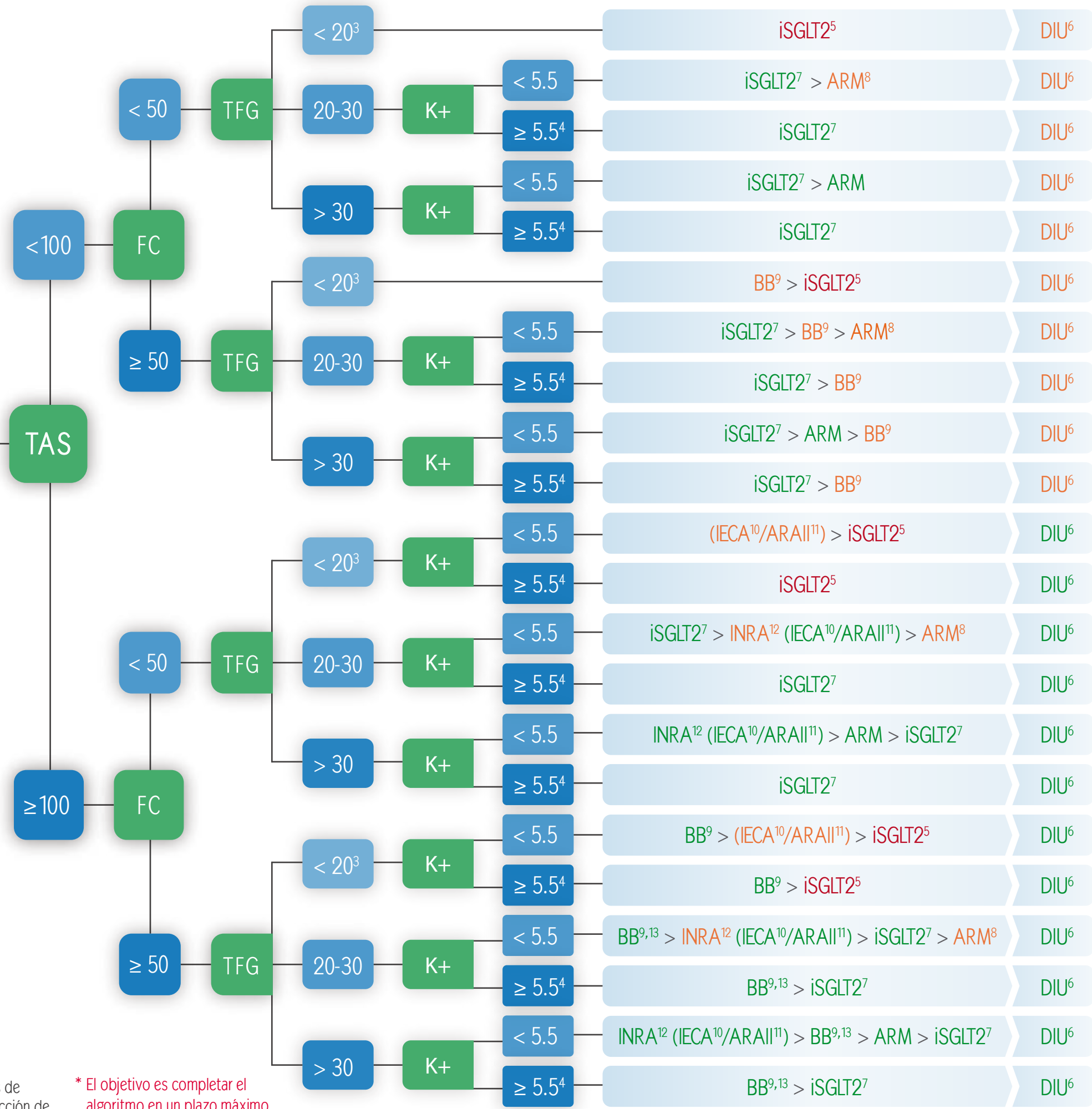


ÁRBOL DE DECISIÓN PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN < 50%*



AUTORES (por orden alfabético)

Adán Gil F⁺, Aranbarri Osoro I⁺, Barrot de la Puente J⁺, Cebrián-Cuenca A⁺, Franch-Nadal J⁺, Gracia García O⁺⁺, Pardo Franco J⁺, Ruiz Quintero M⁺, Valle Muñoz A⁺⁺⁺.

+ red de Grupos de estudios de la Diabetes en atención Primaria de la Salud.

++ Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

+++ Servicio de Cardiología. Hospital Marina Salud. Dénia (Alicante).

1. La comorbilidad prioriza la elección de uno u otro fármaco. Véase Algoritmo de insuficiencia cardiaca en el paciente con DM2 de la redGDPS.
2. En FEVI entre 41 y 49 la falta de estudios condicionan un menor nivel de evidencia en las recomendaciones, respecto a valores de FEVI ≤ 40.
3. Dada la poca evidencia disponible en pacientes con TFG < 20 se recomienda valorar la interconsulta con Nefrología.
4. Los nuevos quelantes del K⁺ (Ciclosilicato de sodio-zirconio y Patiomer cálcico) son de utilidad para reducir los niveles de K⁺ y permitir optimizar el tratamiento asociando los fármacos necesarios. Corregir primero posibles causas de hiperpotasemia.
5. NO iniciar. Dapagliflozina se podría mantener sólo si ya lo tomaba previamente.
6. Furosemida o torasemida. Sólo si se precisan para el control de la congestión, a la menor dosis necesaria, vigilando la hipotensión.
7. Sólo dapagliflozina y empagliflozina. Empagliflozina iniciar con TFG ≥ 20 y dapagliflozina con TFG ≥ 25.
8. En TFG < 30, con extrema vigilancia del nivel de K⁺, se podrían dar a dosis máximas de 12,5 mg/24h.
9. Sólo bisoprolol, carvedilol, succinato de metoprolol o nebivolol en ancianos, con vigilancia de la hipotensión y ritmo cardiaco. Si la FC es > 75 lpm con dosis máxima tolerada, valorar Ivabradina 5 mg/12h.
10. Monitorizar nivel de K⁺ en las primeras semanas y TFG.
11. En caso de intolerancia a ARNI o IECAs.
12. De primera opción en FEVI ≤ 40%. Precisa ajuste de dosis y vigilancia de la hipotensión, así como monitorización del nivel de K⁺ y TFG (no indicado en estadio final de ERC).
13. De primera opción sólo si el paciente está en situación de euvolemia; en caso contrario retrasar su inicio hasta conseguir la estabilidad hemodinámica.

ABREVIATURAS:

ARAI: Antagonistas de los receptores de la Angiotensina II; ARM: Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides; BB: Betabloqueantes; DIU: Diuréticos de asa; FC: Frecuencia Cardiaca; FE: Fracción de Eyección; IC: Insuficiencia Cardiaca; IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de la Angiotensina; INRA: Inhibidores de la neprilina y del receptor de Angiotensina II; iSGLT2: Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa de tipo 2; K⁺: Potasio; TAS: Tensión arterial sistólica; TFG: Tasa de filtrado glomerular.

* El objetivo es completar el algoritmo en un plazo máximo de 8 semanas, con la introducción de todos los fármacos indicados en cada escenario clínico.

■ Especialmente indicado ■ Admitido con vigilancia especial ■ Extrema precaución