

IC con FE preservada

Dr. Sergio Dorado Hart

FEA Cardiología

Htal. La Inmaculada

Epidemiología

Prevalencia mundial de IC: 1-2% de la pob. Gral.

Registro RICA: prevalencia del 58%

Pacientes con ICFEP:

- Mayor edad y mayor proporción de mujeres
- Mayor prevalencia: de obesidad, HTA, HTP, FA
- Menor prevalencia: de ECA

Mortalidad: similar a los pacientes con ICFER

Diagnóstico

Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica 2012

Grupo de Trabajo de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca Aguda y Crónica 2012 de la Sociedad Europea de Cardiología. Elaborada en colaboración con la Asociación de Insuficiencia Cardiaca (ICA) de la ESC

Diagnóstico de la insuficiencia cardiaca

El diagnóstico de la IC-FER requiere que se cumplan tres condiciones:

1. Síntomas típicos de IC
2. Signos típicos de IC*
3. FEVI baja

El diagnóstico de la IC-FEP requiere que se cumplan cuatro condiciones:

1. Síntomas típicos de IC
2. Signos típicos de IC*
3. FEVI normal o solo levemente baja y VI no dilatado
4. Cardiopatía estructural relevante (hipertrofia del VI/agrandamiento de la AI) y/o disfunción diastólica (véase la sección 4.1.2)

¿Qué consideramos una FEVI normal o preservada?

$$FE = (VTDVI - VTSVI) / VTDVI$$

- Los estudios han definido la FEP en un rango del 35-50%.
- Por consenso se considera normal > 50%

¿Cómo valoramos la presencia de Disfunción Diastólica?

¿Es imprescindible?

EAE: Signos y Síntomas de IC +/- BNP elevado

Ecocardiograma

•HVI severa

•Presencia de FA

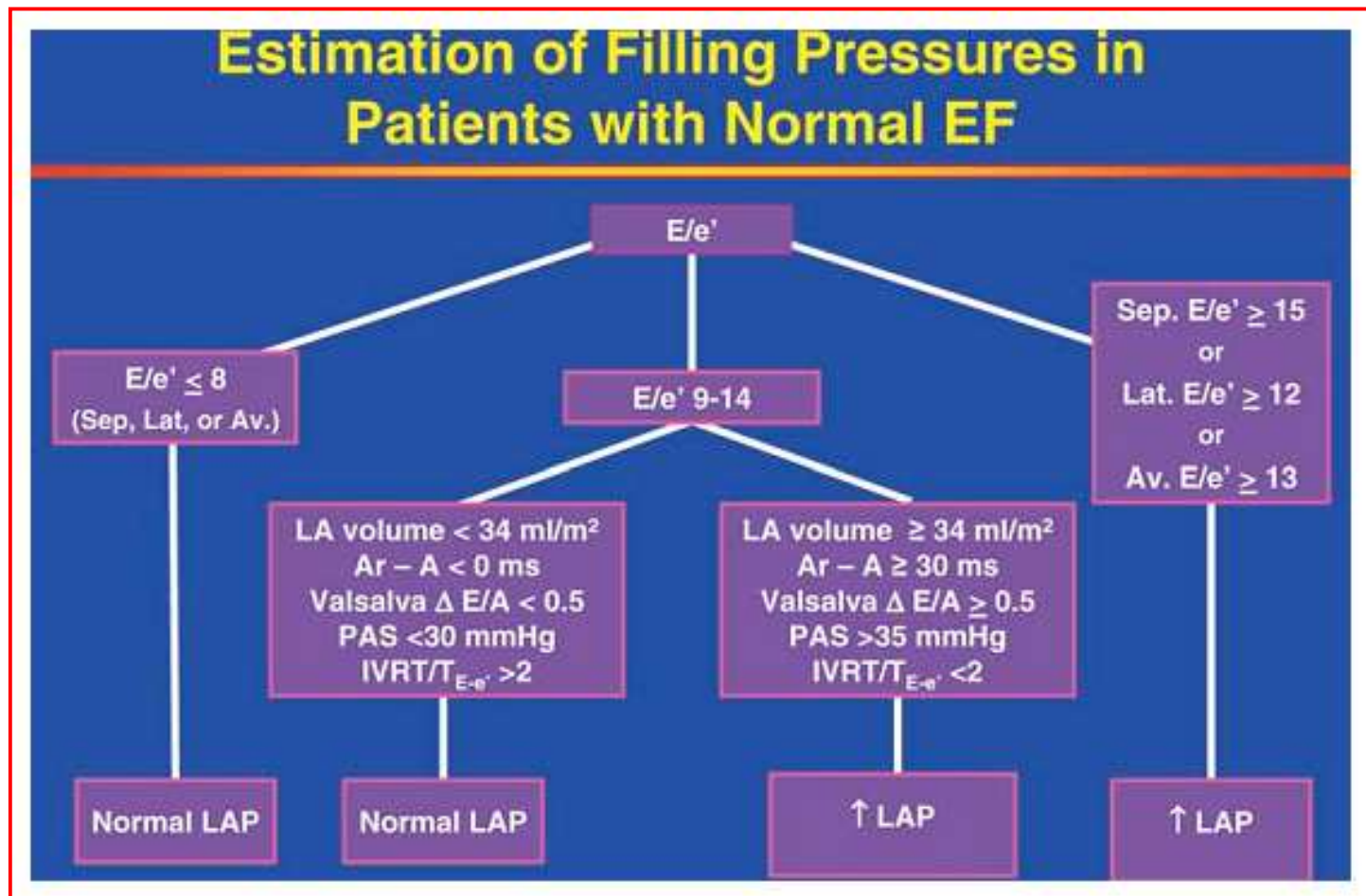
•Dilatación de AI

•Función Diastólica:

- Flujo mitral
- DT
- PSP

EAE/ASE RECOMMENDATIONS

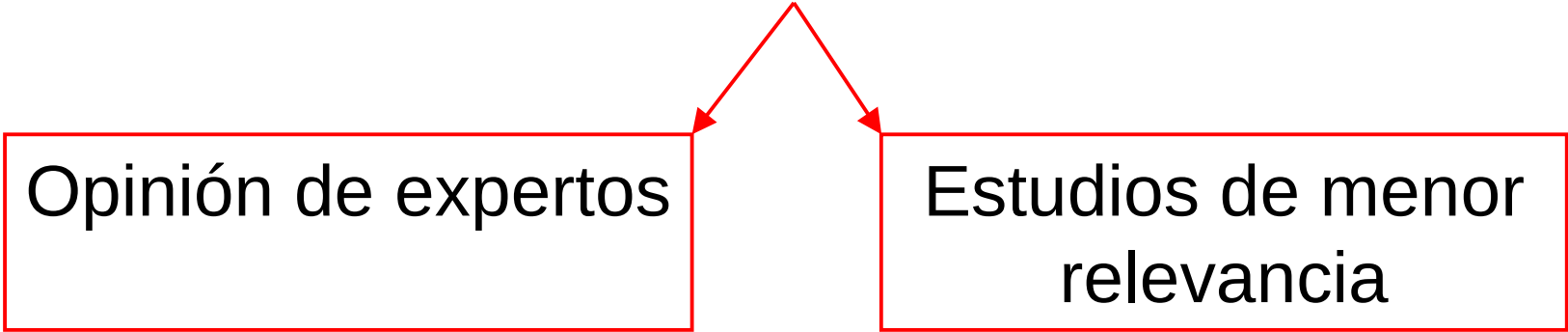
Recommendations for the Evaluation of Left Ventricular Diastolic Function by Echocardiography



Aspecto Generales del Tratamiento

- No disponemos de evidencia directa que demuestren mejoría en la mortalidad en IC-FEP.

¿En qué se basan las recomendaciones?



Opinión de expertos

Estudios de menor
relevancia

Meta-análisis del tratamiento de IC-FEP

Holland y col:

Objetivo:

- capacidad al ejercicio
- función diastólica
- mortalidad

Evaluó:

- antihipertensivos (IECA, ARAII, BB, alfabloqueantes, calcioantagonistas, AA)

N=53.878 (18 ensayos clínicos n=11.253 y 12 estudios observacionales con n=42.625)

El tratamiento farmacológico con antihipertensivos mejora la tolerancia al ejercicio pero no tiene ningún efecto en la mortalidad.

Entrenamiento Físico

Edelmann y cols (Ex-DHF):

N=64p con IC en CF II-III y FE >50%

- ejercicio + cuidados habituales
- cuidados habituales

Objetivo: capacidad máxima al ejercicio, función diastólica y calidad de vida

Se observó una mejoría significativa en la capacidad de ejercicio, en la calidad de vida, así como una disminución del remodelado auricular y una mejoría en los parámetros de disfunción diastólica.

La utilización de calcioantagonistas en la ICFEP parece obedecer más a razones fisiopatológicas (control de la FC, HTA) que a evidencias existentes.

Poca Evidencia:

DEFIANT I:

•1 **DEFIANT II:**

- N
 - M
- 542 pacientes post IAM. FEVI 25-50% sin IC.
 - Nisoldipino Vs Placebo.

Mejoría de función diastólica, pero **NO** de la tolerancia al ejercicio.

Eur Heart J.1997;18:31-40.

Dos estudios pequeños:

- Setaro et al:** Verapamilo Vs Placebo en 20 pacientes
- Hung et al:** 15 pacientes con IC CF II-III tratados con Verapamilo.

Mejoría de la tolerancia al ejercicio y disfunción diastólica

Digoxina

Digitalis Investigation Group Ancillary Trial

- 988 pacientes
- IC-FEP con FE $\frac{1}{2}$ 53% y RS
- Aleatorizados a Digoxina Vs Placebo
- Seguidos a 37 meses.

Aunque hubo una tendencia no significativa a un menor número de hospitalizaciones, la DIGOXINA NO MOSTRÓ NINGÚN EFECTO SOBRE LA MORTALIDAD O SOBRE LA HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA.

Bloqueadores Beta

Ensayo clínico:

- SubEstudio SENIORS: ?H en 14% y ?M 12%.

Estudio de Cohortes:

El estudio SENIORS y datos obtenidos de estudios de cohortes y otros con objetivos no clínicos, sugieren que los BETABLOQUEANTES en la ICFEP PUEDEN SER BENEFICIOSOS

Estudios con objetivos no clínicos:

- Takeda et al: mejoría de BNP
- Estudio SWEDIC: mejoría de parámetros de función diastólica.

Inhibidores de la ECA

Ensayo Clínico PEP-CHF: (1)

- ?H por IC al año que no se mantuvo.
- Estudio con muchas limitaciones.

Estudio Prospectivo de Tribouilloy et al: (2)

- IECA al alta por ICFEP en 358p
- RRR de muerte del 30%

1-Eur Heart J (2006) 27 (19): 2338-2345.

2-Am J Cardiol.2008; 101:639-644

ARA II

Programa CHARM: candesartan vs placebo

- 3023p con IC en CF II-IV y FE > 40%
- A 36,6m de seguimiento: = M + H, pero ? H xIC

Hong Kong diastolic heart failure study:

- 150p a 3 grupos: D, D + irbesartan, D + ramipril
- Al año: = calidad de vida y T6M, mejoría en BNP

IPRESERVE: irbesartan vs placebo

- 4128p con ICFEP Obj: M + H
- A 49,5m: No se observaron diferencias

Antialdosterónicos

Estudio ALDO-DHF:

JAMA 2013 feb 27;309(8):789-91

- 422p con ICFEP en CF II-III. Obj: calidad de vida
- Espironolactona o Placebo por 12m

Espironolactona en ICFEP NO HA DEMOSTRADO en ensayos clínicos mejorar la calidad de vida ni morbimortalidad.

TOPCAT trial:

- 3445p con IC CF II y FE = 45%
- Espironolactona o placebo
- Obj: (Mcv + HxIC + MS abortada)

Nuevos Fármacos

Serelaxina: RELAX-AHF. Favorable Lancet. 2013;381:29-39

Ranolazina: RALI-DHF. Neutro Clin Cardiol. 2011;34: 426-32

Sildenafil: RELAX. Neutro JAMA. 2013; 309:1268-1277

Ivabradina: *prometedora*. J Am Coll Cardiol. 2013;62(15):1330-1338.

LCZ696: PARAMOUNT. Lancet. 2012;380:1387-1395

Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica 2012

Grupo de Trabajo de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca Aguda y Crónica 2012 de la Sociedad Europea de Cardiología. Elaborada en colaboración con la Asociación de Insuficiencia Cardiaca (ICA) de la ESC

- Utilizar diuréticos para mejora sintomática.
- Manejo adecuado de HTA y CI.
- Control de FC en FA.
- Los calcioantagonistas pueden mejorar la capacidad al ejercicio.
- Todos los fármacos contraindicados en la ICFER lo están en la ICFEP, excepto calcioantagonistas.

CONCLUSIONES

- La ICFEP es notoriamente difícil de tratar.
- Importancia del Ecocardiograma.
- Actualmente se ha definido IC con criterios diagnósticos más rígidos.

Si bien ningún ensayo clínico ha demostrado disminuir la morbimortalidad, en estos pacientes que son añosos y que tienen mayor número de comorbilidades, quizá sea conveniente por el momento conformarse con objetivos habitualmente secundarios como calidad de vida y funcionalidad