

Cuádruple terapia en insuficiencia cardíaca

Elena Sufrate Sorzano, Cardiología, Hospital San Pedro, Logroño

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFEr), antagonistas de los receptores mineralocorticoides (MRA), inhibidor receptor angiotensina-neprilisina (ARNI), inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2 (iSGLT2), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), beta-bloqueantes.

KEYWORDS: *heart failure with reduced ejection fraction, mineralocorticoid receptor antagonist (MRAs), angiotensin receptor-nepilysin inhibitors (ARNIs), sodium/glucose co transporter 2 (SGLT2) inhibitors, angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors, β blockers.*

Especialidades: Cardiovascular, Medicina General, Farmacología

Enlace revista original: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32446323>

ABSTRACT

El tratamiento combinado con inhibidor receptor angiotensina-neprilisina (ARNIs), B-bloqueantes, antagonistas de los receptores mineralocorticoides (MRA) e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2 (iSGLT2) en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y disfunción ventricular es muy eficaz para enlentecer la progresión clínica y mejorar la supervivencia, comparado con el tratamiento estándar habitual.

Combination therapy with ARNI, B blocker, MRA and SGLT2 inhibitor in patients with heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) is very useful to halt o delay clinical progression and extend survival compared to conventional therapy.

ARTÍCULO

Se presenta un análisis de ensayos cruzados en los que empleó una comparación indirecta de datos de los tres estudios pivotaes de ARM (EMPHASIS-HF; n 2737), ARNI (PARADIG-HF, n 8399) e iSGLT2 (DAPA-HF, n 4744) para estimar la ganancia en supervivencia libre de eventos y general con terapia cuádruple integral modificadora de la enfermedad (ARNI, iSGLT2 y ARM, más betabloqueantes que llevaban los pacientes de los tres citados ensayos) sobre el grupo control del estudio EMPHASIS-HF (IECA o ARA-II + betabloqueantes). El objetivo primario, un compuesto de muerte cardiovascular o primer ingreso hospitalario por IC fue significativamente mejor para la terapia combinada tanto en el combinado como para cada ítem por separado. Se calculó también que la terapia farmacológica integral modificadora de la enfermedad permitiría de 2,7 años (para un paciente de 80 años) a 8,3 años adicionales (para un paciente de 55 años) libre de eventos (objetivo primario) y de 1,4 años (para una persona de 80 años) a 6,3 años adicionales

(para una persona de 55 años) de supervivencia global en comparación con la terapia convencional.

COMENTARIO

En los últimos 5 años se han publicado dos importantes estudios que han cambiado sustancialmente la evolución y pronóstico de los pacientes con ICFeR, el PARADIG-HF¹ y el DAPA-HF², con sacubitrilo-valsartán y dapagliflozina respectivamente. El beneficio de estos fármacos, asociados a otros de mayor recorrido como los ARM (EMPASIS-HF)³ y los betabloqueantes cuyo beneficio ya se evidenció hace más de 20 años (CIBIS II, COPERNICUS), constituyen actualmente el *gold standard* del tratamiento de la ICFeR. A pesar de haber demostrado su beneficio de forma individual, ningún ensayo clínico ha testado el hipotético efecto aditivo positivo de los cuatro juntos, y esto es precisamente lo que el análisis de Vaduganathan et al. estima, comparando de forma indirecta los datos de los 3 estudios pivotaes (EMPHASIS-HF, PARADIG-HF, DAPA-HF) con la cohorte control del estudio EMPHASIS-HF (IECA/ARA II y beta-bloqueantes). Los resultados, reflejan una diferencia significativa de supervivencia libre de eventos y global, ajustada por edad, si se emplea la cuádruple terapia. No obstante, el empleo de los cuatro fármacos en la práctica clínica todavía es relativamente escaso. Probablemente la polimedicación, la posibilidad de efectos secundarios como la hiperpotasemia e hipotensión, insuficiencia renal, edad avanzada y el coste económico, sean los retos que debemos afrontar y solucionar para procurar a nuestros pacientes más años de vida y de mayor calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. McMurray JJV, Packer M, Desai AS, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med* 2014; 371: 993–1004.
2. McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, et al. Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction. *N Engl J Med* 2019; 381: 1995–2008.
3. Zannad F, McMurray JJV, Krum H, et al. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. *N Engl J Med* 2011;364: 11–21.
4. Krumholz H et al. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomised trial. *The Lancet*, Volume 353;1999: 2-3
5. Packer M., Coats A., Fowler, M.B. et al. Effect of Carvedilol on Survival in Severe Chronic Heart Failure. *N Engl J Med* 2001; 344:1651-1658