ARM: antagonistas del receptor de la aldosterona

IC: Insuficiencia cardíaca

ICFEr: Insuficiencia cardíaca de fracción de eyección reducida

INRA: inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina

iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2

HFA: Heart Failure Association | **ESC:** European Society of Cardiology

1. Gheorghiade M, Pang PS. *Acute heart failure syndromes.* J Am Coll Cardiol 2009;53:557-573.

2. Januzzi J, Prescott M, Butler J et al. *PROVE-HF Investigators. Association of Change in N-Terminal Pro-B-Type Natriuretic Peptide Following Initiation of Sacubitril-Valsartan Treatment With Cardiac Structure and Function in Patients With Heart Failure With Reduced Ejection Fraction.* JAMA. 2019 Sep 17;322(11):1085-1095.

3. Sargento L, Simoes A, Longo S et al. *Furosemide Prescription During the Dry State Is a Predictor of Long-Term Survival of Stable, Optimally Medicated Patients With Systolic Heart Failure.* J Cardiovasc Pharmacol Ther 2017; 22 (3): 256-263

4. Lobos JM, Domingo M, Mena A et al. *Protocolos FMC. Insuficiencia Cardiaca.* FMC 2014; 21 Supl 5:9-36

5. Mc Murray J, Packer M, Desai AS, et al.; *PARADIGM-HF Committees and Investigators. Dual angiotensin receptor and neprilysin inhibition as an alternative to angiotensin- converting enzyme inhibition in patients with chronic systolic heart failure: rationale for and design of the Prospective comparison of ARNI with ACEI to Determine Impact on Global Mortality and morbidity in Heart Failure trial (PARADIGM-HF).* Eur J Heart Fail. 2013;15:1062-73.

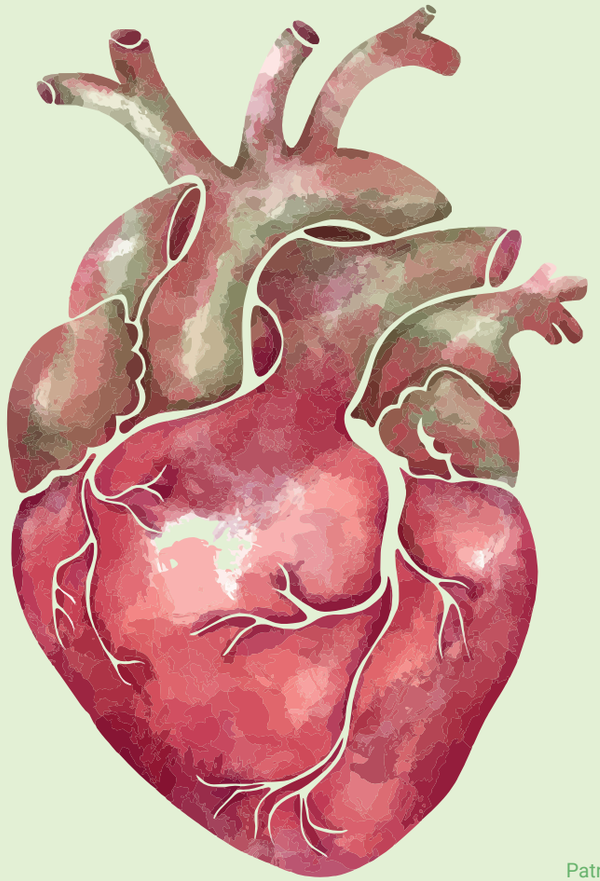
6. McDonagh T, Metra M, Adamo M et al. *ESC scientific document group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure.* Eur Heart J. 2021;42(36):3599-3726.

7. Heindenreich P, Bozkurt B, Aguilar D et al. *2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines.* Circulation 2022; 145: 18: e895-e1032.

DO IT / DON'T DO IT
EN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

El paciente crónico "estable": identificación y concienciación del riesgo. ¿Cómo abordarlo?

Dr. Fran Adán | EAP Épila (Zaragoza)



Fundación redGDPS

Patrocinado por: NOVARTIS

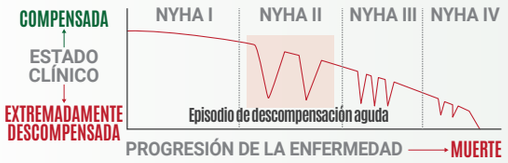
DO IT

DON'T DO IT

Concienciarse sobre el **alto riesgo de hospitalización en la IC** para actuar precozmente con fármacos que han demostrado su capacidad para disminuirlo

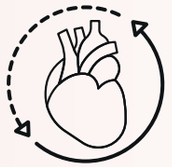
No detectar precozmente los **signos de descompensación aguda** de la IC y demorar la terapia médica óptima

Adaptada de [1]



En la IC, las descompensaciones que conducen con frecuencia a la hospitalización son el principal problema a evitar. No en vano, **la IC constituye la principal causa de ingreso hospitalario en nuestro medio**.

Sacubitril/valsartán es capaz de **frenar el remodelado cardíaco** que aparece en la IC e incluso inducir un remodelado inverso, como ha podido demostrarse en el estudio PROVE-HF[2].



SACUBITRILO/VALSARTÁN
FRENA E INCLUSO REVIERTE EL REMODELADO CARDÍACO

Utilizar el **diurético a la mínima dosis necesaria y el menor tiempo preciso**, para el control de la congestión

Tener a nuestros pacientes con IC **falsamente estables** a base de diuréticos



El empleo de más de un comprimido de diurético se asocia a una menor supervivencia, indicando una situación de "falsa estabilidad" en los pacientes con IC.[3]

Mientras los fármacos con beneficio pronóstico demostrado deben ser optimizados al alta, **los diuréticos deben emplearse a la menor dosis y el menor tiempo necesario** para el control de la congestión.

OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA EN LA IC AGUDA

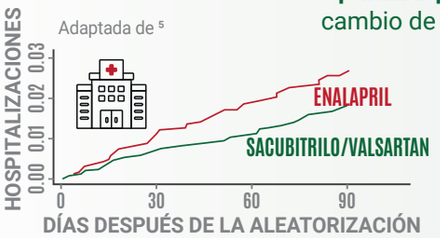
Adaptada de [4]



Optimizar precozmente el tratamiento de la IC con el cambio de IECA/ARA II a INRA (sacubitrilo/valsartán) con beneficios pronósticos adicionales

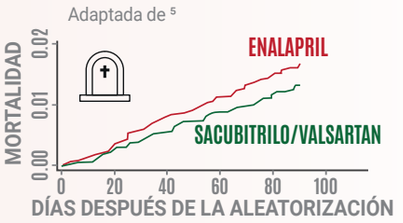
Privar a nuestros pacientes de un tratamiento médico óptimo para su IC

Adaptada de [5]



El cambio de enalapril por sacubitril/valsartán se asocia con **importantes beneficios adicionales en el pronóstico** y la calidad de vida de los pacientes con ICFEr, por lo que debe ser instaurado precozmente.

Adaptada de [5]



Aplicar las Guías de Práctica Clínica, basadas en la evidencia, a nuestros pacientes con IC

Actuar con "inercia clínica" en una patología tan grave e incapacitante como es la IC.

GUÍA EUROPEA IC 2021
Clase I - Nivel B
Sacubitrilo/valsartan
reduce el riego de hospitalización y muerte

GUÍA AMERICANA IC 2022
Clase I - Nivel A
INRA
reduce la mobilidad y mortalidad

Las **principales guías de práctica clínica** (GPC) internacionales recogen con un máximo nivel de evidencia y grado de **recomendación el empleo de INRA** (sacubitrilo/valsartán) para reducir la morbi-mortalidad de los pacientes con IC y su riesgo de hospitalización.[6,7]

En el caso de Sacubitrilo/valsartán, la sólida evidencia de los estudios **PARADIGM-HF, PIONEER-HF, TRANSITION, PROVE-HF o EVALUATE-HF** entre otros, posicionan a los **INRA como fármacos de primera elección** en la ICFEr en todo el espectro clínico.

PARADIGMHF

PIONEERHF

TRANSITION

PROVE-HF

EVALUATE-HF

BCC: bloqueadores de los canales de calcio

EAPC: European Association of Preventive Cardiology

ECV: enfermedad cardiovascular

ECVA: enfermedad cardiovascular aterosclerótica

FRCV: factores de riesgo cardiovascular

1 Ray KK, Reeskamp LF, Laufs U, et al. *Combination lipid-lowering therapy as first-line strategy in very high-risk patients.* Eur Heart J. 2022 Feb 22;43(8):830-833. doi: 10.1093/eurheartj/ehab718.

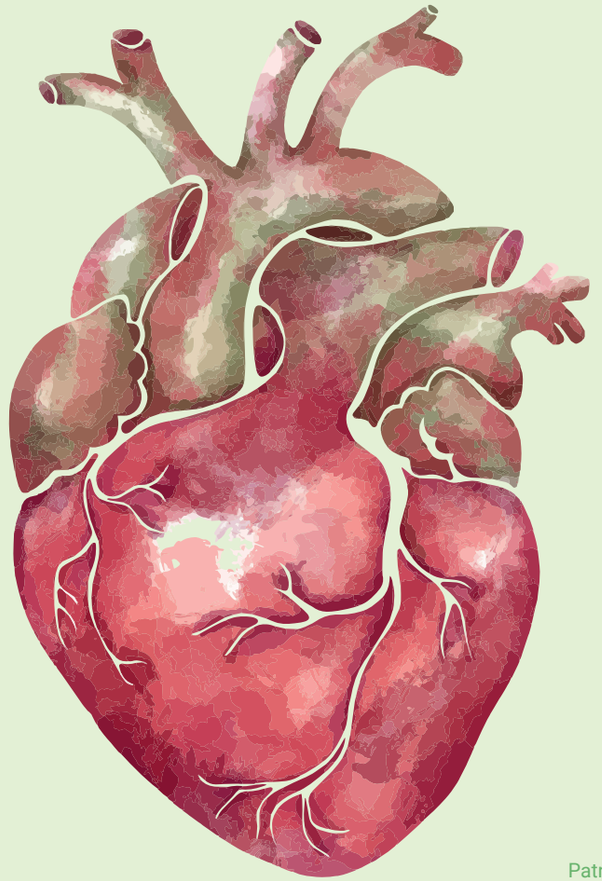
2 Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. *ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice.* Eur Heart J. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484

3 Ferrari R, Pavasini R, Censi S, et al. *The New ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Chronic Coronary Syndromes: the Good and the Not So Good.* Curr Probl Cardiol. 2021 Mar;46(3):100554. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2020

DO IT / DON'T DO IT
EN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

El paciente con ECVA: profundizando en el manejo de los factores de riesgo y su tratamiento óptimo

Dr. Joan Barrot | CS Jordi Nadal - Salt (Girona)



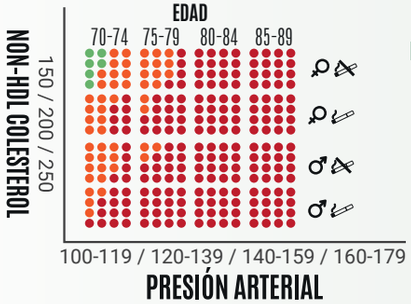
Fundación redGDPS

Patrocinado por:

NOVARTIS

DO IT

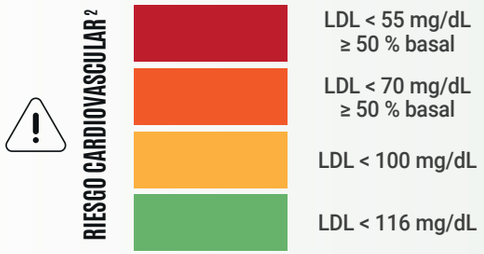
Reducir de forma precoz y mantenida los FRCV, promoviendo comportamientos saludables en el paciente



Para calcular el **riesgo de muerte por ECV a 10 años** que tiene una persona, usar las **tablas SCORE2** (Systematic Coronary Risk Evaluation 2) adaptado a países de bajo riesgo o las **calculadoras HEARTSCORE** de la EAPC.

La reducción de peso, la actividad física, la dieta mediterránea y evitar hábitos dañinos como el tabaco son una parte fundamental del tratamiento de los FRCV.

Intensificar el abordaje terapéutico para alcanzar los objetivos de c-LDL[1]



La **hipercolesterolemia es el factor causal de la ECVA**, siendo fundamental la reducción del c-LDL según las guías europeas de Arterioesclerosis y de Cardiología (EAS y ESC) para el control de la dislipemia.

El control del c-LDL ha de ser nuestro objetivo primario. Las guías europeas (ESC/EAS 2019) recomiendan una reducción de los niveles de C-LDL ≥50% y C-LDL <70 mg/dL en pacientes de alto riesgo y reducción de C-LDL ≥50% y C-LDL <55 mg/dL en pacientes con ECVA o de muy alto riesgo.

Optimización del tratamiento según objetivos de Guías de práctica clínica y **evitar la inercia terapéutica**. Atender a objetivos individuales para cada persona

Se recomienda **prescribir un regimen intensivo de estatinas** hasta alcanzar la dosis maxima tolerada para lograr el objetivo de cada nivel de riesgo (Clase I, nivel A). Si no se alcanza el objetivo con la dosis máxima tolerada **se recomienda la combinación de estatina con ezetimida** (Clase I, nivel B).

En prevención secundaria, **se recomienda añadir un inhibidor de la PCSK9 para pacientes con riesgo muy alto** cuando no se alcanza el objetivo de cLDL con la combinación de estatina a la dosis maxima tolerada y ezetimiba (Clase I, nivel A).

El **abordaje multidisciplinar** es imprescindible para un tratamiento adecuado

Los resultados de distintos estudios confirman que **aquellos pacientes con mayor riesgo CV son aquellos en los que se consigue menor grado de control en los objetivos** planteados. Esto ocurre tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria (estudio *CODIMET*).

CONSIDERACIONES GENERALES

Educar al paciente en la enfermedad, el riesgo y el tratamiento

Revisar el efecto del tratamiento sobre el paciente (2-4 semanas)

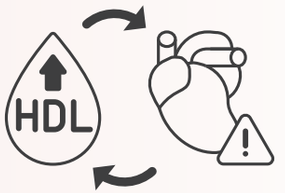
ABORDAJE MULTDISCIPLINAR

DON'T DO IT

No usar todas aquellas herramientas terapéuticas de las que dispongamos



Considerar el c-LDL sólo como un factor de riesgo. La hipercolesterolemia es un factor etiológico de la ECVA, siendo causa de la enfermedad en más de la mitad de los casos



No evaluar la adherencia terapéutica, sobreestimando el seguimiento que se tiene sobre las medidas terapéuticas. **Desintensificar tratamientos** tras haber alcanzado objetivos

INTENSIDAD DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE

REDUCCIÓN PROMEDIO cLDL	
30%	Estatina intensidad moderada
50%	Estatina alta intensidad
65%	Estatina alta intensidad + ezetimiba
60%	Inhibidor PCSK9
75%	Inhibidor PCSK9 + estatina alta intensidad
85%	Inhibidor PCSK9 + estatina alta intensidad + ezetimiba

No coordinarse entre niveles asistenciales y no realizar **autoevaluaciones** de los procesos

IC: Insuficiencia cardíaca

ESC: European Society of Cardiology

HFA: Heart Failure Association

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. *2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC.* Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2022 Jun;75(6):523. English, Spanish. doi:10.1016/j.rec.2022.05.005. PMID: 35636830.

2. Vitale C, Jankowska E, Hill L et al. *Heart Failure Association/European Society of Cardiology position paper on frailty in patients with heart failure.* Eur J Heart Fail. 2019;21:1299–1305.

3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. *Frailty in older adults: evidence for a phenotype.* J Gerontol. A Biol Sci Med Sci 2001;56:M146–M156.

4. Boureau AS, Annweiler C, Belmin J, et al. *Practical management of frailty in older patients with heart failure: Statement from a panel of multidisciplinary experts on behalf the Heart Failure Working Group of the French Society of Cardiology and on behalf French Society of Geriatrics and Gerontology. ESC Heart Fail.* 2022 Dec;9(6):4053-4063. doi: 10.1002/ehf2.14040. Epub 2022 Aug 30. PMID: 36039817; PMCID: PMC9773761.

5. Sturm HB, Haaijer-Ruskamp FM, Veeger NJ, et al. *The relevance of comorbidities for heart failure treatment in primary care: A European survey.* Eur J Heart Fail. 2006;8:31–7.

6. Deyo RA, Cherkin DC, Ciol MA. A*dapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases.* J Clin Epidemiol. 1992 Jun;45(6):613-9. doi: 10.1016/0895-4356(92)90133-8. PMID: 1607900.

7. Sunayama T, Matsue Y, Dotare T, et al. *Multidomain Frailty as a Therapeutic Target in Elderly Patients with Heart Failure.* Int Heart J. 2022;63(1):1-7. doi: 10.1536/ihj.21-839. PMID: 35095060.

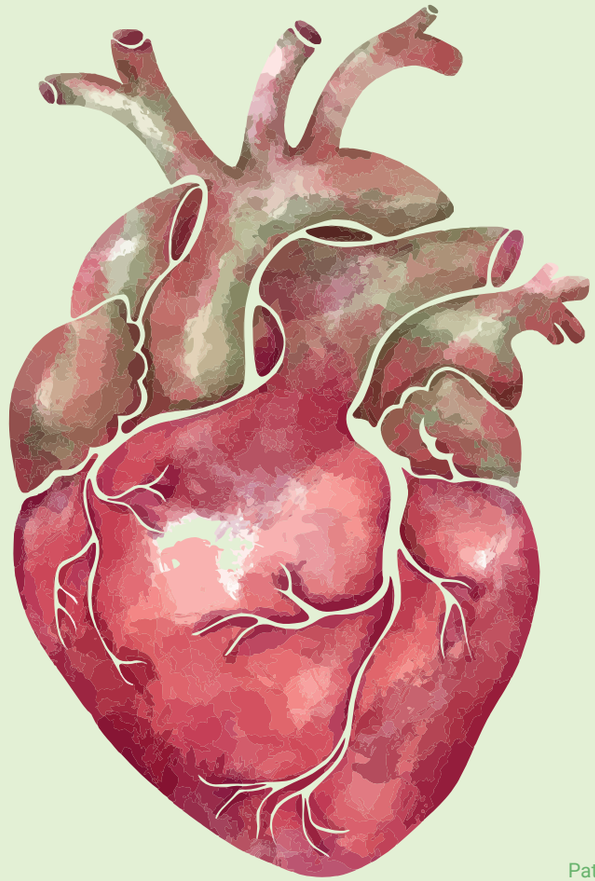
8. Denfeld QE, Winters-Stone K, Mudd JO, et al. *The prevalence of frailty in heart failure: a systematic review and meta-analysis.* Int J Cardiol. 2017;236:283–289.

9. Bielecka-Dabrowa A, Ebner N, Dos Santos MR, et al. *Cachexia, muscle wasting, and frailty in cardiovascular disease.* Eur J Heart Fail. 2020;22:2314–2326

DO IT / DON'T DO IT
EN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Paciente crónico anciano, frágil con varias comorbilidades coadyuvantes y polimedicado

Dra. Ana Cebrián | C.S. Cartagena Casco Antiguo (Cartagena)



Fundación redGDPS

Patrocinado por:

NOVARTIS

DO IT

Evaluar la fragilidad en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC)

FRAGILIDAD ASOCIADA A LA IC

Aspectos clínicos · Aspectos funcionales · Aspectos cognitivos · Aspectos sociales

La fragilidad de los pacientes con IC se asocia a **resultados desfavorables** y un **menor acceso y tolerancia a los tratamientos**. Se han propuesto varios instrumentos para cribar y evaluar la fragilidad en distintas enfermedades crónicas, incluida la IC[1]. La HFA de la ESC desarrolló un instrumento específico para la IC basada en los **4 dominios más relevantes: clínico, psicocognitivo, funcional y social[2]**.

Evaluar la fragilidad con **escalas multidimensionales**

ESCALAS MULTIDIMENSIONALES

- Índice de fragilidad de déficit acumulativo de Rockwood **(FI-CD)**
- Estudio canadiense de salud y envejecimiento **(CSHA-CFS)**
- Escala de Fragilidad de Edmonton **(EFS)**

La evaluación de la fragilidad deriva de dos conceptos básicos: el **fenotipo de fragilidad física** y el **modelo de déficit acumulativo**. El **fenotipo de Fried[4]** describe la fragilidad como un síndrome biológico y deterioro físico relacionado con la edad, en el que se cumplan tres o más de estos aspectos: **pérdida de peso no intencionada, agotamiento autodeclarado, debilidad, velocidad de marcha lenta o baja actividad física autodeclarada.**

Tanto el fenotipo de Fried como el índice acumulativo tienen **limitaciónes en su aplicación**, por ejemplo, definir la pérdida de peso involuntaria en pacientes medicados con diuréticos, o el "*efecto suelo*" relacionado con estos instrumentos.

Evaluar la comorbilidad con el índice de Charlson modificado

+50%[5] → LIMITACIONES OBJETIVAS DERIVADAS DE SUS COMORBILIDADES

El **índice de Charlson modificado** es el instrumento más empleado para la valoración pronóstica en pacientes con comorbilidad. Puntuaciones elevadas en esta tabla se correlacionan con **menor capacidad de autocuidado en IC**, algo que puede provocar un mayor riesgo de reingreso y mortalidad[6].

Prescribir redes sociales en pacientes con fragilidad social con IC

EJERCICIOS COMBINADOS

EJERCICIO FÍSICO
Resistencia
Ejercicios funcionales
Ejercicios respiratorios

ACTIVIDAD SOCIAL
Apoyo grupal
Ejercicios grupo
Redes sociales

En estudios recientes, la fragilidad multidominio se ha descrito como la compleja interacción de cada fragilidad, y lo mismo ocurre en los pacientes con IC. Se propone pautar **ejercicios de resistencia, entrenamiento funcional y ejercicios para mejorar la capacidad respiratoria** en pacientes con fragilidad física. En pacientes con disfunción cognitiva, se proponen **ejercicios combinados** y en pacientes con fragilidad social, se recomiendan **ejercicios de grupo supervisados, actividades de salón, redes sociales y soporte social de grupo[7]**.

Considerar programas de rehabilitación cardiaca con **ejercicio supervisado**

REHABILITACIÓN

La fragilidad es un estado dinámico multidimensional, independiente de la edad, que hace al individuo más vulnerable. **La fragilidad se asocia con más riesgo de muerte, hospitalizaciones y deterioro funcional**, además de hospitalizaciones más largas. El tratamiento de la fragilidad en la IC debe ser multifactorial y dirigirse a sus componentes principales, y puede incluir la **rehabilitación mediante entrenamiento físico, suplementos nutricionales y estrategias individualizadas para el tratamiento de las comorbilidades.[1,2,8,9]**

DON'T DO IT

No evaluar la fragilidad ni tenerla en cuenta a la hora de tratar un paciente con IC



Evaluar fragilidad con **escalas que sólo midan fragilidad física**

ESCALAS DE FRAGILIDAD FÍSICA

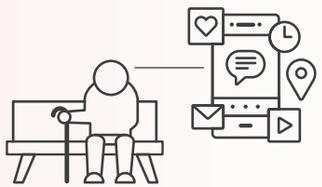
- Fenotipo de fragilidad de Fried **(FP)**
- Componente único o modificación del fenotipo de Fried
- Batería corta de desempeño físico **(SPPB)**

No evaluar la presencia de comorbilidad

ÍNDICE DE CHARLSON MODIFICADO

0 puntos	1-2 puntos	3-4 puntos	5 puntos
12%	26%	52%	85%

No prescribir redes sociales en paciente frágil socialmente con IC



No pautar ejercicio físico en paciente frágil con IC

PREVENCIÓN Y MONITORIZACIÓN

ESTRATEGIAS AUTOCUIDADO · PROGRAMA CONSULTAS · EJERCICIO SUPERVISADO · VACUNACIÓN GRIPE/NEUMOCOCO · TELEMONITORIZACIÓN DOMICILIARIA

ARM: antagonistas del receptor de la aldosterona

BB: betabloqueantes

IC: insuficiencia cardíaca

ICFEr: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida

IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina

INRA: inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina

iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2

MCC: muerte por cualquier causa

MCV: muerte por causa cardiovascular

RCV: riesgo cardiovascular

1. Young JB, et al. *Mortality and morbidity reduction with candesartan in patients with chronic heart failure and left ventricular systolic dysfunctIon: results of the CHARM low-left ventricular ejection fraction trials.* Circulation. 2004;110:2618–2626;

2. Desai AS, et al. *Effect of the angiotensin-receptor-neprilysin inhibitor LCZ696 compared with enalapril on mode of death in heart failure patients.* Eur Heart J. 2015 Aug 7;36(30):1990-7. doi: 10.1093/eurheartj/ehv186. Epub 2015 May 28. PMID: 26022006.

3. Solomon SD, Claggett B, Packer M, et al. *Efficacy of Sacubitril/Valsartan Relative to a Prior Decompensation: The PARADIGM-HF Trial.* JACC Heart Fail. 2016 Oct;4(10):816-822. doi: 10.1016/j.jchf.2016.05.002. Epub 2016 Jul 6. PMID: 27395349.

4. Fernández-Gassó L, Hernando-Arizaleta L, Palomar-Rodríguez JA, et al. *Population-based Study of First Hospitalizations for Heart Failure and the Interaction Between Readmissions and Survival.* Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2019 Sep;72(9):740-748. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2018.08.014. Epub 2018 Sep 24. PMID: 3026242

5. Lin AH, Chin JC, Sicignano NM, et al. *Repeat Hospitalizations Predict Mortality in Patients With Heart Failure.* Mil Med. 2017 Sep;182(9): e1932-e1937. doi: 10.7205/MILMED-D-17-00017. PMID: 28885958

6. Packer M, et al; *PARADIGM-HF Investigators and Coordinators. Angiotensin receptor neprilysin inhibition compared with enalapril on the risk of clinical progression in surviving patients with heart failure.* Circulation. 2015 Jan 6;131(1):54-61. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.013748. Epub 2014 Nov 17. PMID: 25403646.

7. Mogensen UM, Gong J, Jhund PS, et al. *Effect of sacubitril/valsartan on recurrent events in the Prospective comparison of ARNI with ACEI to Determine Impact on Global Mortality and morbidity in Heart Failure trial (PARADIGM-HF).* Eur J Heart Fail. 2018 Apr;20(4):760-768. doi: 10.1002/ejhf.1139. Epub 2018 Feb 12. PMID: 29431251; PMCID: PMC6607507.

8. McDonagh TA, et al; ESC Scientific Document Group. 2021 *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure.* Eur Heart J. 2021 Sep 21;42(36):3599-3726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368. Erratum in: Eur Heart J. 2021 Oct 14; PMID: 34447992.

9. Esteban Fernández A, Gómez Otero I, López Fernández S, et al. *Datos en la vida real del registro TIDY-HF.* Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1):646

10. Comín-Colet J, Anguita M, Formiga F, et al. *VIDA-IC (Quality of Life and Heart Failure in Spain: Current Situation) multicenter study researchers. Health-related Quality of Life of Patients With Chronic Systolic Heart Failure in Spain: Results of the VIDA-IC Study.* Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2016 Mar;69(3):256-71. Doi: 10.1016/j.rec.2015.07.030. Epub 2015 Dec 23. PMID: 26725973.

11. Zueger PM, Kumar VM, Harrington RL, et al. *Análisis de costo-efectividad de sacubitril/valsartán para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida en los Estados Unidos.* Farmacoterapia. (2018) 38:520–30. DOI: 10.1002/PHAR.2108

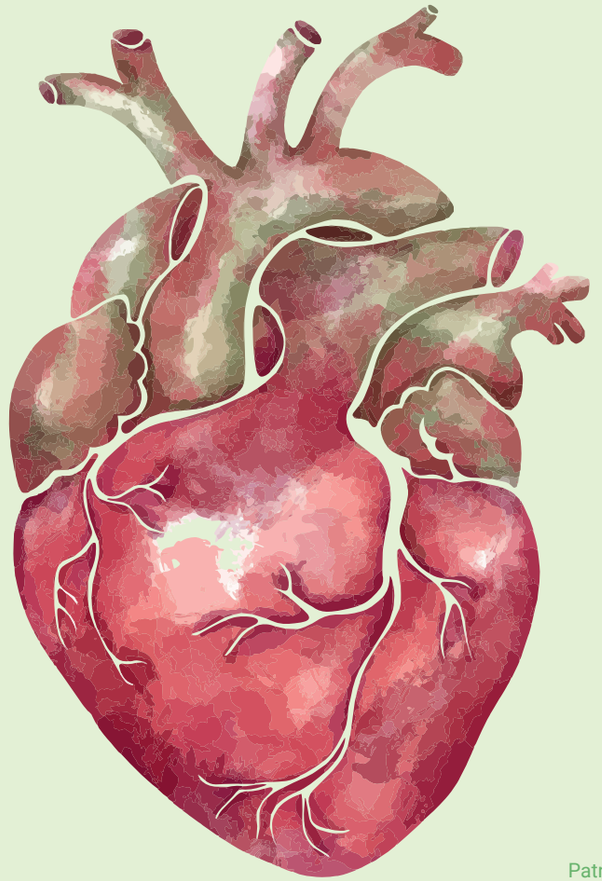
12. Ferrari L, Sada S; GrAM (Gruppo di Autoformazione Metodologica). *Efficacy of angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in patient with heart failure with a reduced ejection fraction.* Intern Emerg Med. 2015 Apr;10(3):369-71. Doi: 10.1007/s11739-014-1173-5. Epub 2014 Dec 24. PMID: 25537439.

13. Chandra A, Lewis EF, Claggett BL, et al. *Effects of Sacubitril/Valsartan on Physical and Social Activity Limitations in Patients With Heart Failure: A Secondary Analysis of the PARADIGM-HF Trial.* JAMA Cardiol. 2018 Jun 1;3(6):498-505. doi: 10.1001/jamacardio.2018.0398. PMID: 29617523; PMCID: PMC6128510.

DO IT / DON'T DO IT
EN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Paciente con IC, reingresador o con visitas recurrentes a Servicio de Urgencias

Dra. Igotz Aranbarri | Ambulatorio de Arrasate (Gipuzkoa)



Fundación redGDPS

Patrocinado por:

NOVARTIS

DO IT

DON'T DO IT

Identificar a las personas con IC como **pacientes con riesgo muy alto de mortalidad**

Considerar que las personas con IC tienen el **mismo RCV que una persona sin IC**

SACUBITRILO / VALSARTAN[3]

16% RIESGO **MCC**

20% RIESGO COMBINADO **MCV HOSPITALIZACIÓN**

Aproximadamente **el 32% de los pacientes con ICFEr**, aparentemente estables, tienen un riesgo alto de hospitalización y mortalidad tanto de causa cardiovascular (MCV) como por otras causas (MCC)[1,2].

El abordaje holístico y multifactorial del paciente con IC debe incluir el **tratamiento de todos los factores de riesgo cardiovascular** (FRCV) y comorbilidades que asocia la persona.

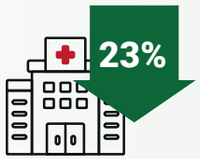


TRATAMIENTO DE TODOS LOS **FRCV**

Prevenir las hospitalizaciones por IC en el paciente con ICFEr

Considerar las hospitalizaciones por IC como parte inherente e inevitable del proceso evolutivo de enfermedad

SACUBITRILO / VALSARTAN[3]



Las hospitalizaciones por IC representan la principal señal de progresión de la enfermedad y señal inequívoca de empeoramiento del pronóstico. Cuanto mayor sea el número de hospitalizaciones, menor será el tiempo de supervivencia de la persona.[4,5]

En el ensayo PARADIGM-HF el sacubitrilo/valsartan demostró una **reducción del 23% de hospitalizaciones** por empeoramiento de la IC y previene tanto la primera hospitalización como las hospitalizaciones recurrentes.[3]

SUPERVIVENCIA MEDIA
POR HOSPITALIZACIÓN

1ª hIC = 2,6 años
2ª hIC = 1,8 años
3ª hIC = 1,5 años
4ª hIC = 1,3 años
MUERTE

Optimizar de manera temprana el tratamiento farmacológico

No implementar la pauta farmacológica recomendada por guías clínicas con el objetivo de minimizar riesgo de reingreso por IC

PREVENCIÓN DE EVENTOS CON SACUBITRILO / VALSARTAN[3]



Tras la primera hospitalización por IC, los pacientes son más proclives a los reingresos. Existe un período vulnerable temprano, seguido de una fase de estabilidad que, después de un tiempo variable, deriva en episodios recurrentes de IC, previos a la muerte.[4]

El sacubitrilo/valsartán, en comparación con enalapril, **redujo el riesgo de hospitalizaciones recurrentes por IC en un 33%** y esto fue más prominente en el período vulnerable temprano después del alta.[6-7]

MANEJO DE **ICFEr**
CON CUÁDRUPLE TERAPIA FARMACOLÓGICA[8]

IECA / INRA | BB | ARM | iSGLT2

GUÍA EUROPEA IC 2021
Recomienda pronta implementación

Suspender IECA e iniciar pauta con INRA en paciente ambulatorio con ICFEr

Considerar que el inicio de INRA **únicamente puede realizarse en Atención especializada hospitalaria**

Opción terapéutica de primera línea de tratamiento

SACUBITRILO / VALSARTAN VS **SRAA**

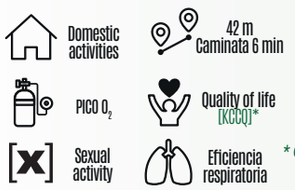
Las guías clínicas europeas recogen los **INRA como un indispensable del tratamiento del paciente ambulatorio con ICFEr**, con nivel de evidencia Ib.[8] El **sacubitrilo/valsartán ha demostrado una mayor reducción de la mortalidad por todas las causas**, la mortalidad CV y la hospitalización por IC, además de mejorar la calidad de vida de los pacientes, independientemente de su edad.[3-5,8]

CUÁDRUPLE TERAPIA FARMACOLÓGICA

estudio TIDY-HF

60%[9] **PACIENTES DE NUEVO DIAGNÓSTICO**

MEJORA DE CAPACIDAD FUNCIONAL CON SACUBITRILO / VALSARTAN



** Cuestionario de miocardiopatía de Kansas City (KCCQ-12)*

Favorecer una **mejor calidad de vida para el paciente**

No evaluar la calidad de vida y la capacidad funcional del paciente

Los pacientes con IC tienen **mayor limitación de movilidad y mayor incidencia de síntomas como dolor/malestar y ansiedad/depresión** en comparación con otras enfermedades crónicas.[10] El abordaje de la ICFEr debe **analizar y valorar la calidad de vida referida y la capacidad funcional objetivables** para optimizar el tratamiento farmacológico.[11,12]



SACUBITRILO/VALSARTAN[13]
Mejora la calidad de vida en pacientes con IC consistentemente sobre enalapril