

ESC Congress

Novidades na Insuficiência Cardíaca *Focused Update*

CATARINA COELHO | Interna Formação Específica Cardiologia 3º ano HDS

**Insuficiência
Cardíaca Crónica**

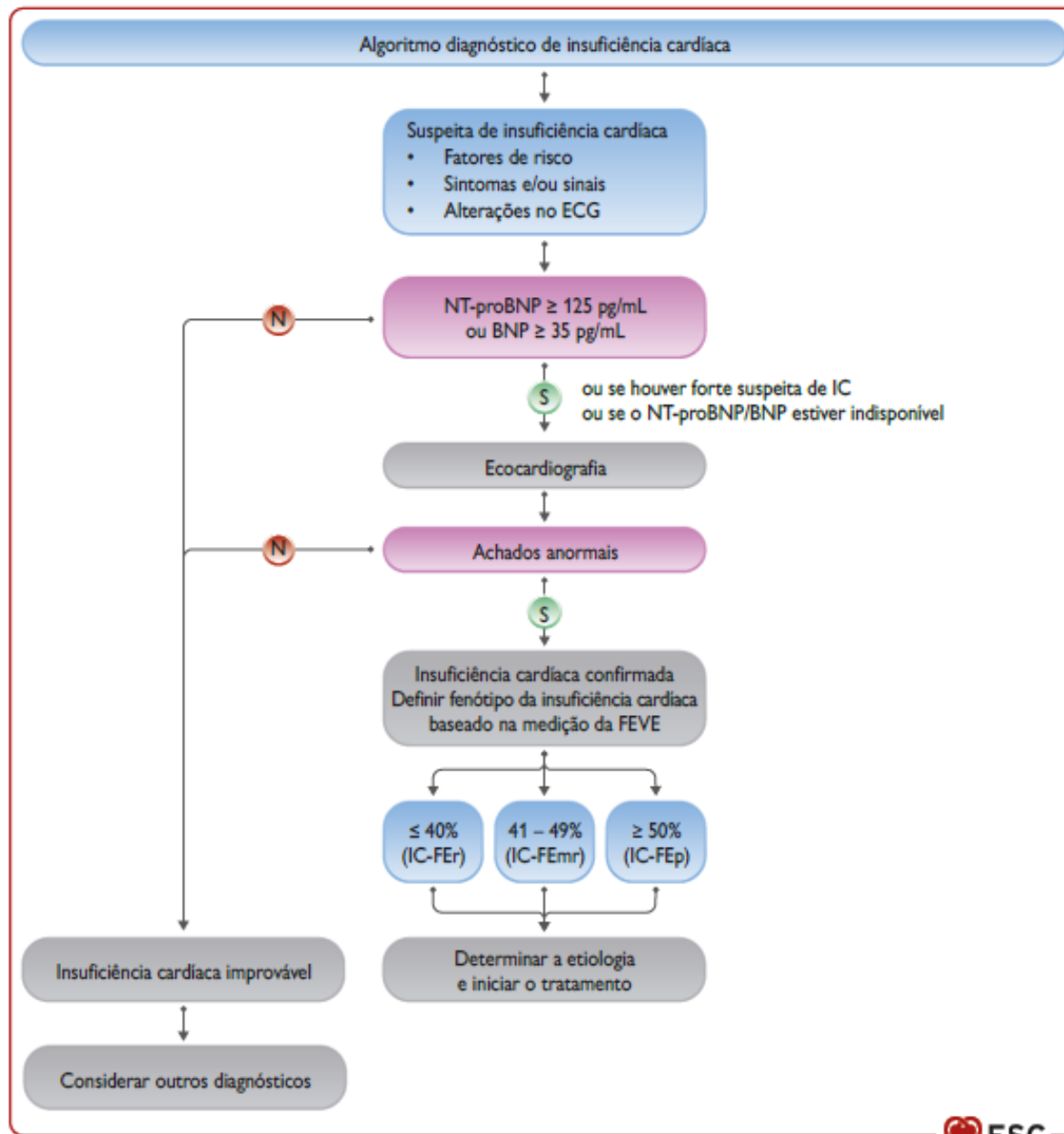
**Insuficiência
Cardíaca Aguda**

Co-morbilidades

**Insuficiência
Cardíaca Crónica**

**Insuficiência
Cardíaca Aguda**

Co-morbilidades



Insuficiência cardíaca com Fração Ejecção **reduzida** (< 40%)

iECA / ARNI

B-bloq

Ant Recp Min

iSGLT2

Diurético (se congestão)

Insuficiência cardíaca com Fração Ejecção **ligeiramente reduzida** (41-49%)

Diurético (se congestão)

iSGLT2*

iECA / ARNI

Ant Recp Min

B-bloq

Classe I

Classe IIb

Insuficiência cardíaca com Fração Ejecção **preservada** (> 50%)

Diurético (se congestão)

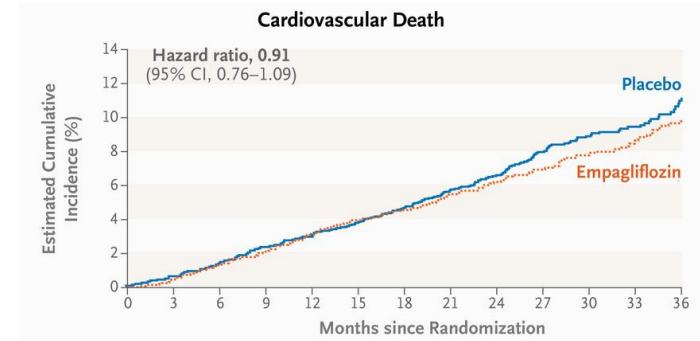
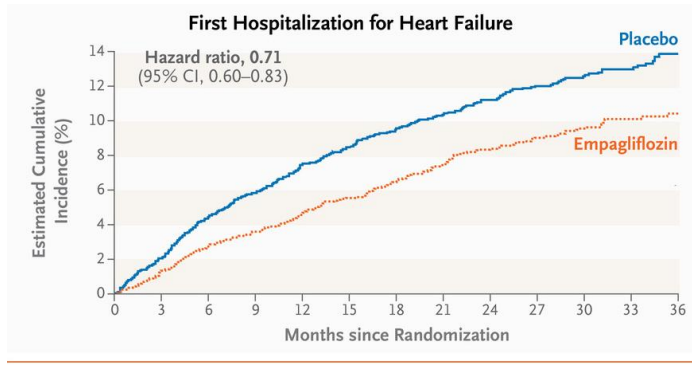
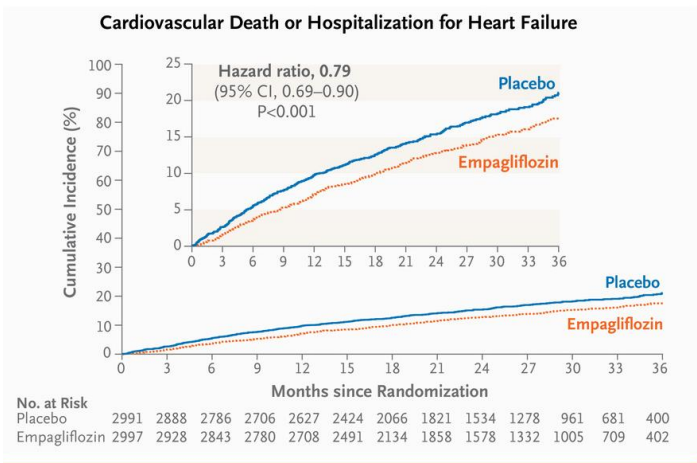
iSGLT2*

Tratar etiologia e co-morbilidades

Classe I

*Dapaglifozina e empaglifozina

Estudo EMPEROR-Preserved



Ensaio clínico randomizado, *double-blind*

N= 5988 doentes, em NYHA classe II-IV, com fração de ejeção > 40 % (34% com FEj > 50% e 32% com FEj > 60%)

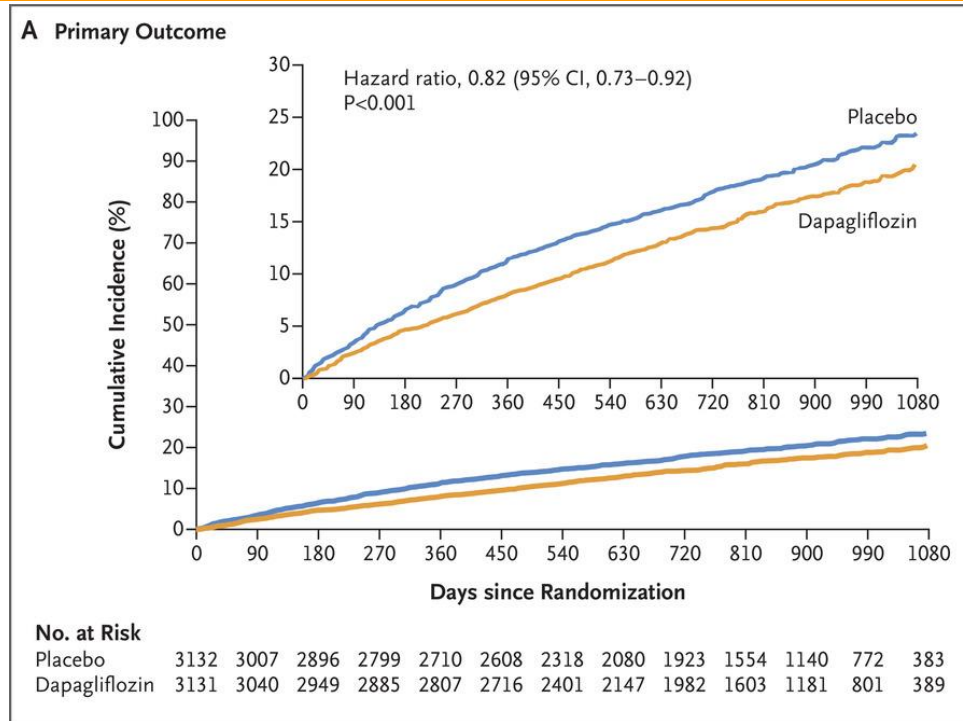
Empagliflozina 10 mg id vs placebo + terapêutica base de IC

Seguimento médio de 26 meses

Redução risco +++ de hospitalização por IC descompensada, com ou sem diabetes

Principais efeitos secundários: infeções genito-urinária e hipotensão

Estudo DELIVER



Ensaio clínico randomizado, *double-blind*

N= 6263 doentes, em NYHA classe II-IV, com fração de ejeção > 40 % (36% com FEj > 50% e 30% com FEj > 60%)

Dapaglifozina 10 mg id vs placebo + terapêutica base de IC

Seguimento médio de 2.3 anos

Redução risco +++ de hospitalização por IC descompensada, com ou sem diabetes

Insuficiência
Cardíaca Crónica

Insuficiência
Cardíaca Aguda

Co-morbilidades

Mais diuréticos ? – *para já, não*

Estudo **ADVOR**: acetazolamida 500 mg id e.v. *versus* placebo + terapêutica habitual com diurético ansa
N= 519 doentes

Internamento por IC descompensada

Endpoint primário: descongestão com sucesso após 3 dias, sem necessidade de escalar terapêutica diurética

- 42 % vs 30.5%
- Re-internamento por IC descompensada e mortalidade todas as causas: 29% vs 27%
- Menos 1 dia hospitalização; sem diferenças nos efeitos adversos

Further data on outcomes and safety are needed

Estudo **CLOROTIC**: hidroclorotiazida 25 – 100 mg id (conforme TFG) *versus* placebo + terapêutica habitual com diurético ansa ev

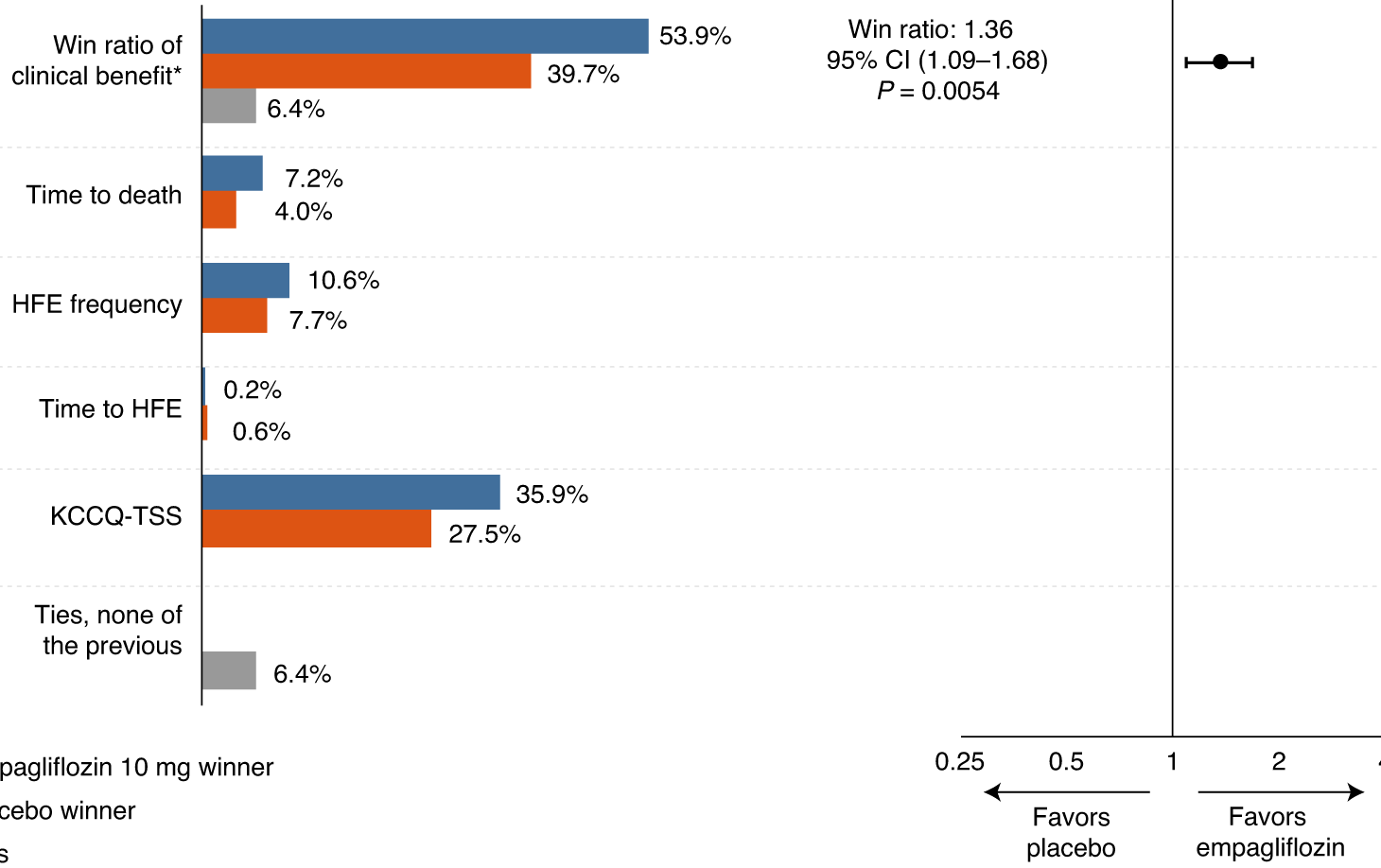
N= 230 doentes, internados por IC descompensada

Endpoints primários: redução do peso corporal às 72h e redução de dispneia

- Mais rápida redução peso; dispneia semelhante entre grupos
- Re-internamento por IC descompensada e mortalidade todas as causas foram semelhantes
- Duração hospitalização semelhante

Estudo EMPULSE

Início empagliflc
N= 530, empagl
Estudo multicên
Endpoint primário
> 5 pontos varia
Seguimento 90
Independenten



3 dias)
ensações;

Estudo **EMPULSE**

Início empaglifozina de forma precoce, em doentes internados por IC descompensada

N= 530, empaglifozina 10 mg vs placebo + terapêutica IC, após estabilidade clínica (tempo médio 3 dias)
Estudo multicêntrico, em 15 países

Endpoint primário: morte por qualquer causa; tempo até descompensação; número de descompensações;
> 5 pontos variação no Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire
Seguimento 90 dias

Independentemente da Fração de Ejecção e presença ou ausência de diabetes



Cetoacidose diabética

Em doentes com diabetes mellitus tipo 2, com risco de cetoacidose (+++ insulina, alteração dose, variação ingestão hidratos carbono)

Estratégia intensiva de titulação terapêutica após descompensação de IC – *it pays off!*

Recommendation	Class ^a	Level ^b
An intensive strategy of initiation and rapid up-titration of evidence-based treatment before discharge and during frequent and careful follow-up visits in the first 6 weeks following a HF hospitalization is recommended to reduce the risk of HF rehospitalization or death. ^{c,d,e 16}	I	B

Estudo **STRONG-HF**

N = 1078 doentes, hospitalizados por IC descompensada, sem tratamento médico otimizado à data de alta
Randomizados em *usual care* versus seguimento e titulação intensiva após alta

Endpoint primário: morte por qualquer causa ou re-admissão por IC descompensada: 15 % vs. 23% (p = 0.0021), em seguimento a 180 dias.

Diferenças doses entre os grupos – significado?

Sem diferença na mortalidade (*underpowered*)

Insuficiência
Cardíaca Crónica

Insuficiência
Cardíaca Aguda

Co-morbilidades

Doença Renal Crónica

Estudo DAPA-CKD

Estudo EMPA-KIDNEY

Meta-análise com DAPA-CKD, EMPA-KIDNEY, CREDENCE (Canaglifozina) e SCORED (sotaglifozina)

Recommendations	Class ^a	Level ^b
In patients with T2DM and CKD, ^c SGLT2 inhibitors (dapagliflozin or empagliflozin) are recommended to reduce the risk of HF hospitalization or CV death. ^{5,7,35}	I	A

Inibidores de SGLT2 na Insuficiência Cardíaca

Dapaglifozina – dose única de 10 mg por dia

- Se TFG de 25 a 45 ml/min /1.73 m²: sem necessidade de ajuste dose se indicação por IC ou DRC
- Se TFG < 25 ml/min/1.73 m²: NÃO se recomenda iniciar; pode manter-se se indicação for IC ou DRC

Empaglifozina – doses 10 mg id (titulável para 25 mg no tratamento de diabetes)

- Se TFG > 20 ml/min/1.73 m²: sem necessidade ajuste dose
- Se TFG < 20 ml/min/1.73 m²: NÃO recomendado

Cuidados com as combinações com metformina!

Doença Renal Crónica

Estudo FIDELIO-DKD

Estudo FIGARO-DKD

Fineranona, antagonista selectivo dos receptores de mineralocorticóides



In patients with T2DM and CKD,^c finerenone is recommended to reduce the risk of HF hospitalization.^{10,11,34,40}

I

A

Défice de ferro

Estudo **IRONMAN**:

Open-label, multi-cêntrico

N= 1869 doentes

IC com FEj < 45%

Endpoint primário: redução de hospitalização por IC aguda e morte CV

- 22.4% vs. 27.5 %

Défice de ferro :

- Saturação transferrina < 20% ou
- Ferritina < 100 µg/L

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Intravenous iron supplementation is recommended in symptomatic patients with HFrEF and HFmrEF, and iron deficiency, to alleviate HF symptoms and improve quality of life. ^{c 12,41,47-49}	I	A
Intravenous iron supplementation with ferric carboxymaltose or ferric derisomaltose should be considered in symptomatic patients with HFrEF and HFmrEF, and iron deficiency, to reduce the risk of HF hospitalization. ^{c 12,41,43-46}	Ila	A

Insuficiência Cardíaca Crónica

Insuficiência Cardíaca Aguda

Co-morbilidades

Insuficiência cardíaca com Fração Ejeção ligeiramente reduzida (41-49%)

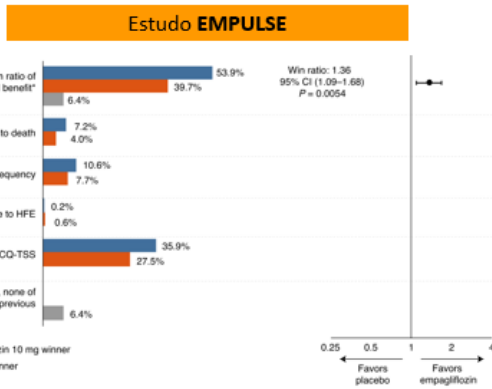
Diurético (se congestão) | **iSGLT2*** | iECA / ARNI | Ant Recp Min | B-bloq

Classe I | Classe IIb

Insuficiência cardíaca com Fração Ejeção preservada (> 50%)

Diurético (se congestão) | **iSGLT2*** | Tratar etiologia e co-morbilidades

Classe I



Doença Renal Crónica
 iSGLT2
 Fineranona

Défice de ferro

Estratégia intensiva de titulação terapêutica após descompensação de IC – *it pays off!*

Obrigado pela atenção

Novidades na Insuficiência Cardíaca

Focused Update

CATARINA COELHO | Interna Formação Específica Cardiologia 3º ano HDS