

## VERICIGUAT. ¿POR QUÉ TENGO QUE SABER SOBRE ESTE FÁRMACO?

*Autor: Marcos García Aguado*

*Fecha de publicación: 23/11/2022*

*Patología: Insuficiencia cardiaca / Categoría: Novedades*

*Tiempo de lectura: 4 minutos.*



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen enlaces a artículos publicados, u otros posts de CARPRIMARIA.*

Se ha iniciado la comercialización de un nuevo fármaco para la insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVi) reducida: el [vericiguat](#). Pero ¿qué es lo que tenemos que saber, y por qué debemos conocer este fármaco en el ámbito del manejo ambulatorio de nuestros pacientes?

### ¿Qué es el vericiguat?

Estamos ante un fármaco novedoso en nuestra práctica clínica diaria, que inicia esta misma semana su comercialización, por lo que es posible que algunos de nuestros pacientes aparezcan con este fármaco entre sus terapias.

El fármaco explora una nueva vía de actuación en la insuficiencia cardiaca con FEVi reducida, aquella con FEVi  $\leq 40\%$ : la estimulación de la **guanilato ciclasa soluble**.

Los pacientes con IC presentan una reducción de los niveles de GMPc, relacionados con la actividad de la **guanilato ciclasa** y la reducción de óxido nítrico. Este fármaco es capaz de mejorar la sensibilidad de la **guanilato ciclasa** al óxido nítrico endógeno y también de estimular a la propia **guanilato ciclasa**, y así conseguir aumentar los niveles de GMPc con efectos positivos a nivel cardiovascular.

### ¿Por qué surgió?

La evidencia científica demostró que, en la IC, se produce la estimulación de una serie de ejes neurohormonales, con efecto deletéreo a nivel cardiovascular. Además, se produce una supresión de vías con efecto protector cardiovascular, como las dependientes del óxido nítrico. De hecho, en la IC hay menos actividad del óxido nítrico, y también del **guanilato ciclasa soluble** (*su receptor*) y menores concentraciones de GMPc, que producen un efecto deletéreo a nivel miocárdico, vascular y renal. El restablecimiento de los reducidos niveles de GMPc generaría una reducción del remodelado del ventrículo izquierdo, mejoría de función miocárdica y vascular, y descenso de la fibrosis y la inflamación.

### ¿Qué estudio avala su uso en IC reducida?

El estudio **VICTORIA** demostró que los pacientes con IC reducida y una descompensación reciente, al administrar el fármaco añadido a los fármacos pronósticos en IC, se reducía de forma significativa (*en comparación con placebo*) la incidencia de su objetivo principal, un combinado de muerte cardiovascular y/o hospitalización por IC, con un NNT de 24, pero sin reducción de la mortalidad CV ni de la mortalidad por cualquier causa. El fármaco además demostró buena tolerabilidad.

Por tanto, es un fármaco eficaz para reducir las hospitalizaciones por IC y está recomendada en las guías de práctica clínica de la [Sociedad Europea de Cardiología](#) publicadas en el año 2021 con un nivel de [recomendación IIbB, es decir, se puede recomendar su uso](#).

Su posicionamiento: fármaco añadido al tratamiento farmacológico óptimo con los fármacos pronósticos en IC reducida (**Betabloqueante, IECAS/ARA II o SV, iSGLT2 y bloqueantes de los mineralocorticoides**), en pacientes con disnea en GF II a IV de la NYHA (*nuestra forma de gradación en insuficiencia cardíaca de la clínica de disnea: es decir, desde disnea con esfuerzos subiendo cuestras, hasta disnea en reposo*), que a pesar del tratamiento pronóstico pleno, presentan un empeoramiento (*descompensación reciente*).

Aunque se estudió en IC con FEVi preservada (*estudio **SOCRATES-PRESERVED***), los resultados fueron discretos y limitados, aunque demostró una mejora en calidad de vida de estos pacientes.

### ¿Cómo se toma?

El fármaco se administra de forma oral. Sus dosis son de 2.5 mg, 5 mg y 10 mg. Se toma un comprimido diario, empezando con dosis de 2,5 mg y buscando la titulación para alcanzar dosis de 10 mg diarios. Se recomienda titular **cada 2 semanas**, al igual que en el

caso de los cuatro fármacos pronósticos de IC ya comentados (*en pacientes más frágiles podemos plantear titulaciones cada 4 semanas*).

Se recomienda tomar con alimentos, por su mayor biodisponibilidad. Su vía de eliminación es combinada urinaria y fecal.

Los comprimidos se pueden triturar para su ingestión inmediata mezclados con agua.

### ¿Debo ajustar la dosis si tiene insuficiencia renal?

No requiere ajuste de dosis, por tanto, no deberíamos suprimirlo con filtrados de hasta 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>. Ahora bien, con filtrados inferiores o en pacientes dializados, no disponemos de información suficiente (no se ha estudiado). Tampoco requiere ajustes en insuficiencia hepática (*no estudiado en estadio C*).

### ¿Interacciones?

No debemos dar **inhibidores de fosfodiesterasa, como el sildenafil** o similares con este fármaco. El motivo es un riesgo importante de hipotensión arterial.

### ¿Y la tensión?

Está contraindicado en pacientes con tensiones de < 100 mmHg de sistólicas, puesto que más de un 10% de los pacientes pueden presentar hipotensión como efecto secundario.

### ¿Requiere ajuste de dosis por edad?

No

**En definitiva**, se abre una nueva vía de acción para el tratamiento de los pacientes con IC reducida. No olvidemos que el pronóstico de estos pacientes es malo, por lo que debemos usar todas las medidas farmacológicas que mejoran pronóstico para reducir hospitalizaciones y mejorar supervivencia, además de mejorar calidad de vida. Los fármacos pronósticos disponibles en IC reducida son los betabloqueantes, el sacubitrilo-valsartán (*en su defecto, IECAs/ARA II*), los bloqueantes de la aldosterona y los iSGLT2. Ahora también, para reducir la morbimortalidad de la IC, en aquellos pacientes que ya tienen los cuatro fármacos pronósticos y presentan descompensaciones de IC recientes (*recordamos que las descompensaciones empeoran pronóstico*), se recomienda añadir el vericiguat, siempre que el paciente no tenga tensiones < 100 mmHg. Cuando vengan a nuestras consultas debemos estar pendientes de sus tensiones, sin que debamos modificar

dosis porque tengan insuficiencia renal, ni tampoco debemos marginar al paciente mayor. Eso sí, hay que recordar al paciente que no puede tomar inhibidores de la fosfodiesterasa.

**VERICIGUAT**

**¿QUÉ DEBO CONOCER DE ESTE FÁRMACO?**

- 1** BUENA TOLERABILIDAD, PERO PUEDE REDUCIR LA TENSIÓN SISTÓLICA
- 2** LOS PACIENTES QUE LO TENGAN DEBEN TENER UN CONTROL AMBULATORIO DE LA TENSIÓN ARTERIAL
- 3** SE CONTRAINDICA CON INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ES DECIR, NO LES PAUTEMOS SILDENAFILO O SIMILAR
- 4** DEBE TOMARSE CON ALIMENTOS, Y SI PRESENTA DISFUNCIÓN RENAL, NO HAY PROBLEMA

CARPRIMARIA

Ilustración 1. Características a saber para el manejo ambulatorio de los pacientes con Vericiguat.

## REFERENCIAS

[Rev Clin Esp. 2022. Jun-Jul;222\(6\):359-369](#)

[Biomedicines. 2022. Oct 3;10\(10\):2471](#)