

COMENTÁRIO EDITORIAL

Recomendações relativas à insuficiência cardíaca em ambos os lados do Atlântico: uma análise do presente com um olhar no futuro

Roberto Pinto, MD*

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome com elevada prevalência, morbidade e mortalidade. Afeta cerca de 1-2% da população mundial e 6-10% dos indivíduos acima dos 65 anos, sendo a primeira causa de internamentos na Europa e nos EUA nesse grupo etário (1). Nas últimas décadas surgiram terapêuticas capazes de alterar drasticamente o prognóstico em certos subtipos da síndrome. No entanto, continuam a existir barreiras à implementação das mesmas na prática clínica diária. As *guidelines* (recomendações) publicadas pelas sociedades científicas resumem a evidência científica disponível e são um importante contributo para ultrapassar aquelas barreiras. As recomendações mais recentes dos American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) e da European Society of Cardiology (ESC) foram publicadas em 2013 (2) e 2016 (3), respetivamente, e constituem dois dos mais importantes documentos de referência para os clínicos de todo o mundo.

O ARTIGO

O artigo de Van der Meer et al. compara ambas recomendações e antecipa prováveis alterações futuras nas mesmas, à luz dos mais recentes dados científicos. Note-se que a Sociedade Brasileira de Cardiologia atualizou as suas diretrizes recentemente (4), a fim de integrarem a evidência científica mais atual.

São poucas as diferenças entre aqueles dois documentos, pois o espectro da doença é o mesmo em ambos os

lados do atlântico. As recomendações da ESC introduziram o subgrupo de doentes de IC com fração de ejeção (FEVE) intermédia (IC-FEi), considerando para tal as FEVE entre 40-49% e que corresponde ao que as recomendações dos ACC/AHA classificam como “zona cinzenta”.

Uma reflexão que se coloca para o futuro é se FEVE deve continuar a ter um papel central na classificação dos doentes com IC. A classificação atual tem o mérito de identificar os doentes com IC e FEVE reduzida (IC-FER), os quais mais beneficiam das terapêuticas de regulação neuro-humoral. Assim, existe uma quase unanimidade de ambas recomendações sobre o papel dos Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECAs), dos Antagonistas dos Receptores da Angiotensina (ARAs), dos Bloqueadores Beta-adrenérgicos (BB) e dos Antagonistas dos Receptores Minelarcorticóides (ARM) na redução da morbimortalidade dos doentes com IC-FER. O Sacubitril/Valsartan é recomendado como substituto dos IECAs/ARAs em doentes com IC-FER que se mantêm sintomáticos apesar de terapêutica de bloqueio neuro-hormonal otimizada. Adicionalmente, as recomendações da ESC sugerem a Ivabradina na presença de contra-indicação para os BB.

Em oposição ao que acontece na IC-FER, a regulação neuro-hormonal em doentes com IC e FEVE preservada (IC-FEP) tem-se mostrado decepcionante. Nestes doentes ambas recomendações salientam o controlo dos fatores de risco cardiovascular, em particular a HTA, e o controlo da congestão com diuréticos. Paralelamente, ambos documentos atribuem menos relevo aos bloqueadores neuro-humorais, apesar de estudos com o candesartan e com a espironolactona terem revelado alguns sinais de

*Centro Hospitalar e Universitário de São João/Faculdade de Medicina, Porto, Portugal.

benefício. Possivelmente alguns dos doentes incluídos nesses estudos retiraram benefício enquanto outros não, sendo reconhecido que no grupo da IC-FE_p há uma maior heterogeneidade etiológica e fenotípica. É espectável que a evolução tecnológica nos venha a permitir uma melhor caracterização clínica, laboratorial, genética e imagiológica destes doentes, permitindo estabelecer estratégias mais personalizadas de tratamento (6).

No que concerne à avaliação diagnóstica e prognóstica, ambos os documentos atribuem um papel central à ecocardiografia e aos péptidos natriuréticos (PN), tendo os restantes métodos de imagem um papel complementar. As recomendações ACC/AHA apresentam indicações mais alargadas para os PN, embora em face de evidência mais recente (7), é provável que algumas destas recomendações sejam revistas.

Em ambos textos, as recomendações para a colocação de cardiodesfibriladores implantáveis (CDI) são semelhantes. Ambas foram publicadas antes do estudo DANISH, o qual veio levantar a discussão, ainda inacabada, sobre o papel dos CDI na cardiomiopatia dilatada não isquémica. Sendo que as meta-análises continuam a mostrar um benefício do CDI, é verdade que o risco de arritmias ventriculares malignas e morte súbita nos estudos contemporâneos é consideravelmente inferior, fruto dos avanços na terapêutica médica, o que se traduz numa redução do benefício adicional do CDI. As recomendações apresentam algumas pequenas diferenças relativamente à terapêutica de ressincronização cardíaca (TRC), mas são consensuais ao indicar que os doentes sintomáticos apesar de terapêutica médica otimizada, em ritmo sinusal, com FEVE $\leq 35\%$, bloqueio completo do ramo esquerdo (BCRE) e QRS ≥ 150 ms são os que mais beneficiam; que nos doentes com QRS estreito a TCR está contraindicada; e que nos doentes com QRS intermédios

ou sem BCRE, deve ser selecionada criteriosamente. Certo é que, duas décadas depois, o “centenário” ECG continua a ser uma ferramenta central na seleção dos doentes para TRC e que cerca de 30% não respondem à terapêutica. A detecção de dissincronia por métodos de imagem não se revelou útil nos estudos realizados até agora (8), mas é possível que a evolução tecnológica nos permita melhorar a seleção dos doentes para esta terapêutica.

O FUTURO

Desde a publicação dos dois documentos, novas evidências científicas se foram acumulando, algumas das quais já abordadas acima (7). Serão os resultados positivos do estudo PIONEER (9) suficientes para indicar o Sacubitril/Valsartan como terapêutica inicial na IC-FER? A terapêutica dos doentes com IC-FE_p continua limitada, aguardando-se os resultados do estudo PARAGON-HF com o Sacubitril/Valsartan. Depois da publicação de estudos com os inibidores da SGLT-2 em doentes diabéticos que mostraram uma redução surpreendente das taxas de hospitalização por IC e mortalidade, existe agora uma grande expectativa relativa aos resultados dos grandes estudos com estes fármacos em doentes quer com IC-FE_p, quer com IC-FER, com e sem diabetes. Os resultados conflitantes dos estudos disponíveis, indicam que será necessário definir mais criteriosamente os doentes que poderão retirar benefício do tratamento percutâneo da regurgitação mitral funcional. A seleção adequada dos doentes candidatos a terapêuticas avançadas como CDI/TRC, Mitraclip ou assistência ventricular de longa duração é particularmente importante nos países lusófonos, devido à escassez de recursos, o que, naturalmente, nos deve tornar mais criteriosos, para que a sua distribuição possa ser mais eficiente.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca C, Brito D, Cernadas R, Ferreira J, Franco F, Rodrigues T, Morais J, Silva-Cardoso J. Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal—documento de consenso. *Rev Port Cardiol*. 2017;36(1):1-8.
2. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, Fonarow GC, Geraci SA, Horwich T, Januzzi JL, Johnson MR. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62(16):147-239.
3. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, Falk V, González Juanatey JR, Harjola VP, Jankowska EA, Jessup M. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail*. 2016;18(8):891-975.
4. Rohde LE, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, Colafranceschi AS, Freitas Junior AF, Ferraz AS, Biolo A, Barretto AC. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2018;111(3):436-539.
5. van der Meer P, Gaggin HK, Dec GW. ACC/AHA versus ESC guidelines on heart failure: JACC guideline comparison. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73(21):2756-68.
6. Triposkiadis F, Butler J, Abboud FM, Armstrong PW, Adamopoulos S, Atherton JJ, Backs J, Bauersachs J, Burkhoff D, Bonow RO, Chopra VK. The continuous heart failure spectrum: moving beyond an ejection fraction classification. *Eur Heart J*. 2019;40(26):2155-63.
7. Felker GM, Anstrom KJ, Adams KF, Ezekowitz JA, Fiuzat M, Houston-Miller N, Januzzi JL, Mark DB, Piña IL, Passmore G, Whellan DJ. Effect of natriuretic peptide-guided therapy on hospitalization or cardiovascular mortality in high-risk patients with heart failure and reduced ejection fraction: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2017;318(8):713-20.
8. Chung ES, Leon AR, Tavazzi L, Sun JP, Nihoyannopoulos P, Merlino J, Abraham WT, Ghio S, Leclercq C, Bax JJ, Yu CM. Results of the Predictors of Response to TRC (PROSPECT) trial. *Echocardiography*. 2008;26(8):2616.
9. Velazquez EJ, Morrow DA, DeVore AD, Ambrosy AP, Duffy CI, McCague K, Hernandez AF, Rocha RA, Braunwald E. Rationale and design of the comParison Of sacubitril/valsartaN versus Enalapril on Effect on nt-pRo-bnp in patients stabilized from an acute Heart Failure episode (PIONEER-HF) trial. *Am Heart J*. 2018;198:145-51.