer motivo de rehospitalización en IC independiente de su FEVI. Incluso en pacientes con terapia fundacional ajustada, la sintomatología y riesgo de hospitalización persisten si no se detecta y trata la congestión residual¹. A continuación veremos mecanismos para detectar la congestión, fundamentalmente en escenario ambulatorio.

Concepto de congestión

Aumento de presiones de llenado de cavidades cardíacas, condición *sine qua non* dentro de la IC. Puede dividirse en congestión intravascular –cuando se limita al aumento de presiones de llenado– y congestión intersticial –situación final de un estado de congestión persistente inadvertido que

desencadena todos los síntomas y signos que motivan la hospitalización del paciente (edema pulmonar, hepatomegalia, ascitis)².

Trayectoria de la congestión

Mediante este esquema se comprende que la congestión muchas veces será subclínica, por lo que nuestros esfuerzos deben dirigirse a detectarla en etapas precoces para evitar el desenlace final, clínico y evidente, que determinará una hospitalización, se asociará a elevados costos sanitarios y morbimortalidad (Tabla 3).

¿Cómo detectamos la congestión?

Sin duda, la herramienta fundamental es la clínica, dada su elevada especificidad. Sin embargo, su valor predictivo negativo es bajo, por lo que en algunos pacientes incluso sin síntomas/signos clínicos puede existir congestión. Es por esto que debemos intentar apoyarnos en más de un parámetro: monitorización multimodal (Tabla 3)³.

¿Cómo organizamos el seguimiento y monitoreo de nuestros pacientes?

Debemos priorizar pacientes con sintomatología persistente o congestión residual para controles presenciales o remotos. Con este propósito, la telemedicina, guiada por personal médico o de enfermería entrenado, es una herramienta que ha