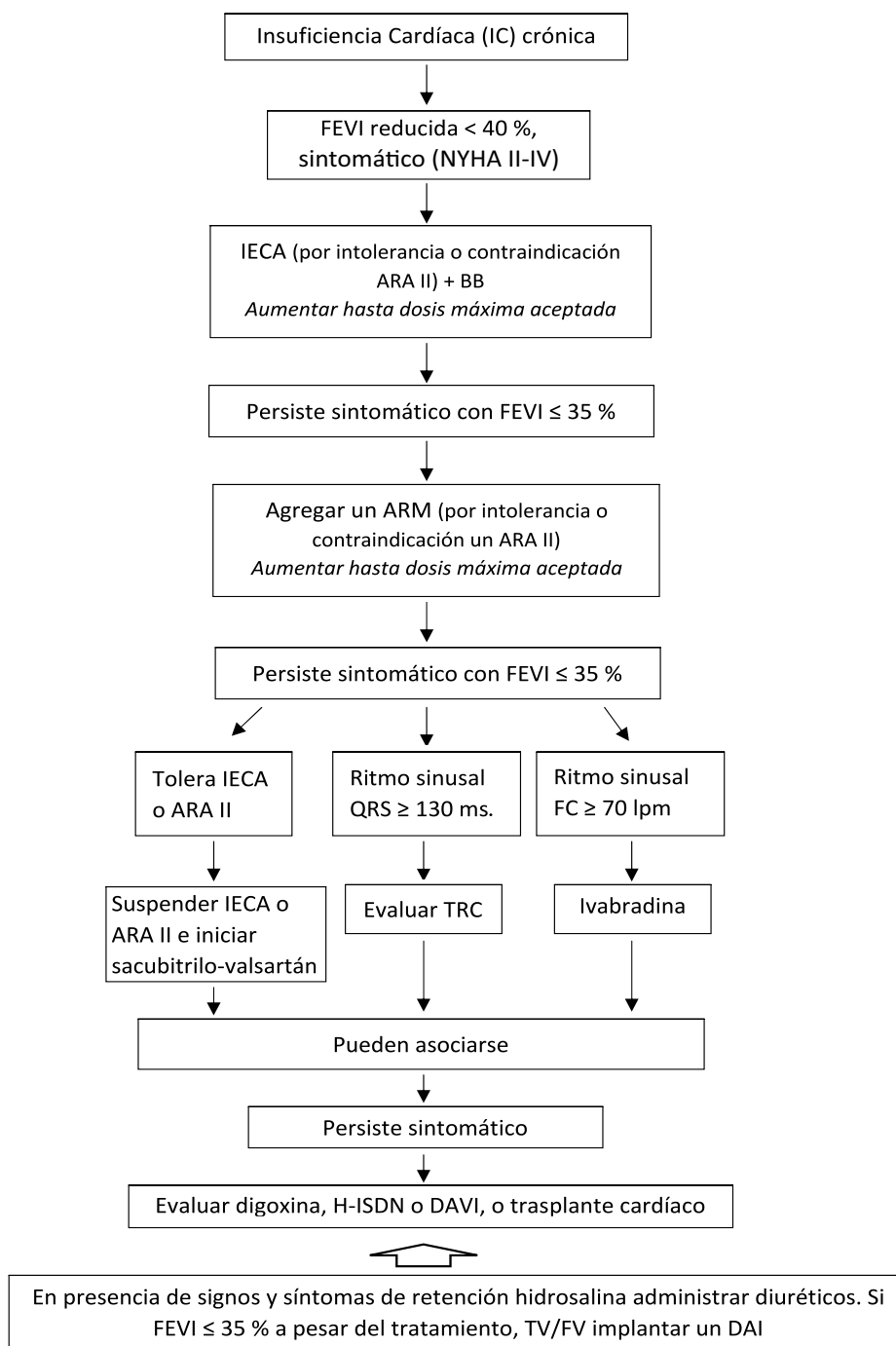


# ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 2

Dra. Silvia I. Falasco

## ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA



ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; ARM: antagonista receptor de mineralocorticoides; BB: beta bloqueante; DAI: desfibrilador automático implantable; DAVI: dispositivo de asistencia ventricular izquierda; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; FV: fibrilación ventricular; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; FC: frecuencia cardíaca; H-ISDN: hidralazina y dinitrato de isosorbida; NYHA: clase funcional de la New York Heart Association; TRC: terapia de resincronización cardíaca; TV: taquicardia ventricular.

# ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 2

Dra. Silvia I. Falasco

## ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

Se intervendrá sobre los factores de riesgo de la IC (hipertensión arterial, diabetes, obesidad, tabaquismo, síndrome metabólico, arteriosclerosis, patologías estructurales cardíacas). En diabetes tipo 2 el uso de empaglifozina (un inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa de tipo 2) redujo la mortalidad y las hospitalizaciones por IC, efecto no obtenido con otros hipoglucemiantes. Entre las medidas generales se indicará cuidado del peso (sobrepeso-obesidad, educación sobre autocontrol en el uso de diuréticos), ingesta de sodio  $< 3$  g/d y en estadios avanzados  $\leq 2$  g/d, restricción de líquidos en IC avanzada, consumo de alcohol hasta 20 g/d en el hombre y 10 g/d en la mujer excepto si existiera una miocardiopatía alcohólica en que se abstendrá de este consumo, abstención tabáquica, vacunación antigripal anual y antineumocócica, actividad física aeróbica si no existe contraindicación, no restringir actividad sexual si la IC es estable.

Los diuréticos de asa suelen ser de primera línea (siempre buscar menor dosis efectiva), se preferirá tiazidas en los hipertensos con buena función renal y escasa retención hidrosalina y asociación de ambos en IC avanzada. Solicitar estudio de función renal y un ionograma antes de indicar un IECA (controlar periódicamente 1, 3, 6 meses hasta alcanzar dosis de mantenimiento y luego cada 6 meses). Los BB utilizados en IC son: carvedilol, bisoprolol, metoprolol y nebivolol. Dentro de los ARM se preferirá el uso de espironolactona en pacientes con FEr severa y la eplerenona en aquellos con síntomas leves, post IAM, y en quienes presenten ginecomastia e impotencia sexual por espironolactona (controlar función renal y potasio). La inhibición combinada de neprilisina (enzima que degrada a los péptidos natriuréticos) y del receptor de la angiotensina II (sacubitrilvalsartán) no puede asociarse a otro IECA o ARA II y está contraindicado con TAS  $< 100$  mmHg. La ivabradina es un inhibidor de los canales If del nódulo sinusal que reduce la frecuencia cardíaca, por lo que solo puede utilizarse en ritmo sinusal cuando estén contraindicados los BB o recibiendo dosis máximas de BB, IECA o ARA II y ARM la FC es  $\geq 70$  lpm. La combinación de hidralazina y dinitrato de isosorbida al tratamiento convencional redujo la mortalidad e internaciones por IC en un estudio realizado en sujetos de raza negra.

Se recomienda implantar un DAI para reducir el riesgo de muerte súbita y mortalidad por todas las causas en prevención secundaria en los pacientes que se recuperaron de un paro cardíaco por FV o TV sostenida causante de inestabilidad hemodinámica con una esperanza de vida  $> 1$  año en buen estado funcional y en prevención primaria en pacientes sintomáticos con FE  $\leq 35\%$  pese a recibir tratamiento médico óptimo (TMO)  $\geq 3$  meses, siempre que su esperanza de vida sea  $> 1$  año en buen estado funcional con cardiopatía isquémica, miocardiopatía dilatada. Se recomienda la TRC para pacientes sintomáticos con IC, ritmo sinusal con QRS  $\geq 150$  ms y morfología QRS con o sin BRI, con FEVI  $\leq 35\%$  a pesar de recibir TMO, a efectos de mejorar los síntomas y reducir la morbimortalidad. Está contraindicada con QRS  $< 130$  ms.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2016; 69(12):1167.e1-e85. [www.revespcardiol.org](http://www.revespcardiol.org)
2. Consenso de Insuficiencia Cardíaca Crónica. Sociedad Argentina de Cardiología. Revista Argentina de Cardiología / Vol 84 Suplemento 3 / Octubre 2016.