

## **EN EL MANEJO CRÓNICO DE LA IC REDUCIDA YA NO SE RECOMIENDA EL ALGORITMO TERAPÉUTICO INICIAL EN ESCALONES. ¡¡EL TIEMPO, ES ORO!!**

*Autor: Marcos García Aguado*

*Fecha de publicación: 25/10/2021*

*Patología: Insuficiencia cardiaca / Categoría: Novedades*

*Tiempo de lectura: 2 minutos*

<https://www.carprimaria.com/leer-insuficiencia/ic-algoritmo-reducida>



Las nuevas guías europeas de insuficiencia cardiaca (IC) publicadas en 2021 modifican el algoritmo terapéutico de manejo de los pacientes con IC reducida en fase crónica.

Recordemos que la IC reducida es aquella que presenta una fracción de eyección menor del 40%. La mayoría de los casos son secundarios a cardiopatía isquémica.

Los fármacos con mayor impacto pronóstico, es decir, aquellos que mejoran la supervivencia en esta patología con mortalidades elevadas (*el 50% aproximadamente de los pacientes diagnosticados hoy habrán fallecido a los 5 años del diagnóstico*) son: el fármaco dual sacubitrilo valsartan (SV) o IECAS/ARA II (*los datos disponibles apoyan el uso de SV en vez de IECA/ARA II como fármaco de primera elección*), los betabloqueantes, los bloqueantes de la aldosterona y los inhibidores SGLT-2.

Antes de la publicación de estas guías se recomendaba un uso en escalones de los fármacos, primeramente, se iniciaba el tratamiento con IECAS/ARA II + BB, luego se titulaban a dosis máximas (*toleradas o las recomendadas eficaces en los estudios de investigación*), y finalmente, si el paciente seguía en un grado funcional II (GF II), se iniciaba tratamiento con bloqueantes de la aldosterona, titulándolos hasta dosis máximas. Si a pesar de ello el paciente seguía en GF II, se planteaba añadir fármacos como la ivabradina (*siempre que el paciente estuviera en ritmo sinusal y cumpliera las indicaciones de ficha técnica*) u otras estrategias terapéuticas invasivas.

La evidencia científica ha ido modificando nuestra práctica clínica. Todo se ha ido recogiendo en los diferentes documentos de actualización de las diferentes sociedades, como los recientemente publicados de la Sociedad Canadiense o la Europea. La recomendación actual es, salvo contraindicación, que todos los pacientes con IC reducida estén a tratamiento con los **cuatro** fármacos antes mencionados.

No se establece ninguna estrategia en escalones, ninguno de los cuatro fármacos se indica antes que otro.

Es fundamental individualizar. Si nuestro paciente presenta fragilidad, comorbilidades..., debemos iniciar los fármacos con cautela. En pacientes robustos, los fármacos podemos iniciarlos y titularlos más rápidamente.

Lo recomendable es intentar que los pacientes tengan los fármacos de los cuatro grupos rápidamente (si es posible desde el principio y todos a la vez), empezando con dosis bajas y buscando luego la titulación para intentar mejorar el pronóstico.

Estos fármacos mejoran la supervivencia, reducen las hospitalizaciones, las hospitalizaciones precoces, la muerte súbita, mejoran el remodelado, mejoran la calidad de vida...

No olvidemos que la IC presenta una mortalidad mayor que muchas otras enfermedades con "peor prensa", las cuales tienen la máxima atención de los medios y de los profesionales sanitarios. Debemos focalizarnos más en la IC porque consume muchos recursos sanitarios, empeora la calidad de vida y reduce significativamente la supervivencia.

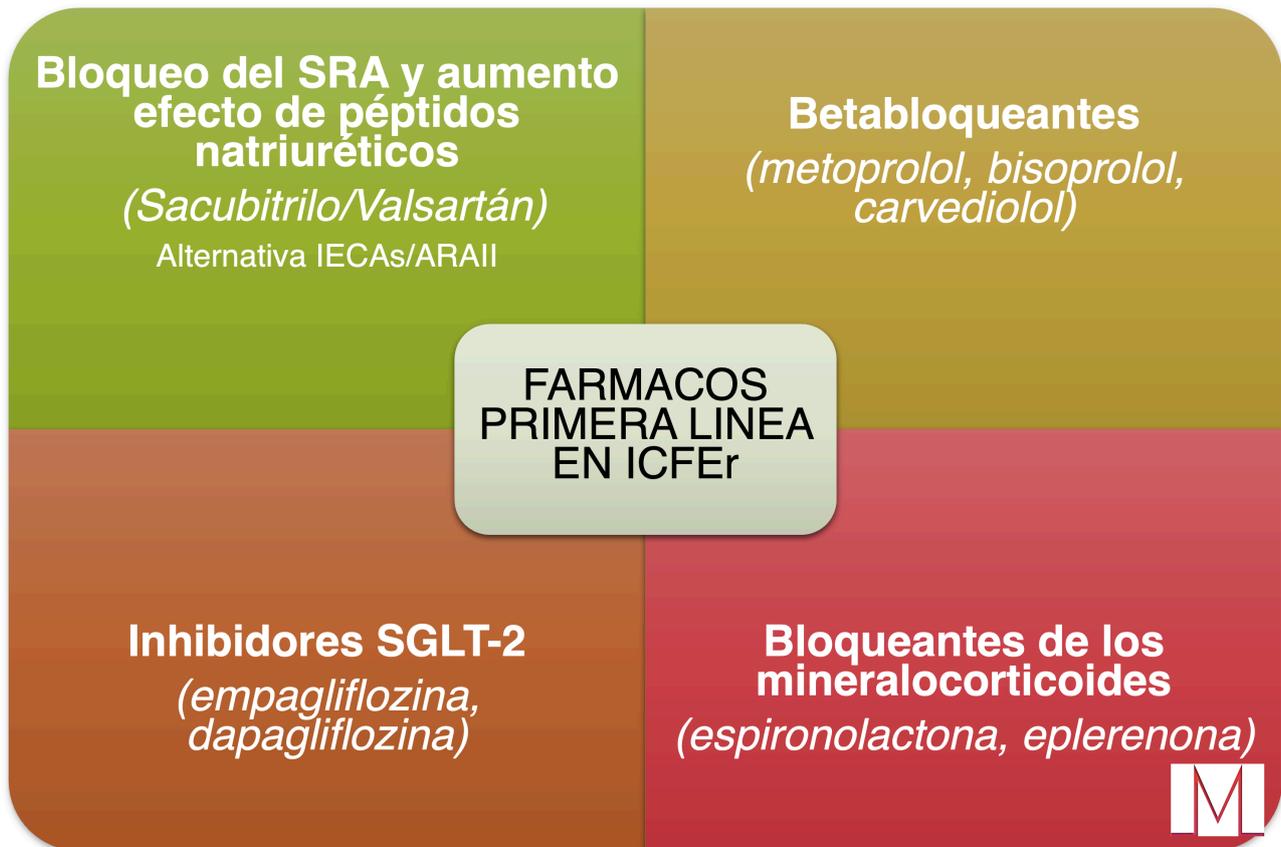


Ilustración 1. Fármacos “obligados” en IC reducida.

## REFERENCIAS

*European Heart Journal*, Volume 42, Issue 36, 21 September 2021, Pages 3599–3726  
<https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/36/3599/6358045>