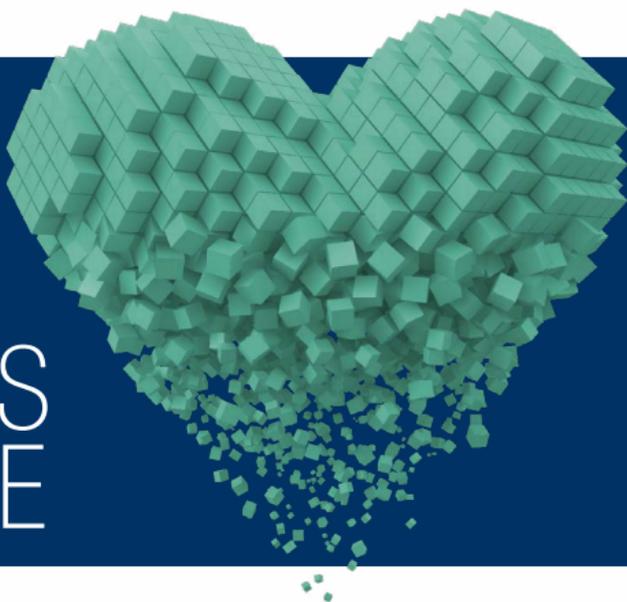




**PUNTOS
CLAVE**



Manejo de la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida



© 2024 Content Ed Net Communications, S.L.

Aunque se ha tenido el máximo cuidado al recopilar los contenidos de esta publicación, Content Ed Net Communications S.L. y sus empleados no son en modo alguno responsables del uso de la información, ni tampoco de cualquier posible error, omisión e inexactitud, o de las consecuencias derivadas de estos. Antes de la prescripción deberá revisarse la información sobre el producto aprobado.

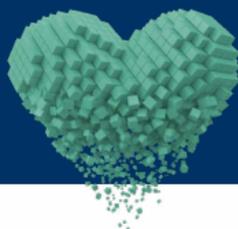
Las opiniones expresadas en esta publicación no son responsabilidad de Content Ed Net Communications S.L.

Todos los derechos reservados.

Ninguna parte de este material puede ser reproducida, almacenada en ningún sistema de datos donde pueda recuperarse o ser transmitida de ninguna manera ni por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopiado, de grabación o cualquier otro sin permiso previo. Esto es una recopilación parcial y no exhaustiva de la bibliografía científica. Los datos que aparecen pueden no estar aprobados en el registro de los productos. Por favor, consulte la ficha técnica.

ES-CEN-AL-12024-CC

ÍNDICE



1	 Definición y diagnóstico de IC-FEr	1
2	 Tratamiento farmacológico de IC-FEr	3
3	 Comorbilidades	8
4	 Gestión de la complejidad de la IC-FEr	11
5	 Cuidados paliativos en IC-FEr	15
	Siglas	17
	Bibliografía	18

1



Definición y diagnóstico de IC-FEr

- La IC se clasifica en 3 fenotipos según la FEVI: reducida, ligeramente reducida y conservada^{1,2}.
- Se define como IC-FEr cuando la FEVI sea inferior al 40%, lo que indica una disminución significativa de la función sistólica del ventrículo izquierdo¹⁻³.

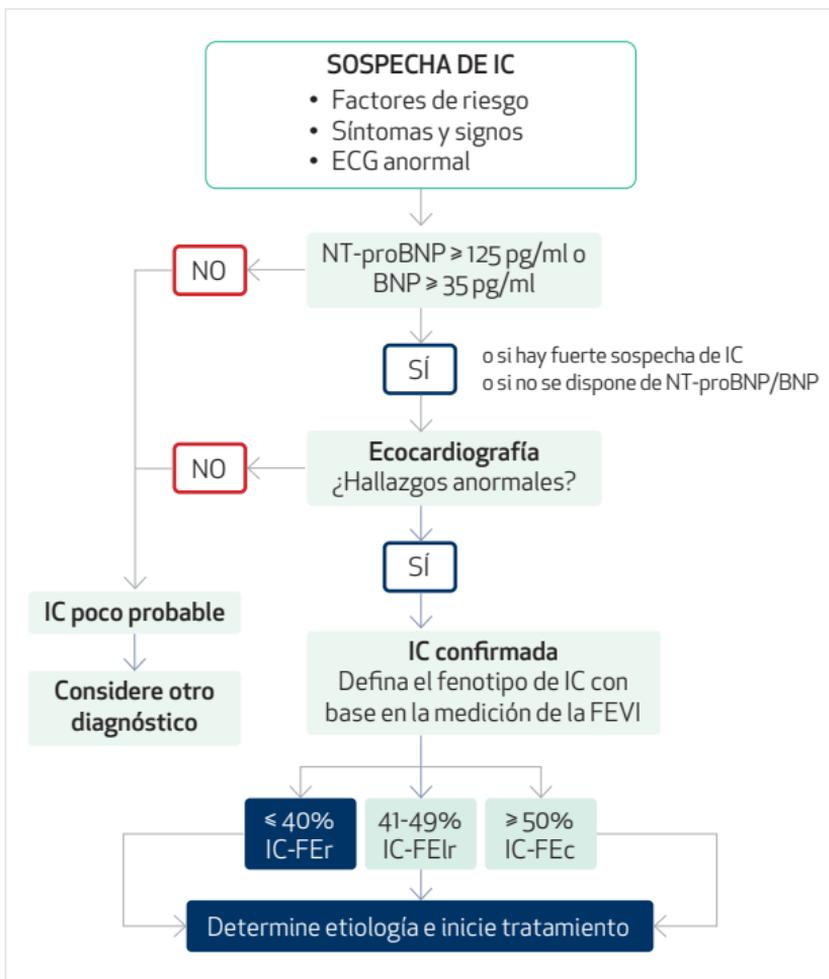
Clasificación de fenotipos de IC¹

Tipo IC	IC-FEr	IC-FElr	IC-FEc
Criterio 1	Síntomas ± signos ^a	Síntomas ± signos ^a	Síntomas ± signos ^a
Criterio 2	FEVI ≤ 40%	FEVI 41-49% ^b	FEVI ≥ 50%
Criterio 3			Evidencia objetiva de anomalías cardíacas estructurales o funcionales compatibles con disfunción diastólica o altas presiones de llenado del VI, incluyendo concentraciones elevadas de péptidos natriuréticos ^c

^a Los signos pueden estar ausentes en las fases tempranas de la IC, especialmente en la IC-FEc, y en pacientes que reciben tratamiento óptimo. ^b Para el diagnóstico de la IC-FElr, la evidencia de otra cardiopatía estructural (por ejemplo, aumento del tamaño de la aurícula izquierda, hipertrofia del VI o reducción del llenado del VI medido por ecocardiografía) hace que el diagnóstico sea más probable. ^c Para el diagnóstico de la IC-FEc, cuanto mayor sea el número de anomalías, mayor será la probabilidad de IC-FEc.

- El diagnóstico de la IC-FEr se realiza mediante **ecocardiografía**. Si no es posible, se recurre a **RMC** o **técnicas diagnósticas nucleares**¹.

Algoritmo de diagnóstico para la IC¹



2



Tratamiento farmacológico de IC-FEr

- El **tratamiento farmacológico** es clave en la IC-FEr, y debe ser la **primera opción** antes de terapias con dispositivos y junto a medidas no farmacológicas¹.
- Su **objetivo** es **reducir la mortalidad, evitar hospitalizaciones** por agravamiento de la IC, y **mejorar el estado clínico, la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente**¹.
- La **base del tratamiento para la IC-FEr** consiste en una **cuádruple terapia**, que combina IECA o INRA, BB, ARM e iSGLT2 (dapagliflozina y empagliflozina)¹.
- La **incorporación de un INRA se puede considerar como sustitución de un IECA**^{1,2} para pacientes que continúan sintomáticos a pesar del tratamiento con IECA, BB y ARM, o **como tratamiento de primera línea** en lugar de un IECA³.
- Se recomienda **iniciar cuanto antes el tratamiento e incrementar las dosis de los medicamentos hasta lograr las dosis objetivo**, o si no es posible, hasta la máxima dosis tolerada¹.

Cuádruple terapia en el tratamiento de IC-FEr¹

	Familia de fármacos	Clase ^a	Nivel ^b	
1	IECA/INRA (sacubitrilo-valsartán)	I	A	B
2	BB	I	A	
3	ARM	I	A	
4	iSGLT2 (dapagliflozina y empagliflozina)	I	A	

^a Clase de recomendación. ^b Nivel de evidencia.

1A. IECA¹

- Los IECA reducen la morbimortalidad y los síntomas en la IC-FEr; están recomendados para todos los pacientes salvo contraindicaciones, y la dosis debe ajustarse hasta la máxima tolerada.

1B. INRA¹

- Para pacientes con IC-FEr, sacubitrilo-valsartán está recomendado como sustituto de los IECA para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte.

2. BB¹

- Los BB reducen la morbimortalidad y mejoran los síntomas en pacientes con IC-FEr, recomendándose iniciar su uso junto con IECA y diuréticos tan pronto como se confirme el diagnóstico.

3. ARM¹

- Los ARM (espironolactona y eplerenona) son esenciales en el tratamiento de IC-FEr, recomendados junto con IECA y BB para reducir la mortalidad y las hospitalizaciones, y mejorar los síntomas. **Eplerenona es un bloqueador más específico** y, por ello, causa menos ginecomastia. Se deben administrar con cuidado en pacientes con función renal comprometida.

4. iSGLT2¹

- Se recomienda dapagliflozina o empagliflozina, junto al tratamiento médico óptimo con un IECA/INRA, un BB y un ARM, a todos los pacientes con IC-FEr, independientemente de su condición diabética.

Otros tratamientos farmacológicos indicados para IC-FEr¹

FAMILIA DE FÁRMACOS	CLASE ^a	NIVEL ^b
DIURÉTICOS DEL ASA Para pacientes con IC-FEr y signos o síntomas de congestión, recomendados para aliviar síntomas, mejorar la capacidad de ejercicio y reducir hospitalizaciones por IC	I	C
ARA-II Para pacientes que no toleran IECA o INRA, está recomendado un ARA-IIc para disminuir el riesgo de hospitalización por IC y muerte CV. Deben tomar también un BB y un ARM	I	B

Otros tratamientos farmacológicos indicados para IC-FEr¹ (cont.)

FAMILIA DE FÁRMACOS	CLASE ^a	NIVEL ^b
INHIBIDOR DEL CANAL IF (IVABRADINA) Se debe considerar para pacientes sintomáticos con FEVI \leq 35%, ritmo sinusal y FCR \geq 70 lpm a pesar del tratamiento con DBE de un BB (o Dmáx tolerada), IECA o INRA, y un ARM, para reducir riesgo de hospitalización por IC y muerte CV	IIa	B
INHIBIDOR DEL CANAL IF (IVABRADINA) Se debe considerar para pacientes sintomáticos con FEVI \leq 35%, ritmo sinusal y FCR \geq 70 lpm que no toleren o tengan contraindicado BB, para reducir riesgo de hospitalización por IC y muerte CV. Deben recibir también tratamiento con un IECA (o INRA) y un ARM	IIa	C
ESTIMULADOR ORAL DE LA GC SOLUBLE (VERICIGUAT) Se debe considerar para pacientes en NYHA II-IV cuya IC empeora a pesar del tratamiento con un IECA (o INRA), un BB y un ARM, para reducir riesgo de mortalidad CV y hospitalizaciones por IC	IIb	B
HIDRALAZINA Y DINITRATO DE ISOSORBIDA Se debe considerar para pacientes de raza negra y FEVI \leq 35% o $<$ 45% junto con dilatación del VI, en NYHA III-IV a pesar del tratamiento con un IECA (o INRA), un BB y un ARM, para reducir riesgo de hospitalizaciones por CV y muerte	IIa	B
HIDRALAZINA Y DINITRATO DE ISOSORBIDA Se debe considerar para pacientes con IC-FEr sintomática con intolerancia o contraindicaciones para el tratamiento con un IECA, un ARA-II o un INRA, para reducir el riesgo de muerte	IIb	B
DIGOXINA Se debe considerar para pacientes con IC-FEr sintomática en ritmo sinusal a pesar del tratamiento con un IECA (o INRA), un BB y un ARM, para reducir riesgo de hospitalización (por cualquier causa y por IC)	IIb	B

^aClase de recomendación. ^bNivel de evidencia. Los ARA-II con evidencia en la IC-FEr son candesartán, losartán y valsartán.

Dosis de inicio y dosis objetivo de GDMT para la IC*3

	DOSIS INICIAL	DOSIS OBJETIVO
BB		
Bisoprolol	1,25 mg 1 vez al día	10 mg 1 vez al día
Carvedilol	3,125 mg 2 veces al día	25 mg 2 veces al día para un peso < 85 kg y 50 mg 2 veces al día para un peso ≥ 85 kg
Succinato de metoprolol	12,5-25 mg al día	200 mg al día
INRA		
Sacubitrilo/valsartán	24/26 mg a 49/51 mg 2 veces al día	97/103 mg 2 veces al día
IECA		
Captopril	6,25 mg 3 veces al día	50 mg 3 veces al día
Enalapril	2,5 mg 2 veces al día	10-20 mg 2 veces al día
Lisinopril	2,5-5 mg al día	20-40 mg al día
Ramipril	1,25 mg al día	10 mg al día
ARA		
Candesartán	4-8 mg al día	32 mg al día
Losartán	25-50 mg al día	150 mg al día
Valsartán	40 mg 2 veces al día	160 mg 2 veces al día
Antagonistas mineralocorticoides		
Eplerenona	25 mg al día	50 mg al día
Espironolactona	12,5-25 mg al día	25-50 mg al día

Dosis de inicio y dosis objetivo de GDMT para la IC*³ (cont.)

	DOSIS INICIAL	DOSIS OBJETIVO
Inhibidores SGLT		
Dapagliflozina	10 mg al día	10 mg al día
Empagliflozina	10 mg al día	10 mg al día
Sotagliflozina	200 mg al día	400 mg al día
Vasodilatadores		
Hidralazina	25 mg 3 veces al día	75 mg 3 veces al día
Dinitrato de isosorbida ^a	20 mg 3 veces al día	40 mg 3 veces al día
Combinación de dosis fija de dinitrato de isosorbida/hidralazina ^b	20 mg/37,5 mg (1 comprimido) 3 veces al día	2 comprimidos 3 veces al día
Ivabradina		
Ivabradina	2,5-5 mg 2 veces al día	Se debe ajustar a una frecuencia cardiaca de 50-60 latidos/min Dmáx 7,5 mg 2 veces al día
Estimulador de guanilil ciclasa soluble por vía oral		
Vericiguat	2,5 mg al día	10 mg al día
<p>* Digoxina sigue indicada para la IC-FE_r, pero no hay datos actuales que justifiquen comentarios adicionales en el documento. Se remite al lector a las directrices ya disponibles.</p> <p>^a Mononitrato de isosorbida no está recomendado en la guía de IC del ACC/AHA/HFSA de 2022. ^b La guía de IC del ACC/AHA/HFSA de 2022 considera la combinación a dosis fijas o la combinación por separado de dinitrato de isosorbida e hidralazina como terapia apropiada dirigida por las guías para la IC.</p>		

3



Comorbilidades

- Los pacientes con IC a menudo tienen otras **comorbilidades cardiovasculares y no cardiovasculares**³.
- La presencia de múltiples afecciones crónicas contribuye al **aumento de la carga de síntomas, la progresión de la enfermedad y el incremento en las hospitalizaciones por IC**³.
- **Comorbilidades como la enfermedad renal crónica y la fibrilación auricular tienen relaciones bidireccionales con la IC**, que afectan al uso y la optimización de las terapias para la IC³.
- La **derivación a especialistas con experiencia en comorbilidades** es crucial para la gestión efectiva de la IC³.
- Tres comorbilidades clave en IC son **diabetes, infecciones respiratorias virales y anemia/deficiencia de hierro**³.

Comorbilidades CV y no CV más frecuentes en pacientes con IC-FER³

COMORBILIDADES CV	COMORBILIDADES NO CV
Dislipidemia	Anemia
Enfermedad arterial coronaria	Déficit de hierro (con o sin anemia)
Enfermedad cerebrovascular	Diabetes
Enfermedad vascular periférica	Enfermedad renal crónica
Estenosis aórtica	Hiperpotasemia
Fibrilación/flutter auricular	Malnutrición
Hipertensión	Obesidad
Regurgitación mitral	Trastornos respiratorios del sueño
	Enfermedad pulmonar crónica
	Trastorno tiroideo (hipo- o hiper-)
	Infección vírica

DIABETES³

- La **diabetes está fuertemente asociada con el riesgo de IC** y otros resultados adversos.
- El **tratamiento de la DT2 con inhibidores de SGLT mejora el control glucémico y reduce significativamente los acontecimientos de IC** en pacientes con enfermedad CV establecida o factores de riesgo CV.
- Los inhibidores de SGLT también disminuyen el riesgo de progresión de la enfermedad renal en pacientes con enfermedad renal crónica.

INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES³

- Las **infecciones virales**, como la gripe y COVID-19, pueden influir en gran medida en los resultados de los pacientes con IC.
- Las infecciones virales **afectan el corazón a través de la estimulación simpática** y la liberación de citocinas proinflamatorias.
- La **vacunación contra estas infecciones puede mejorar** significativamente la mortalidad y las hospitalizaciones por IC.

ANEMIA/DÉFICIT DE HIERRO³

- La **anemia** es una de las **comorbilidades no CV más comunes en pacientes con IC**.
- Los **agentes estimulantes de eritropoyetina no han mostrado beneficios para la anemia y pueden aumentar el riesgo de acontecimientos tromboembólicos**, como el accidente cerebrovascular isquémico.
- Los agentes estimulantes de la **eritropoyetina no deben** utilizarse para **tratar la anemia en pacientes con IC**.
- La **reposición de hierro intravenoso mejora la calidad de vida y reduce hospitalizaciones por IC** en pacientes con deficiencia de hierro.
- Se recomienda que, **en pacientes con IC sintomática y deficiencia de hierro**, con o sin anemia, **se considere la reposición intravenosa de hierro para mejorar los síntomas**.

Gestión de principales comorbilidades no CV en IC-FEr³

COMORBILIDAD	ACCIÓN SUGERIDA
Diabetes AR: fuerte EC: fuerte	<ul style="list-style-type: none"> • Consulte con un endocrinólogo • Monitoree creatinina sérica y albuminuria anualmente • Use inhibidor de SGLT para controlar la hiperglucemia • Siga las guías actuales del ACC ECDP para la reducción del riesgo CV en pacientes con diabetes tipo 2, y las recomendaciones de la ADA para el manejo de la diabetes
Enfermedad renal crónica AR: fuerte EC: fuerte	<ul style="list-style-type: none"> • Optimice la terapia de inhibición de SRAA • Use hidralazina/ISDN si no puede utilizar un INRA/IECA/ARA • Trate con inhibidor de SGLT si el filtrado glomerular lo permite • Considere consultar a un nefrólogo
Déficit de hierro (con o sin anemia) AR: fuerte EC: intermedia	<ul style="list-style-type: none"> • Considere la reposición intravenosa de hierro para la mejoría de los síntomas
Anemia AR: moderada EC: débil	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúe causas secundarias • Considere la transfusión en casos graves <p><i>Considere que, en pacientes con IC y anemia, el uso de agentes estimulantes de eritropoyetina es perjudicial</i></p>
Infecciones respiratorias virales AR: fuerte EC: fuerte	<ul style="list-style-type: none"> • Recomiende la vacunación según los Estándares para la Práctica de Inmunización en Adultos

4



Gestión de la complejidad de la IC-FEr

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD³

- Los DSS están siendo reconocidos como factores influyentes en la IC-FEr.
- Los DSS son las circunstancias en las que las personas nacen, se aculturizan, viven, trabajan y envejecen, e incluyen el acceso y calidad de la educación, estabilidad económica, contexto social y comunitario, y acceso y calidad de la atención médica.
- Los métodos para abordar los DSS en la IC-FEr comienzan con la recopilación de datos y la documentación.
- Se recomienda que los médicos discutan los DSS con los pacientes en cada encuentro y documenten los hallazgos en el registro médico.
- Los temas que abordar incluyen nivel educativo, ingresos del hogar, inseguridad alimentaria/nutricional, sistemas de apoyo social, y raza/etnicidad.
- Es importante confirmar los factores de DSS en cada encuentro debido a cambios en las circunstancias sociales.
- Los equipos de atención deben desarrollar estrategias para abordar los DSS y reevaluarlas para un manejo adecuado.
- Los centros pueden comenzar creando repositorios de recursos para pacientes y usarlos según las necesidades identificadas.

TERAPIA MÉDICA DIRIGIDA POR GUÍAS (GDMT)³

- El manejo de la IC-FEr es cada vez más complejo debido a la gran cantidad de objetivos y opciones terapéuticas disponibles.
- La aplicación de ciertos principios rectores puede facilitar la toma de decisiones y fomentar la adherencia a la GDMT, lo que probablemente conduzca a mejores resultados clínicos para los pacientes.

Principios para gestión de GDMT en IC-FEr³

PRINCIPIOS	ACCIONES
Principio 1. La GDMT es la base del cuidado de la insuficiencia cardiaca, y se debe priorizar la GDMT con el mayor beneficio esperado	<ul style="list-style-type: none"> • Los ensayos aleatorizados para la IC-FEr han establecido que INRA, BB basados en evidencia, ARM e inhibidores de SGLT son medicamentos de primera línea para todas las poblaciones • HYD/ISDN son de primera línea para pacientes afroamericanos • Ivabradina es un medicamento de segunda línea • Vericiguat es un medicamento de segunda línea
Principio 2. Las dosis objetivo están asociadas con los mejores resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Intente alcanzar rápidamente las dosis objetivo, a menos que haya contraindicaciones o intolerancia • Titule incluso si el paciente parece estable o mejora en síntomas o EF • Si el paciente no tolera la titulación, considere la derivación a un centro avanzado
Principio 3. Se debe iniciar la GDMT de inmediato y titular durante cada encuentro	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo es completar la iniciación y titulación en 2-3 meses, o antes • Aunque se puede añadir GDMT secuencialmente, en muchos casos es posible comenzar varios agentes simultáneamente, incluso los 4
Principio 4. Se debe priorizar la atención a las barreras clínicas, sociales y financieras para lograr la GDMT	<ul style="list-style-type: none"> • Aborde el sesgo, el racismo estructural y los DSS durante los encuentros • La atención multidisciplinaria debe adaptarse a las barreras individuales de cada paciente • Reevalúe el éxito a nivel de clínica y hospital en intervalos regulares

Principios para gestión de GDMT en IC-FEr³ (cont.)

PRINCIPIOS	ACCIONES
<p>Principio 5. El manejo cuidadoso del estado del volumen reduce los síntomas del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La congestión es un factor clave en los síntomas y hospitalizaciones • Si el estado del volumen no está claro, considere un cateterismo derecho del corazón o la derivación a un especialista en IC
<p>Principio 6. La tolerabilidad y los efectos secundarios dependen, en parte, de cómo y cuándo se prescribe la GDMT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Empeoramiento renal o hiperpotasemia. Las dosis bajas de GDMT pueden ser beneficiosas. Use dosis menores de INRA/IECA/ARA y descontinúe el ARM si la creatinina es < 30 ml/min o el potasio sérico es $> 5,0$ mEq/l. Los inhibidores de SGLT son útiles incluso con baja función renal • Hipotensión sintomática. Puede estar causada por sobrediuresis, medicamentos no CV, disfunción autonómica o administración simultánea de múltiples fármacos para IC. Trate estos factores antes de reducir la dosis de GDMT. Si persiste, derive a un especialista en IC avanzada • Hipopotasemia. Aumente la dosis de ARM (si la función renal lo permite) en lugar de agregar potasio oral
<p>Principio 7. Se deben considerar los DAI y la TRC para la prevención primaria después de, al menos, 3-6 meses de uso constante de dosis óptimas de todas las GDMT, seguido de una reevaluación de la FE y otras indicaciones para terapia con dispositivos</p>	
<p>Principio 8. Se puede considerar la reparación mitral por catéter en pacientes sintomáticos con RM crónica, moderada-grave a grave, a pesar de las dosis óptimas de todas las GDMT</p>	
<p>Principio 9. Hay que centrarse en los síntomas del paciente, su capacidad funcional y función cardíaca</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigile el estado de salud con cuestionarios validados, como el cuestionario de miocardiopatía de Kansas City • La rehabilitación cardíaca puede ayudar a mejorar resultados, reducir hospitalizaciones y aumentar la capacidad aeróbica

Principios para gestión de GDMT en IC-FEr³ (cont.)

PRINCIPIOS	ACCIONES
<p>Principio 10. El valor de una terapia para un paciente es la combinación de beneficios y cargas en relación con sus valores, objetivos y preferencias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La toma de decisiones compartida ayudará a los pacientes y al equipo sanitario a alcanzar el mejor plan de tratamiento para aquellos
<p>Principio 11. La atención basada en el trabajo en equipo es fundamental para optimizar la GDMT, y puede incluir visitas de seguimiento frecuentes, visitas de telesalud y monitorización remota</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilice equipos multidisciplinares que incluyan profesionales de práctica avanzada, y enfermeros clínicos y farmacéuticos para ayudar a ajustar la terapia médica dirigida por guías • La gestión en equipo también facilita evaluaciones en serie y atención a largo plazo, incluyendo el manejo de comorbilidades

5



Cuidados paliativos en IC-FEr

TRANSICIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS EN IC-FEr³

- Los avances médicos ralentizan el progreso de la IC, pero no suelen conducir a la curación, **manteniendo la necesidad de cuidados paliativos**.
- **La mayoría son prestados por especialistas que no se dedican exclusivamente a ellos**, por lo que deben coordinar planes para el final de la vida que reflejen los **valores y deseos del paciente y su familia**.

Principios para gestión de GDMT en IC-FEr³

PRINCIPIOS	ACCIONES
Principio 1. Los cuidados paliativos buscan aliviar el sufrimiento mediante el manejo del dolor y otros síntomas, incorporando aspectos psicológicos y espirituales	<ul style="list-style-type: none"> • El hecho de solicitar objetivos de cuidados y enfocarse en la calidad de vida es esencial a lo largo del proceso clínico de la enfermedad, y se vuelve más relevante a medida que la enfermedad progresa
Principio 2. Una buena gestión de la IC es la piedra angular de la paliación de los síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • El manejo meticuloso de las terapias de la IC –en particular de los agentes diuréticos– es un componente crítico del tratamiento de los síntomas y debe continuar hasta el final de la vida
Principio 3. La consulta de cuidados paliativos y los enfoques adicionales de la atención pueden mejorar aún más los síntomas refractarios de la IC de disnea, fatiga y dolor	<ul style="list-style-type: none"> • La consulta especializada en cuidados paliativos puede ser útil para decisiones especialmente complejas, síntomas refractarios y el final de la vida • Los equipos de cuidados paliativos deben tener experiencia en el tratamiento de los síntomas relacionados y no relacionados con la IC

Principios para gestión de GDMT en IC-FEr³ (cont.)

PRINCIPIOS	ACCIONES
<p>Principio 4. Los pacientes con IC a menudo se enfrentan a decisiones terapéuticas importantes a lo largo del tiempo, y deben recibir apoyo a la hora de sopesar los beneficios y las cargas de cada opción terapéutica</p>	<ul style="list-style-type: none"> Las herramientas de apoyo para la toma de decisiones ayudan a presentar las opciones, lo que facilita conversaciones personalizadas y dinámicas con el paciente
<p>Principio 5. Los debates proactivos sobre la toma de decisiones compartida simplifican las decisiones difíciles en el futuro</p>	<ul style="list-style-type: none"> Las conversaciones de planificación entre pacientes y médicos deben ser anuales e incluir temas como estado clínico, terapias, pronóstico, valores y decisiones de tratamiento Se recomienda discutir la planificación antes de intervenciones importantes, como implantaciones de dispositivos o trasplantes
<p>Principio 6. Se debe considerar la evolución clínica para establecer expectativas y tomar decisiones a tiempo, informando de la incertidumbre sobre el pronóstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> El empeoramiento de la enfermedad y los acontecimientos clave, como hospitalizaciones o intolerancia a la medicación, deberían impulsar una mayor preparación con los pacientes y sus familias, sin estimaciones precisas de tiempo debido a la imprevisibilidad del curso de la IC
<p>Principio 7. La transición a cuidados paliativos suele superarse mediante una fase de «supervivencia de calidad», durante la cual los pacientes sopesan cada vez más los beneficios, riesgos y cargas de iniciar o continuar los tratamientos de soporte vital</p>	<ul style="list-style-type: none"> La revisión del régimen médico para aliviar síntomas y mejorar la calidad de vida puede implicar interrumpir algunas terapias recomendadas, e incluir la adición de terapias no recomendadas habitualmente Estas decisiones deben ser individualizadas y tomadas en colaboración con el paciente, sus cuidadores y su equipo asistencial

Siglas

- ACC:** *American College of Cardiology*
ADA: *American Diabetes Association*
AHA: *American Heart Association*
AR: asociación con resultados de insuficiencia cardiaca
ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II
ARM: antagonistas de los receptores de mineralocorticoides
ASA: ácido acetilsalicílico
BB: betabloqueador
BNP: péptido natriurético cerebral
CV: cardiovascular
DAI: desfibrilador automático implantable
DBE: dosis basadas en la evidencia
Dmáx: dosis máxima
DSS: determinantes sociales de la salud
DT2: diabetes tipo 2
EC: evidencia clínica para modular comorbilidad
ECDP: *Expert Consensus Decision Pathway*
ECG: electrocardiograma
EF: fracción de eyección
FCR: frecuencia cardiaca en reposo
FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo
GC: guanilato ciclasa
GDMT: terapia médica dirigida por guías
HFSA: *Heart Failure Society of America*
HYD: hidralazina
IC: insuficiencia cardiaca
IC-FEc: insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada
IC-FElr: insuficiencia cardiaca con fracción de eyección ligeramente reducida
IC-FEr: insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida
IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
INRA: inhibidores del receptor de la angiotensina

ISDN: dinitrato de isosorbida

iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2

lpm: latidos por minuto

NT-proBNP: fracción N-terminal del péptido natriurético cerebral

NYHA: *New York Heart Association* (clase funcional de la NYHA)

RM: regurgitación mitral

RMC: resonancia magnética cardiaca

SGLT: cotransportadores de sodio-glucosa

SRAA: sistema renina-angiotensina-aldosterona

TRC: terapia de resincronización cardiaca

VI: ventrículo izquierdo

Bibliografía

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al.; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021;42(36):3599-726.
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al.; ESC Scientific Document Group. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2023;44(37):3627-39.
3. Maddox T, Januzzi JL Jr, Allen LA, Breathett K, Brouse S, Butler J, et al. 2024 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Treatment of Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol.* 2024;83(15):1444-88.