

Nuevos fármacos en insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida

Autora: Esther Montero Hernández. Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

PALABRAS CLAVE: antagonistas del receptor de aldosterona (ARM), antagonistas del receptor de neprilisina (ARNI), inhibidores del cotransportador sodio/glucosa (ISGLT2)

KEYWORDS: *mineralocorticoid receptor antagonists (MRAs), angiotensin receptor-neprilysin inhibitors (ARNIs), sodium/glucosa cotransporter 2 (SGLT2).*

Especialidades: Cardiovascular. Medicina General. Farmacología

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

ABSTRACT

La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICCE FEVIr) se asocia a elevada mortalidad y morbilidad. En los últimos años se han aprobado fármacos que modifican la evolución de la enfermedad, a pesar de lo cual los estudios en vida real muestran una prescripción subóptima de los mismos. Un nuevo estudio insiste en la idoneidad y el beneficio de los antagonistas del receptor de aldosterona (ARM), antagonistas del receptor de neprilisina (ARNI) y los inhibidores del cotransportador sodio/glucosa (ISGLT2).

Patients with heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) have high morbidity and mortality. During last years some disease modifying pharmacological therapies has been approved but doctors infrequently prescribe these treatments. A new study shows benefits of mineralocorticoid receptor antagonists (MRAs), angiotensin receptor-neprilysin inhibitors (ARNIs) and sodium/glucosa cotransporter 2 (SGLT2).

ARTÍCULO

En este trabajo se realiza un análisis cruzado de los 3 ensayos pivotaes: EMPHASIS (eplerenona vs placebo), PARADIGM-HF (sacubitrilo/valsartán vs enalapril) y DAPA-HF (dapagliflozina vs placebo), demostrándose una *hazard ratio* (HR) de 0,38 a favor del tratamiento modificador vs tratamiento convencional (IECA/ARA 2 + beta-bloqueantes) en el objetivo combinado de muerte cardiovascular o primer ingreso por insuficiencia cardíaca congestiva (ICC). De forma individual, la HR fue de 0,50 para muerte cardiovascular y HR 0,32 para primer ingreso por ICC. La HR para todas las causas de muerte fue de 0,53.

Se hicieron otros cálculos, como ganancia de 2,7 años (en octogenarios) a 8,3 años (en pacientes de 55 años) libres de muerte de causa cardiovascular o ingreso y una media de 1,4 años a 6,3 años de supervivencia en el grupo de nuevos fármacos vs tratamiento estándar. Otros datos de interés analizados fueron la reducción absoluta de riesgo de mortalidad a los 3 años, estimada en 6-13%, siendo el número necesario tratar (NNT) de 8 a 16 pacientes para prevenir una muerte.

COMENTARIO

El análisis conjunto de los 3 estudios pivotaes ensalza aun más los resultados individuales de cada uno de ellos y sería deseable el inicio temprano de estas terapias combinadas, aunque existen limitaciones de este trabajo. Es conocido que los regímenes múltiples disminuyen la adherencia, con el riesgo que esto implica. Además, no se analizan los efectos secundarios ni la seguridad del tratamiento combinado. Los métodos de análisis estadístico empleados en el estudio tienen también sus limitaciones.

Aún así el beneficio neto de estos fármacos es muy importante, por lo que las sociedades científicas han posicionado a sacubitrilo/valsartán como tratamiento inicial de la ICC con fracción de eyección de ventrículo izquierdo reducida, siendo esperable la pronta inclusión de los ISGLT2.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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
2. McMurray JJVV, Packer M, Desai AS, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med* 2014; 371: 993–1004.
3. 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.