

LA ATENCION AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA



- ***Dra. Lissett de la Rosa González/
Medico de Atención Primaria del
Centro de Salud de Villalba pueblo***

INFORME DE ALTA

Aspectos que deben ser recogidos en el Informe de Alta de un paciente dado de alta por IA:

• **Motivo del ingreso y fecha**

• **Antecedentes personales:** Alergias medicamentosas, Factores de riesgo cardiovascular, Antecedentes médicos y quirúrgicos e ingresos previos (fecha ingreso)

• **Situación basal** (Clase funcional NYHA; grado de dependencia)

• **Procedimientos realizados durante el ingreso:** Datos más relevantes de la exploración, Analítica sanguínea: hemograma, bioquímica, péptidos natriuréticos y Técnicas diagnósticas: ECG, Ecocardiograma, radiografía de tórax, otras.

• **Diagnóstico principal** (incluir FEVI, clase funcional al alta, complicaciones durante el ingreso) **y diagnósticos secundarios:** comorbilidades que se consideren

• **Tratamientos del paciente:** Exponer de forma clara y sencilla.

Fármacos IC (diuréticos, betabloqueantes, sacubitrilo/valsartán, IECAS/ARA II, antialdosterónicos, inhibidores SGLT2, ivabradina, vericiguat, digoxina, etc.); Referencia a titulación de dosis hasta dosis objetivo, ajuste de dosis según situación clínica. Referencia a cuándo realizar control analítico, de frecuencia cardiaca, etc. Otros tratamientos farmacológicos.

• **Establecer objetivos terapéuticos específicos:** Recomendaciones sobre ejercicio físico y dieta, Abstención absoluta del tabaco, evitar consumo de alcohol, Vacunación antigripal anual/antineumocócica (en Atención Primaria). FRCV: individualizar en su caso*.

INFORME DE ALTA

1 MOTIVO INGRESO Y FECHA

2 ANTECEDENTES PERSONALES

3 SITUACIÓN BASAL

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____

4 PROCEDIMIENTOS AL INGRESO

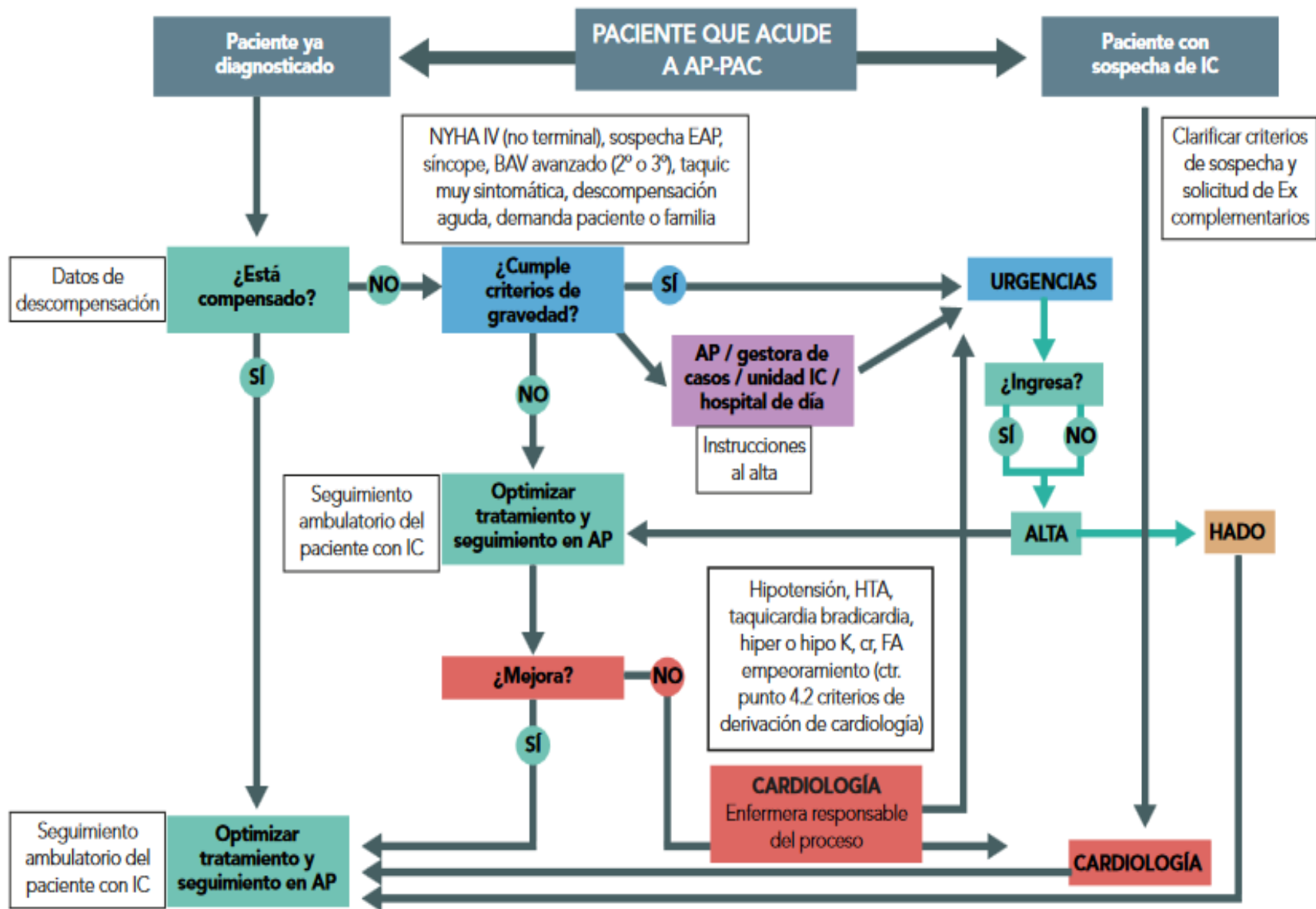
5 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

6 TRATAMIENTOS DEL PACIENTE

7 OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Ruta Asistencial I



RUTA ASISTENCIAL II



Candidatos a seguimiento de IC crónica por Médico de Atención Primaria

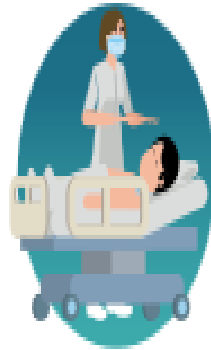
- Situación Funcional I-II.
- Sin descompensaciones IC en el último año (no ha precisado ingreso)
- Tratamiento optimizado (IECA/ARA-II/sacubitrilo-valsartán + Beta- bloqueante + inhibidor SGLT2 ± antialdosterónico. Diuréticos según congestión pulmonar o sistémica)

Candidatos a seguimiento IC crónica por Cardiología y Atención Primaria

- Pacientes con síntomas avanzados o descompensaciones frecuentes.
- Considerar otros tratamientos según evolución/situación clínica: vericiguat, ivabradina, digoxina, anticoagulación si fibrilación auricular, dispositivos frecuentes.
- Cardiopatía estructural que precisa seguimiento específico:
 - Valvulopatía moderada o severa con opciones terapéuticas. Pacientes con prótesis valvulares.
 - Cardiopatía isquémica sintomática o con necesidad de revascularización percutánea o quirúrgica
- Miocardiopatía significativa
- Candidatos o portadores DAI y/o Resincronizador implantado
- Candidatos a Trasplante o dispositivos (mitracclip, asistencias ventriculares, etc.)

TRANSICIÓN AL ALTA Y MANEJO COORDINADO DEL PACIENTE CON IC

1 INTERVENCIÓN INTRAHOSPITALARIA



Paciente hospitalizado



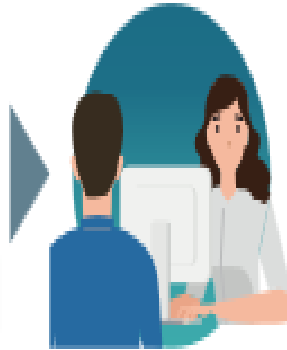
Intervención intrahospitalaria y alta EAH



Contacto de seguridad 24-48 h. EAP

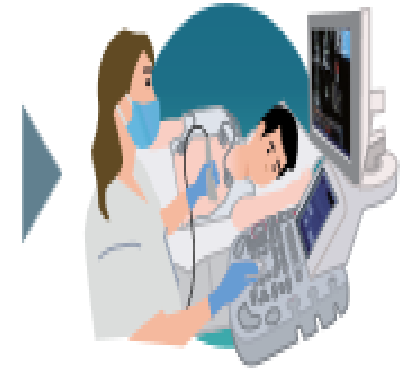


Visita precoz 7-10 días EAP

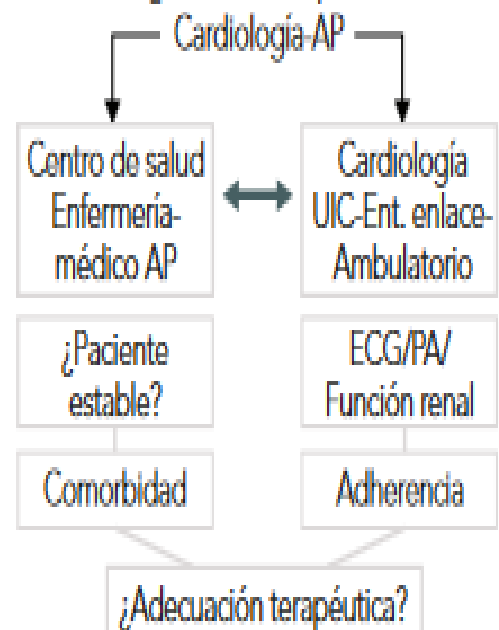


Visita cardiología / UIC 1^{er} mes

3 SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO



Seguimiento compartido



CLAVE DE LAS SIGLAS

EAH: Equipo de atención hospitalaria.

EAP: Enfermería de Atención Primaria.

UIC: Unidad de Insuficiencia Cardiaca

AP: Atención Primaria

PA: Presión Arterial

¿Debemos mantener la clasificación actual en base a la fracción de eyección?



Dr. Antonio García Quintana

A favor

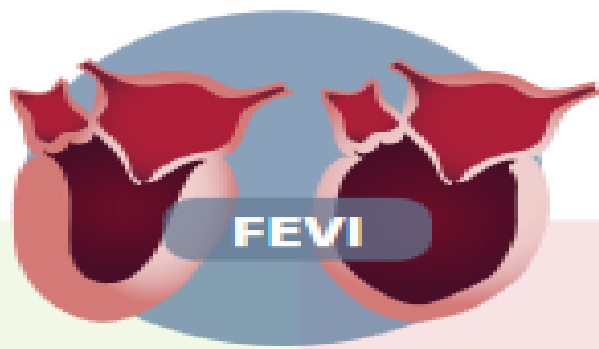
Fácil de estimar por diferentes técnicas de imagen y métodos.
Accesibilidad y ubicuidad.

Los resultados de los ensayos clínicos (basados en la FEVI) han redefinido los puntos de corte (de tres grupos pasamos a dos).



Cuanto menor es la FEVI mayor es el resultado de los fármacos.

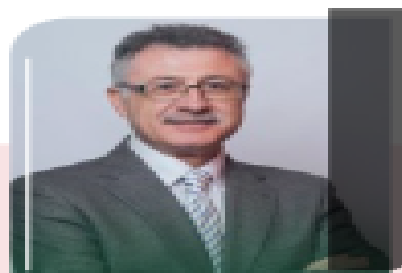
La FEVI es el puente entre el diagnóstico sintromico y la decisión del tratamiento basado en las guías de práctica clínica que modifican pronóstico.



FEVI



VS



Dr. Luis Almenar Bonet

En contra

Variabilidad en la estimación Inter e Intraindividual.



Nuevas técnicas muestran disfunción sistólica con FEVI normal (DT, strain, ...).

No relación directa entre el concepto fisiopatológico de IC y la FEVI.

Algunos fármacos van bien independientemente de la FEVI o en un amplio margen de FEVI.

Definición del valor de FEVI normal y vínculo con normalidad funcional es complejo porque es una variable continua y muy dinámica.

Controversia: Tratamiento IC con FE conservada (¿Igual que FE reducida?)



Dr. Javier Torres Llargo

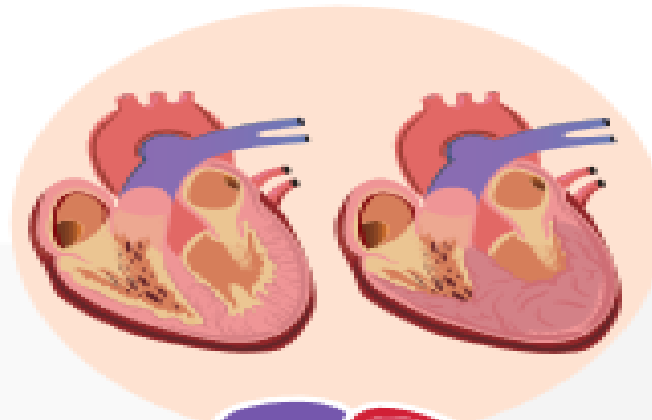
A favor

Los 4 pilares farmacológicos en FE reducida, ¿los utilizo en FE conservada? Qué hacemos en la práctica clínica.

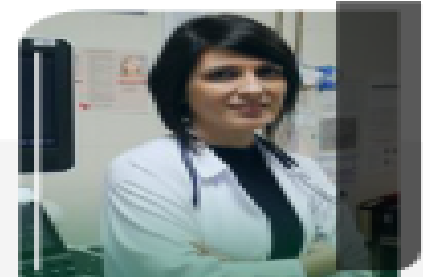
Empagliflozina ha demostrado reducir la mortalidad cardiovascular y hospitalización por insuficiencia cardíaca en pacientes con IC preservada igual que lo hace en reducida.

Existen subgrupos específicos de pacientes con IC FEp que se pueden beneficiar igualmente de terapias indicadas en IC reducida (IECA/ARAII/ARNI, ARM...).

El manejo de la congestión en el paciente con IC es similar en todos, independientemente de la fracción de eyección.



VS



Dra. Raquel Marzoa Rivas

En contra

Actúo en función de la evidencia clínica según las Guías de Práctica Clínica.

La insuficiencia cardíaca con FEV preservada (IC FEVp) es un síndrome complejo y heterogéneo en el que ningún grupo farmacológico ha demostrado reducir la mortalidad.

Conocer los mecanismos fisiopatológicos y la heterogeneidad de fenotipos de la IC FEVp es prioritario para establecer nuevas dianas terapéuticas, desarrollar nuevos tratamientos y realizar una medicina de precisión.

El modelo terapéutico basado en la modulación neurohormonal podría ser beneficioso en algún subgrupo de pacientes con IC FEVp, sin embargo, su indicación no puede generalizarse.

Preguntar activamente por sus actividades respecto al último año

¿Sale a la calle o camina la misma distancia que el año pasado?

¿Sigue haciendo la compra y cargando las bolsas?

¿Puede subir los mismos tramos de escaleras sin fatigarse?

¿Sigue haciendo igual las cosas de la casa?

¿Ha dejado de hacer alguna actividad el último año?

SI

Explorar si hay síntomas precoces de Insuficiencia cardíaca o signos iniciales de congestión

¿Ha ganado peso?

¿Tiene los tobillos hinchados o ingurgitación yugular?

¿Necesita dormir con más almohadas?

SI

Revisar si el paciente toma diurético.

¿Necesita tomar más de 1 comprimido de furosemida/día (o equivalente) para mantener la misma clase funcional?

¿Ha necesitado aumentar la dosis de diurético?

SI

Revisar Ingresos previos o visitas a urgencias por IC en el último año

¿El paciente ha ingresado o visitado urgencias por alguna descompensación de su IC el último año?

SI

Si es posible y accesible, monitorizar péptidos natriuréticos

¿Ha variado el nivel de NT-proBNP de forma sustancial desde la última visita?

SI

Si obtiene cualquier "sí" como respuesta:	
1. Optimizar el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar IECA/ARA II por ARNI (sacubitrilo/valsartán). • Añadir ARM. • Si ritmo sinusal y frecuencia cardíaca ≥ 70 latidos por minutos sin signos congestivos: optimizar Beta-bloqueo y/o añadir ivabradina. • Valorar otras comorbilidades y/o dispositivos.
2. Educación del paciente	<p>Asegurar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación del paciente/cuidador sobre su enfermedad y recomendaciones. • Cumplimiento terapéutico. • Control de cambios en peso y tensión arterial.

Insuficiencia cardíaca

```
graph TD; A[Insuficiencia cardíaca] --> B[Fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida]; A --> C[Fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada o intermedia y sintomático]; B --> D[Asociar tratamiento modificador de pronóstico con manejo de factores de riesgo y tratamiento farmacológico de comorbilidades]; C --> E[El tratamiento se basa exclusivamente en el manejo de los factores de riesgo y en el tratamiento farmacológico de las comorbilidades];
```

Fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida

Asociar tratamiento modificador de pronóstico con manejo de factores de riesgo y tratamiento farmacológico de comorbilidades

Fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada o intermedia y sintomático

El tratamiento se basa exclusivamente en el manejo de los factores de riesgo y en el tratamiento farmacológico de las comorbilidades

Tratamiento modificador del pronóstico
Iniciar todo, lo antes posible, en todos los pacientes

**Inhibidor de la
enzima
convertidora de
angiotensina
(ECA) (I)**

o

**Inhibidor de los
receptores de
neprilisina y
angiotensina
(INRA)**

**sacubitril/
valsartán (I)**
Titular para dosis
máxima tolerada

**Betabloqueantes
(I)**

Titular para dosis
máxima tolerada

**Antagonista
de los receptores
mineralocorticoid
es (ARM) (I)**

Titular para dosis
máxima tolerada

**Inhibidores de
cotransportador
de sodio y
glucosa 2
(iSGLT2)**

(I)
Dapagliflozina
Empagliflozina

Medidas para reducir la hospitalización y mortalidad en pacientes seleccionados

En combinación, si está indicado

Si la fracción de eyección ventrículo izquierdo $\leq 35\%$ y complejo QRS ≤ 130 ms
desfibrilador automático implantable

Si ritmo sinusal y frecuencia cardíaca ≥ 70 lpm
Asociar ivabradina (II)

Si la fibrilación auricular
Digoxina
Anticoagulación
Ablación de venas pulmonares

Si signos de congestión
Diuréticos de asa (I)

Si el ritmo sinusal con bloqueo completo de rama izquierda (BRI)
Evaluación para terapia de resincronización cardíaca:
Teniendo en cuenta si es complejo QRS de 130 a 149ms
Recomendado si es complejo QRS ≥ 150 ms

Si intolerancia a los IECA
Reemplazar con antagonista receptores de angiotensina II (I)

Si ascendencia africana
Considerar dinitrato de isosorbida

Si NYHA II a VI con empeoramiento a pesar de tratamiento con IECA/INRA, betabloqueantes y antagonista de los receptores de mineralocorticoides considerar Vericiguat (estimulador del receptor de guanilato ciclasa soluble)

Si síntomas resistentes

Considerar
Digoxina
Dinitrato de isosorbida
Dispositivo de asistencia ventricular
Trasplante cardíaco

Si intolerancia a fármacos

indicación de revisión para
bloqueadores alfa
Bloqueadores de canales de calcio
Dosis diurética
Psicofármacos

Considerar derivar a cuidados paliativos

Tabla 10 Manejo de las principales comorbilidades en insuficiencia cardíaca en atención primaria

Diabetes	Beneficiosos	ISGLT2
	Neutros	Metformina, IDPP4 (salvo saxagliptina)
	Contraindicados	Glitazonas
Hipertensión arterial	IECA, ARA II, ARM o ARNI	
Enfermedad renal crónica	IECA, ARA II o ISGLT2	
Anemia/déficit de hierro	Carboximaltosa de hierro intravenosa: en pacientes sintomáticos con FEVI < 50% y déficit de hierro	
Depresión	Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS). Inicio a dosis bajas	
Apnea del sueño	Presión positiva continua en vía aérea (CPAP)	

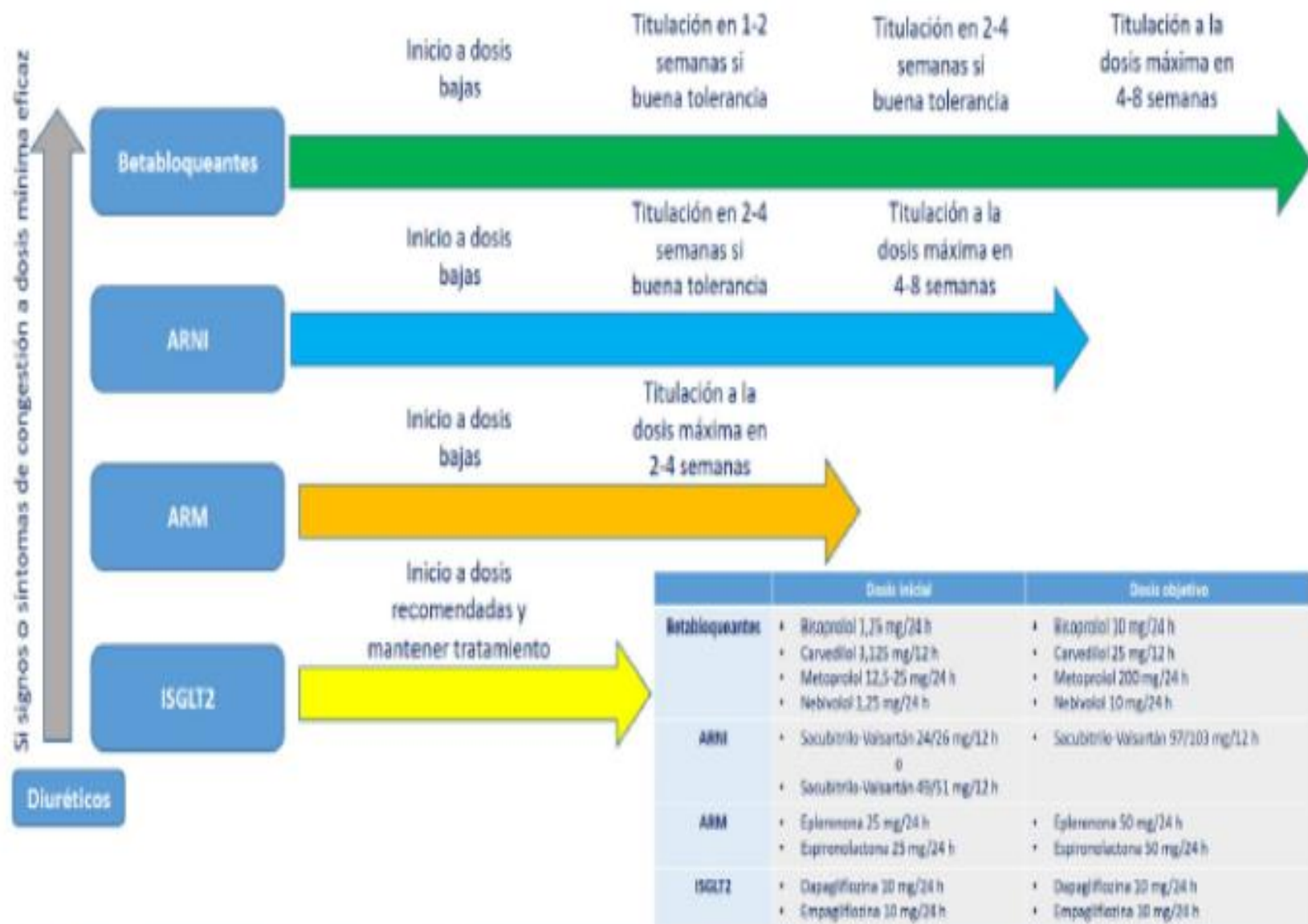
AP: atención primaria; ARA II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; ARM: antagonistas de los receptores mineralocorticoides; ARNI: inhibidor del receptor de angiotensina/nepirilisina; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IDPP4: inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ISGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2;

Modificada de Wagner y Dimmeler⁴.

▶ **TITULACIÓN DE FÁRMACOS**

Se recomienda alcanzar la dosis máxima de fármacos que han demostrado un beneficio clínico o en su defecto la dosis máxima tolerada por el paciente. Para facilitar este objetivo, evitar efectos secundarios y alcanzar la dosis objetivo se recomienda:

- Realizar una analítica basal con función renal e iones (en IECA, ARA-II, ARM, ARNI e iSGLT2).
- Comenzar con la dosis de inicio.
- No subir dosis de dos líneas farmacológicas al mismo tiempo.
- Se realizarán incrementos progresivos de la medicación en función de la tolerancia clínica, hemodinámica y analítica:
 - En pacientes ambulatorios, duplicar la dosis tras al menos dos semanas (siempre individualizar).
 - En pacientes ingresados o estrechamente monitorizados se puede incrementar antes.
- Los iSGLT2 se mantienen con la dosis de inicio, no precisan titulación.
- Explicar al paciente los síntomas que puede esperar.
- Reducir fármacos de otras líneas que puedan ser menos necesarios (diuréticos, nitratos...). Importante reevaluar la necesidad de diuréticos y si es posible suspenderlo.



ARNI: inhibidor del receptor de angiotensina/neprilisina; ARM: antagonistas del receptor de mineralocorticoides; ISGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.

Figura 2 Estrategia de titulación de fármacos en el paciente con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida en atención primaria.

Tabla 11 Estrategia de abordaje de la insuficiencia cardíaca al final de la vida

Objetivo

Mantenimiento de la calidad de vida

Evitar el ensañamiento terapéutico

Mantener un entorno poco hostil (minimizar hospitalizaciones/ no duplicar pruebas)

Organización/ planificación

Atención primaria como eje coordinador del equipo multidisciplinar

Indagar en expectativas, preferencias y creencias del paciente

Disponer de colaboración en el entorno familiar

Informar de la situación clínica/ pronóstico del paciente

Planificar actuaciones anticipándose a las complicaciones

Dejar por escrito pautas de actuación (tratamiento, necesidad o no resucitación cardiopulmonar, desactivación de DAI...)

DAI: desfibrilador automático implantable.

Elaboración propia.

Tabla 12 Control de síntomas más frecuentes en el paciente con insuficiencia cardíaca al final de la vida

Síntomas	Manejo en función de sintomatología del paciente
Edemas	Diuréticos de asa, a menudo vía intravenosa, solos o en combinación con diuréticos tiacídicos Valorar la posibilidad de diuréticos en infusión subcutánea según la disponibilidad en cada zona
Disnea	Intensificar diuresis manteniendo normovolemia; digoxina en IC FEr con ritmo sinusal/considerarla en IC FEr con FA en tratamiento con bloqueadores beta y frecuencia cardíaca > 110 latidos/min Valorar necesidad de oxigenoterapia domiciliaria
Dolor	Paracetamol/opiáceos/fentanilo. Evitar AINE Valorar tratamiento con opiáceos y titulación
Fatiga/debilidad	Descartar/tratar otras etiologías (anemia/alteraciones tiroideas/apnea de sueño/depresión)
Náuseas	Antieméticos/ondasetrón
Estreñimiento	Dieta rica en fibra Laxantes/enemas/desimpactación manual
Confusión/delirio	Indagar causas reversibles Reducir dosis de antihipertensivos si PAS < 100 mm Hg Reorganizar periodos sueño/vigilia. Haloperidol a dosis bajas
Tos	Indagar etiología. Codeína/dextrometorfano cuando fuera preciso

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; IC Fer: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida; PAS: presión arterial sistólica.

■ Clase I
■ Clase IIa

Diuréticos para aliviar los síntomas y signos de congestión
 Si la FEVI ≤ 35% a pesar de TMO o en caso de historia de TV/FV, implante un DAI

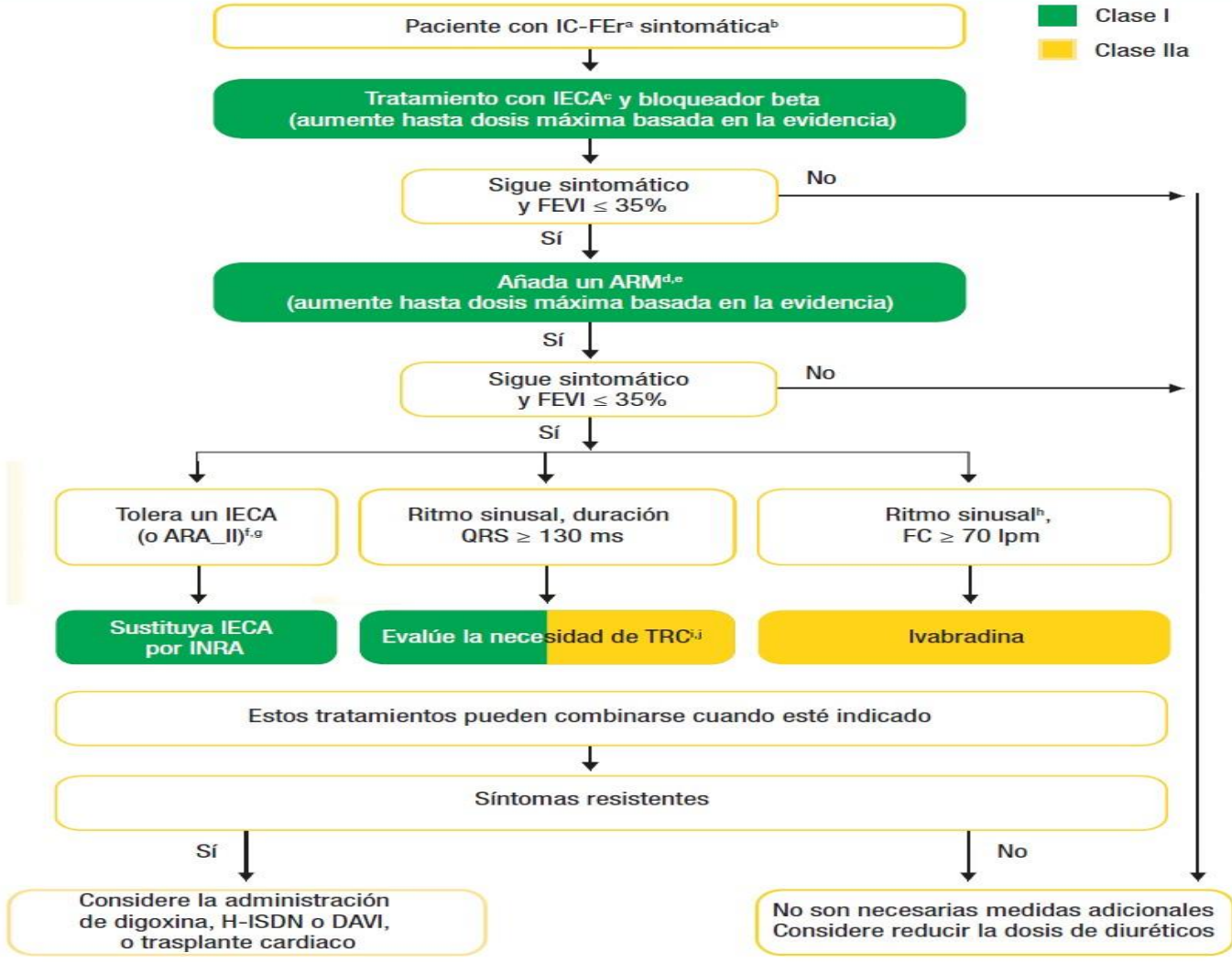


Figura 7.1. Algoritmo de tratamiento para pacientes con insuficiencia cardíaca sintomática y fracción de eyección reducida. El color verde indica una recomendación de clase I; el amarillo indica una recomendación de clase IIa. ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; BNP: péptido natriurético de tipo B; BRI: bloqueo de rama izquierda; DAI: desfibrilador automático implantable; DAVI: dispositivo de asistencia ventricular izquierda; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; FV: fibrilación ventricular; IC: insuficiencia cardíaca; IC-FER: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; FC: frecuencia cardíaca; H-ISDN: hidralazina y dinitrato de isosorbida; INRA: inhibidor de neprilisina y el receptor de la angiotensina; NT-proBNP: fracción N-terminal del propéptido natriurético cerebral; NYHA: clase funcional de la *New York Heart Association*; RM: receptor de mineralocorticoides; TMO: tratamiento médico óptimo; TRC: terapia de resincronización cardíaca; TV: taquicardia ventricular.

^aIC-FER: FEVI < 40%.
^bSintomático: NYHA II-IV.
^cEn caso de intolerancia o contraindicación a IECA, utilice un ARA-II.
^dEn caso de intolerancia o contraindicación a ARM, utilice un ARA-II.
^eCon ingreso hospitalario por IC en los últimos 6 meses o con péptidos natriuréticos elevados (BNP > 250 pg/ml o NT-proBNP > 500 pg/ml en varones y 750 pg/ml en mujeres).
^fCon péptidos natriuréticos plasmáticos elevados (BNP ≥ 150 pg/ml o NT-proBNP plasmático ≥ 600 pg/ml) u hospitalización por IC en los últimos 12 meses con BNP plasmático ≥ 100 pg/ml o NT-proBNP plasmático ≥ 400 pg/ml.
^gEn dosis equivalentes a enalapril 10 mg/12 h.
^hCon un ingreso por IC en el año anterior.
ⁱLa TRC está recomendada si QRS ≥ 130 ms y BRI (en ritmo sinusal).
^jSe debe considerar la TRC si QRS ≥ 130 ms sin BRI (en ritmo sinusal) o en pacientes con FA siempre que se disponga de captura biventricular (decisión individualizada). Para más información, consulte las secciones 7 y 8 y las páginas correspondientes del anexo.

Decálogo de puntos clave en el manejo de la Insuficiencia cardíaca en Atención Primaria

1. Prevención



Control de FRCV

2. Diagnóstico precoz



3. Detección de pacientes "falsamente" estables

Preguntas activas

1. Empeoramiento de clase funcional.
2. Signos/síntomas de congestión.
3. Necesidad/aumento de diuréticos.
4. Ingresos por IC.
5. Valores de péptidos natriuréticos.

4. Tratamiento óptimo individualizado



5. Uso adecuado de diuréticos

Dosis mínima eficaz hasta alcanzar euvolemia.

6. Educación del paciente y/o cuidador

- Hábitos de vida
- Adherencia terapéutica
- Constantes: peso, presión arterial y frecuencia cardíaca

7. Manejo óptimo de comorbilidades



8. Seguimiento mixto presencial-telefónico

1. Individualizar secuencia.
2. Detectar necesidad de visita presencial/domiciliaria/telemática.

9. Trabajo en equipo multidisciplinar



10. Atención al final de la vida

1. Planificación anticipada de decisiones.
2. Control de síntomas.
3. Valorar necesidad de vía subcutánea.
4. Cuidados al cuidador.

PACIENTE CON
INSUFICIENCIA
CARDIACA

ATENCIÓN PRIMARIA

CARDIOLOGÍA + AP

EMPEORAMIENTO

Situación funcional NYHA I-II
Sin empeoramiento en el último año
Tratamiento optimizado

Revisión médica cada 3-6 meses
Revisión enfermería cada 3-6 meses

Paciente clase funcional III-IV
Paciente con empeoramientos frecuentes
Cardiopatía compleja
Paciente con dispositivos cardíacos

Revisión cada 3-6 meses
Revisión cada 4 semanas si alto riesgo

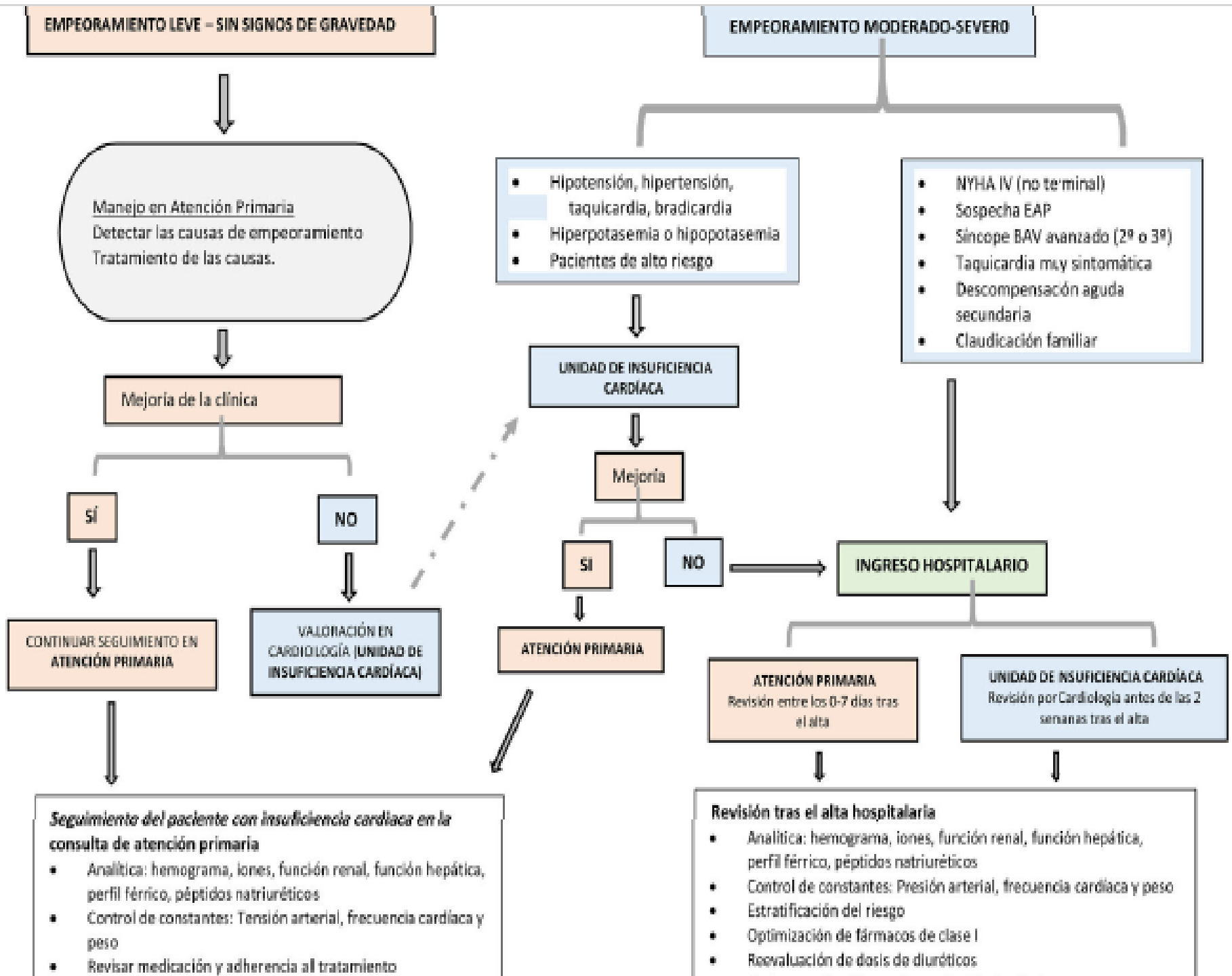
Signos de empeoramiento:

Aumento de peso 2 Kg/ 3 días o 3 Kg/sem
Edemas tobillos
Disminución diuresis
Díscnea con menor esfuerzo o en reposo
Ortopnea
Tos irritativa y persistente sobre todo al estar acostado
Dolor torácico, cansancio, mareo

NO

SI

NO



Propuesta de derivación
Consultar criterios hospitalarios del área de referencia

Insuficiencia cardíaca de nuevo

Confirmada por ecocardiograma

Fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida o ligeramente reducida

Derivar a la consulta de cardiología

Si la edad es >70 años y alta fragilidad

Considerar hacer derivación a consulta geriatría o medicina interna

Fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada

Dos o más visitas al departamento de emergencias u hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca en los últimos 12 meses
o
Comorbilidades significativas

Derivar a la consulta de medicina interna

CONCLUSIONES

- 1. El manejo de la IC debe tener una visión multidisciplinar que incluya la educación y el autocuidado del paciente y cuidador principal, la rehabilitación cardíaca y los programas de gestión transversal que aborden la coordinación, tanto intrahospitalaria como ambulatoria con atención primaria.*
- 2. La detección y el tratamiento de las etiologías y comorbilidades cardiovasculares y no cardiovasculares es fundamental en el abordaje de la IC, en todo el espectro de fracción de eyección (preservada, reducida y ligeramente reducida).*
- 3. ARNi/IECA, betabloqueantes, antagonistas de la aldosterona e inhibidores de la SGLT2 son los fármacos de primera línea para el tratamiento de los pacientes con ICFE reducida, y para todos los subgrupos de pacientes.*

CONCLUSIONES

- 4. En pacientes con ICFE reducida se ha de intentar alcanzar las dosis objetivo de todos los fármacos recomendados en ausencia de contraindicaciones y/o intolerancia, incluso si el paciente parece estable y/o la FE mejora.*
- 5. El perfil hemodinámico de cada paciente (frecuencia cardíaca, función renal y presión arterial) es clave en la introducción y optimización de dosis de los fármacos para la IC .*
- 6. Los dispositivos (DAI, terapia de resincronización) deben indicarse cuando el paciente se considere optimizado desde el punto de vista farmacológico.*
- 7. Se asume que el tratamiento farmacológico de los pacientes con ICFE ligeramente reducida es similar al de la ICFE reducida.*
- 8. Los inhibidores de la SGLT2 constituyen el primer grupo farmacológico en lograr reducir el objetivo final compuesto de mortalidad cardiovascular u hospitalización por IC en pacientes con ICFE preservada*

ANEXOS

Diabetes



Miocardiopatía



Hipertensión



Válvulas Anormales



Infarto



Antecedentes Familiares



Betabloqueantes	Carvedilol*	3,125 mg 2id	25 mg 2id
	Bisoprolol#	1,25 mg id	10 mg id
	Nebivolol\$	1,25 mg id	10 mg id
Inhibidores de los receptores de neprilisina y angiotensina (INRA)	Sacubitrilo/valsartán	24 a 49/26 a 51 mg 2id	97/103 mg 2id
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides (ARM)	Espironolactona	12,5 mg id [†]	50 mg id [†]
	Eplerenona^Δ	25 mg id [†]	50 mg id [†]
Inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa² (iSGLT2)	Dapagliflozina	10 mg id	10 mg id
	Empagliflozina	10 mg id	10 mg id

Clase	Fármaco	Dosis inicial	Dosis habitual
Diuréticos de asa	Furosemida	20 a 40 mg id	40 a 240 mg 1 a 3id
	Torasemida	5 a 10 mg id	10 a 20 mg id
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	25 mg id	12,5 a 100 mg id
	Metolazona	2,5 mg id	2,5 a 10 mg id
	Indapamida	2,5 mg id	2,5 a 5 mg id
Diuréticos ahorradores de potasio	Espironolactona o eplerenona^Δ	50 mg id o 12,5 a 25 mg si se asocia a IECA o ARA II [§]	100 a 200 mg 1 a 2id o 50 mg si se asocia a IECA o ARA II [§]
	Amilorida[¶]	5 mg id o 2,5 mg si se asocia a IECA/ARA II	10 a 20 mg 1 a 2id o 5 a 10 mg si se asocia a IECA/ARA II
	Triamtereno[¶]	50 mg id o 25 mg si se asocia a IECA/ARA II	200 mg 1 a 2id o 100 mg si se asocia a IECA/ARA II

Clase	Fármaco	Dosis inicial	Dosis objetivo/ mantenimiento
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	Captopril	6,25 mg 3id	50 mg 3id
	Enalapril	3,5 mg 2id	10 a 20 mg 2id
	Ramipril	2,5 mg id	10 mg id
	Lisinopril	2,5 a 5 mg id	20 a 35 mg id
	Trandolapril	0,5 mg id	4 mg id
Antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II)	Candesartán	4 mg id	32 mg id
	Valsartán	40 mg 2id	160 mg 2id
	Losartán	50 mg id	150 mg id

Inhibidores del canal I_f	Ivabradina	2,5 a 5 mg 2id	7,5 mg 2id
Estimulador de receptores guanilato ciclasa	Vericiguat	2,5 mg id	10 mg id
Digoxina		0,0625 mg id	0,25 mg id
Hidralazina/dinitrato de isosorbida		37,5/20 mg 3id	75/40 mg 3id