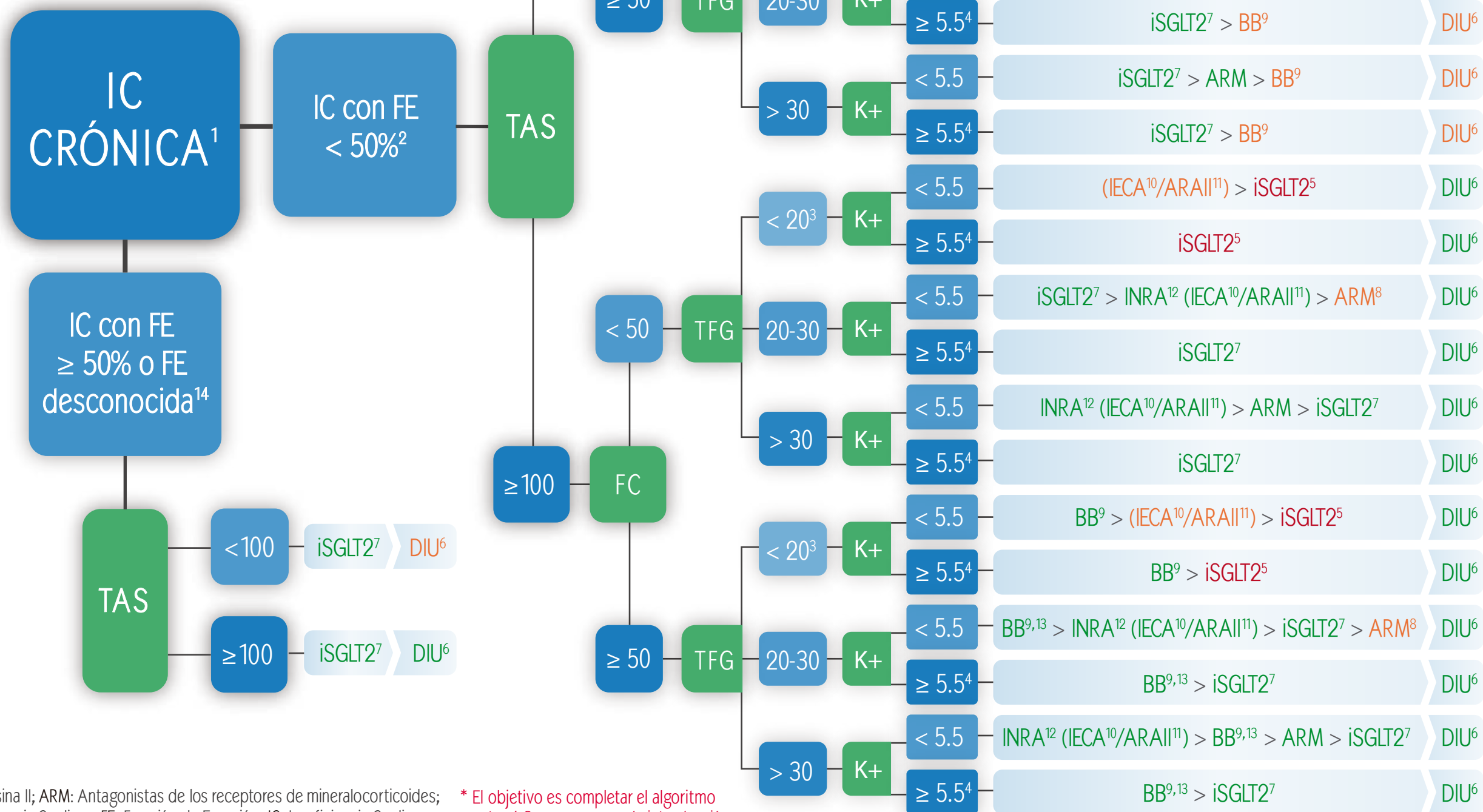


ÁRBOL DE DECISIÓN PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA*



- La comorbilidad prioriza la elección de uno u otro fármaco. (Véase Algoritmo de insuficiencia cardíaca en el paciente con DM2 de la redGDPS).
- 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.
- Dada la poca evidencia disponible en pacientes con TFG < 20 se recomienda valorar la interconsulta con Nefrología.
- 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.
- NO iniciar. Dapagliflozina se podría mantener sólo si ya lo tomaba previamente.
- Furosemda o torasemida y tiazidas en caso necesario. Sólo si se precisan para el control de la congestión, a la menor dosis necesaria, vigilando la hipotensión. En IC descompensada con sobrecarga de volumen: acetazolamida.
- Sólo dapagliflozina y empagliflozina. Empagliflozina iniciar con TFG ≥ 20 y dapagliflozina con TFG ≥ 25.
- En TFG < 30, con extrema vigilancia del nivel de K+, se podrían dar a dosis máximas de 12,5 mg/24h.
- Sólo bisoprolol, carvedilol, succinato de metoprolol o nebivolol en ancianos, con vigilancia de la hipotensión y ritmo cardíaco. Si la FC es > 75 lpm con dosis máxima tolerada, valorar Ivabradina 5 mg/12h.
- Monitorizar nivel de K+ en las primeras semanas y TFG.
- En caso de intolerancia a ARNI o IECA.
- 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).
- De primera opción sólo si el paciente está en situación de euvolemia; en caso contrario retrasar su inicio hasta conseguir la estabilidad hemodinámica.
- La realización de un ecocardiograma es deseable en todos los pacientes con IC para determinar la FE y en función de ella elegir el tratamiento óptimo.

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 Cardíaca; FE: Fracción de Eyección; IC: Insuficiencia Cardíaca; IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de la Angiotensina; INRA: Inhibidores de la neprilisina 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 entre 4-8 semanas, con la introducción de todos los fármacos indicados en cada escenario clínico.

■ Especialmente indicado ■ Admitido con vigilancia especial ■ Extrema precaución