

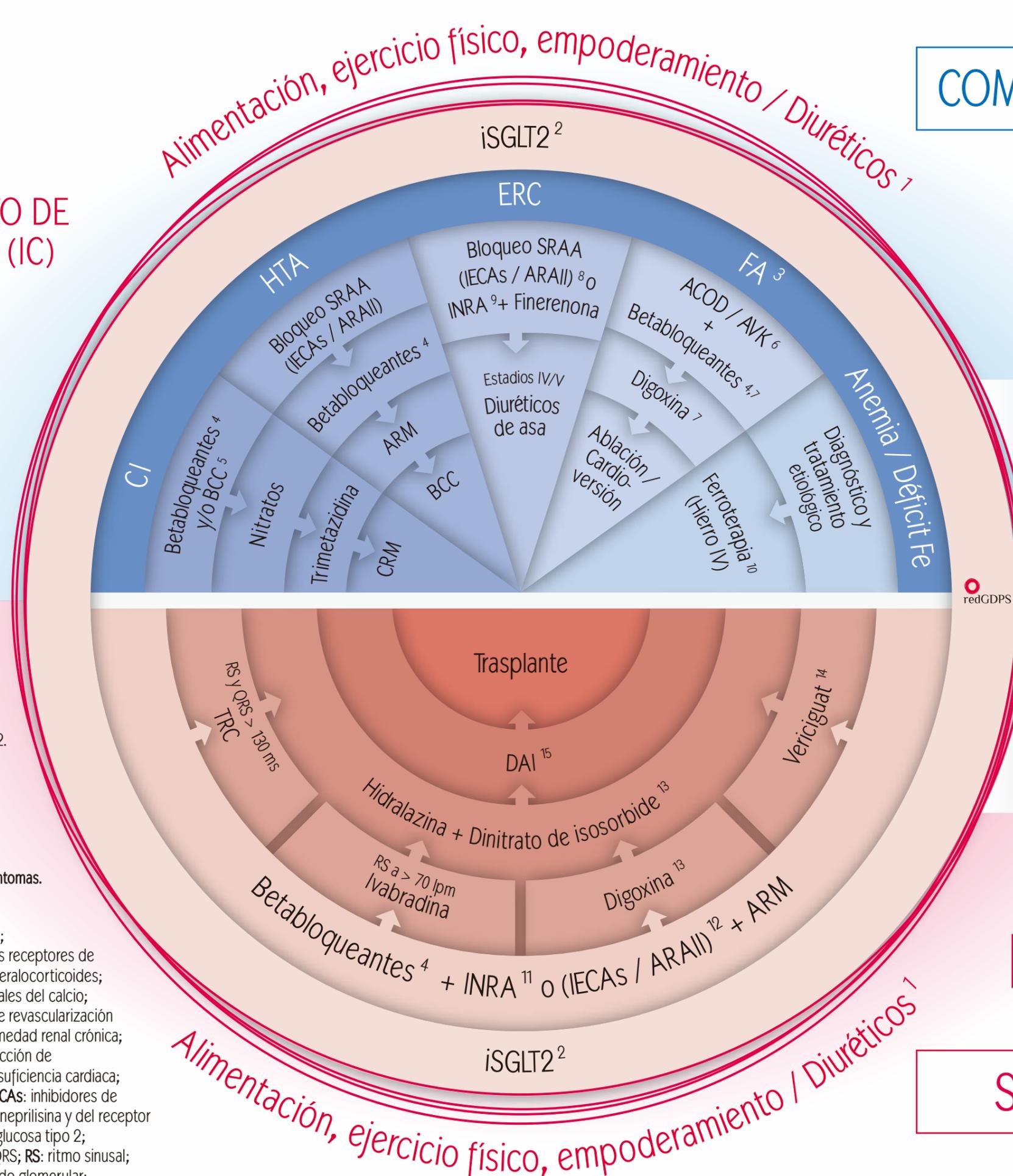
## ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN EL PACIENTE CON DM2 DE LA redGDPS.

1. Dosis mínima necesaria para el control de la congestión, si precisa. En IC descompensada con sobrecarga de volumen: acetazolamida.
2. Salvo contraindicación. Asociar **METFORMINA** u otros ADO al iSGLT2, en caso necesario para el control glucémico.
3. Considerar la cardioversión eléctrica o farmacológica (amiodarona) en caso de inestabilidad hemodinámica.
4. Bisoprolol, carvedilol, succinato de metoprolol o nebivolol.
5. Amlodipino, verapamilo o diltiazem. Si intolerancia a betabloqueantes: nicorandil o ranolazina. (En IC-FER contraindicados BCC no dihidropiridínicos).
6. De elección ACOD por su mayor seguridad.
7. Si persiste FC elevada. Si FEVI preservada también de utilidad BCC no dihidropiridínicos.
8. Con vigilancia del K<sup>+</sup> y TFG.
9. En IC-FER con mejor perfil renal que IECAs/ARA II, vigilando la hipotensión arterial.
10. De elección hierro IV.
11. Con mejor comportamiento glucémico que IECAs/ARA II en DM2.
12. Si sigue sintomático, cambiar a INRA.
13. Si persisten síntomas refractarios pese al tratamiento óptimo.
14. Tras hospitalización reciente que haya precisado diuréticos IV.
15. Si síntomas NYHA II-III tras tratamiento médico óptimo y expectativa de vida mayor de 1 año.

Las flechas indican progresión de la enfermedad o persistencia de síntomas.

### ABREVIATURAS:

**ACOD:** anticoagulantes orales directos; **ADO:** antidiabéticos orales; **AINES:** antiinflamatorios no esteroideos; **ARAII:** antagonistas de los receptores de la Angiotensina II; **ARM:** antagonistas de los receptores de los mineralocorticoides; **AVK:** antagonistas de la vitamina K; **BCC:** bloqueadores de los canales del calcio; **CI:** cardiopatía isquémica; **COX-2:** ciclooxigenasa-2; **CRM:** cirugía de revascularización miocárdica; **DAI:** desfibrilador automático implantable; **ERC:** enfermedad renal crónica; **FA:** fibrilación auricular; **FC:** frecuencia cardiaca; **Fe:** hierro; **FEVI:** fracción de eyección del ventrículo izquierdo; **HTA:** hipertensión arterial; **IC:** insuficiencia cardiaca; **IC-FER:** insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida; **IECAs:** inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; **INRA:** inhibidores de la neprilisina y del receptor de angiotensina II; **iSGLT2:** inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; **IV:** intravenoso; **K<sup>+</sup>:** potasio; **QRS:** complejo electrocardiográfico QRS; **RS:** ritmo sinusal; **SRAA:** sistema renina-angiotensina-aldosterona; **TFG:** tasa de filtrado glomerular; **TRC:** terapia de resincronización cardiaca.



COMORBILIDADES

IC

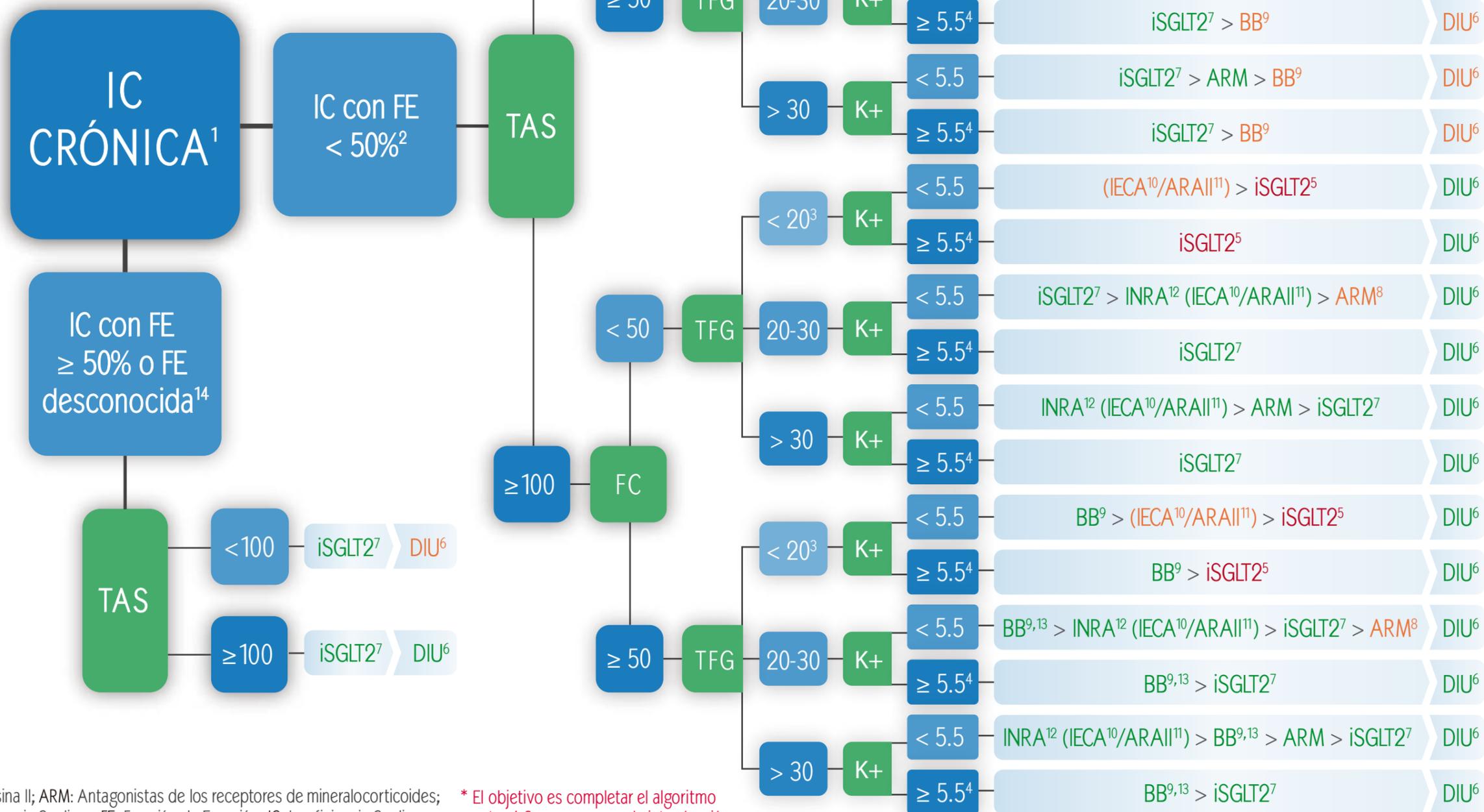
### EVITAR

- × BCC no dihidropiridínicos (verapamilo / diltiazem) salvo en presencia de FA con FEVI ≥ 40.
- × Moxonidina.
- × Alfabloqueantes.
- × Combinar IECAs y ARA II entre sí o con INRA o aliskiren.
- × Combinar INRA con IECAs o ARA II o aliskiren.
- × Glitazonas y saxagliptina.
- × Antidepresivos tricíclicos.
- × AINES o inhibidores COX2.
- × Producir sarcopenia.

redGDPS

IC con FE < 50%  
SEVERIDAD

## 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