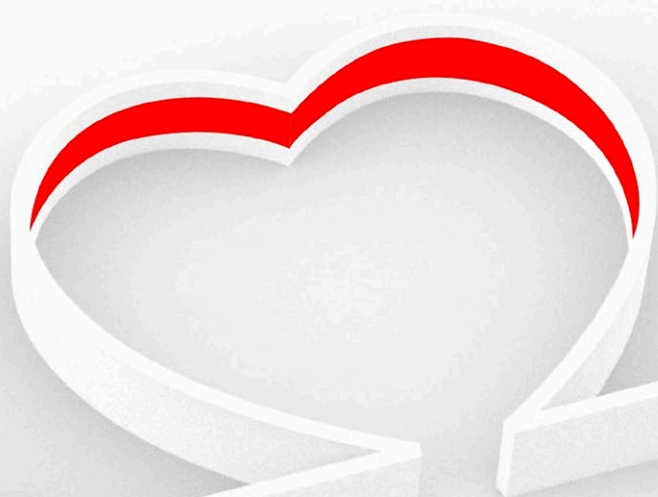


# TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA: UNA APROXIMACIÓN PRÁCTICA



**Dr. Carlos Escobar Cervantes**

Médico adjunto del Servicio de Cardiología.  
Coordinador de consultas externas  
de cardiología y continuidad asistencial.

*Hospital Universitario La Paz. Madrid*

La insuficiencia cardiaca (IC) se asocia con un alto riesgo de morbilidad, mortalidad y un elevado uso de recursos sanitarios<sup>1</sup>. Aunque la prevalencia actual de IC se sitúa en torno al 1-3%, esta cifra sin duda va a aumentar en los próximos años<sup>2</sup>. La fisiopatología de la IC es compleja e involucra diferentes sistemas neurohormonales, sobre los que se debe actuar de manera temprana para reducir las consecuencias de la IC<sup>3</sup>.

Por ello, en este material proponemos diferentes elementos que faciliten el tratamiento integral de los pacientes con IC, con un enfoque eminentemente práctico, con el objetivo de permitir la implementación precoz y segura de los tratamientos farmacológicos que han demostrado disminuir la progresión de la IC.

## Aspectos prácticos en el manejo de fármacos para la insuficiencia cardiaca

	INICIO	CÓMO EMPLEAR	POSIBLES PROBLEMAS	CONTRAINDICACIONES
<b>Inhibidores de la neprilisina y del receptor de la angiotensina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulatorio en pacientes estables</li> <li>Antes del alta hospitalaria (tras estabilización y alivio de la congestión)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprobar función renal y electrolitos</li> <li>Comenzar a dosis bajas <ul style="list-style-type: none"> <li>En pacientes con presión arterial sistólica 100-110 mmHg, sin tratamiento previo con IECA/ARA II o FGe 30-60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, comenzar con 24/26 mg bid</li> </ul> </li> <li>Doblar la dosis a intervalos no menores de 2 semanas de forma ambulatoria</li> <li>Intentar alcanzar la dosis objetivo, o al menos la dosis máxima tolerada</li> <li>Bioquímica sanguínea (urea, creatinina, potasio) de control tras 1-2 semanas tras el inicio o a las 1-2 semanas tras titulación final</li> <li>Considerar reducir la dosis de diurético si apropiado</li> <li>Posteriormente, realizar bioquímica sanguínea tras cada 4 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Hipotensión asintomática:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Usualmente no requiere ningún cambio</li> </ul> </li> <li><b>Hipotensión sintomática:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si es mareo ligero, usualmente mejora con el tiempo</li> <li>Reconsiderar el empleo de otros vasodilatadores</li> <li>Si no hay congestión, considerar reducir dosis de diuréticos</li> </ul> </li> <li><b>Tos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Descartar causa respiratoria</li> <li>Excluir edema pulmonar</li> <li>Si produce síntomas limitantes, valorar cambiar a ARA II</li> </ul> </li> <li><b>Empeoramiento de la función renal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es esperable un ligero empeoramiento al inicio del tratamiento, que, si es pequeño y asintomático, no es necesaria ninguna acción</li> <li>Una reducción de FGe de hasta ≤30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> es aceptable</li> <li>Si la urea o la creatinina aumentan excesivamente, considerar la interrupción de fármacos nefrotóxicos concomitantes (AINE)</li> <li>En caso de incrementos mayores, a pesar del ajuste de medicaciones concomitantes, reducir a la mitad la dosis de sacubitrilo-valsartán y realizar nueva bioquímica sanguínea en 1-2 semanas</li> <li>Si FGe &lt;30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, interrumpir tratamiento con sacubitrilo-valsartán</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antecedentes de angioedema</li> <li>Estenosis arteria renal bilateral</li> <li>Embarazo</li> <li>Alergia</li> <li>FGe &lt;30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup></li> <li>Síntomas de hipotensión o presión arterial sistólica &lt;90 mmHg</li> </ul>
<b>Antagonistas de la aldosterona</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulatorio</li> <li>Antes del alta hospitalaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprobar función renal y electrolitos</li> <li>Comenzar a dosis bajas</li> <li>Considerar titular a las 4-8 semanas</li> <li>Bioquímica sanguínea de control a la 1 y 4 semanas de comenzar/aumentar la dosis, y posteriormente tras 8 y 12 semanas; 6, 9, y 12 meses; luego cada 4 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Empeoramiento de la función renal y/o hiperpotasemia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si potasio &gt;5,5 mmol/L o creatinina aumenta a 2,5 mg/dL/FGe &lt;30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, reducir a la mitad y monitorizar estrechamente la bioquímica sanguínea</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si potasio &gt;6,0 mmol/L o creatinina aumenta a 3,5 mg/dL/FGe &lt;20 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, suspender el antagonista de la aldosterona</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alergia</li> </ul>
<b>Betabloqueantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulatorio en pacientes estables</li> <li>Antes del alta hospitalaria (tras estabilización y alivio de la congestión)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comenzar con dosis bajas en situación estable</li> <li>Doblar la dosis a intervalos no menores de 2 semanas</li> <li>Intentar alcanzar la dosis objetivo, o al menos la dosis máxima tolerada</li> <li>Monitorizar la FC, PA y el estado clínico (congestión)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Empeoramiento de los signos o síntomas (disnea, fatiga, edema, ganancia de peso):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si aumenta la congestión, incrementar la dosis de diurético o reducir a la mitad la dosis de betabloqueantes (si falla, aumentar la dosis de diuréticos)</li> <li>En caso de fatiga marcada (o bradicardia), reducir la dosis a la mitad (raramente es necesario suspender). Revisar al paciente en 1-2 semanas</li> <li>Si deterioro importante, reducir la dosis de betabloqueantes o interrumpir (raramente necesario)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Bradicardia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si &lt;50 lpm y empeoramiento de síntomas, reducir la dosis a la mitad, o suspender si el deterioro es grave</li> <li>Revisar la necesidad de otros fármacos bradicardizantes, como digoxina, ivabradina, amiodarona, diltiazem, o verapamilo</li> <li>Realizar ECG para excluir bloqueo cardíaco</li> </ul> </li> <li><b>Hipotensión asintomática:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Usualmente no requiere ningún cambio</li> </ul> </li> <li><b>Hipotensión sintomática:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si es mareo ligero, y presenta hipotensión, reconsiderar el empleo de otros fármacos como nitratos, antagonistas del calcio u otros vasodilatadores</li> <li>Si no hay congestión, considerar reducir dosis de diuréticos</li> </ul> </li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bloqueo AV de segundo o tercer grado</li> <li>Isquemia crítica de las piernas</li> <li>Asma (contraindicación relativa para los cardioselectivos). EPOC no es contraindicación</li> <li>Alergia</li> </ul>
<b>Inhibidores de SGLT2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulatorio</li> <li>Antes del alta hospitalaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprobar función renal antes del inicio y monitorizar regularmente. Puede haber un empeoramiento al inicio del FGe, si bien son fármacos nefroprotectores</li> <li>Monitorizar la glucemia, en particular en los diabéticos. Considerar la modificación de otros fármacos antidiabéticos</li> <li>Identificar los factores de riesgo que predisponen a la cetoadicidosis y tratar de corregirlos en la medida de lo posible</li> <li>Monitorizar el balance hídrico regularmente, en particular cuando el paciente está tomando diuréticos, es anciano y/o frágil. Considerar el ajuste de diuréticos o la ingesta hídrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Infecciones genitourinarias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los pacientes deberían monitorizarse en el caso de síntomas o signos compatibles con infecciones genitourinarias por hongos</li> </ul> </li> <li><b>Hipoglucemia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Otros fármacos antidiabéticos, en particular la insulina y/o sulfonilureas, pueden predisponer a la hipoglucemia. En este caso, la estrategia de fármacos antidiabéticos debería modificarse</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Deshidratación, hipotensión fallo renal prerrenal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los inhibidores de SGLT2 pueden intensificar la diuresis, en particular en tratamiento concomitante con sacubitrilo-valsartán y diuréticos</li> <li>Debe monitorizarse el balance hídrico (dosis de diurético e ingesta hídrica) para evitar la deshidratación, la hipotensión sintomática y el fallo renal prerrenal</li> <li>Los pacientes ancianos y frágiles tienen un riesgo más elevado de presentar estas complicaciones</li> </ul> </li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alergia</li> <li>Embarazo FGe &lt;20 mL/min/1,73 m<sup>2</sup></li> <li>Síntomas de hipotensión o presión arterial sistólica &lt;95 mmHg</li> <li>La diabetes tipo 1 no es una contraindicación absoluta, pero aumenta el riesgo de cetoadicidosis</li> </ul>

**ARA II:** antagonistas de los receptores de angiotensina II; **AV:** auriculoventricular; **bid:** dos veces al día; **EPOC:** enfermedad pulmonar obstructiva crónica; **FC:** frecuencia cardiaca; **FGe:** filtrado glomerular estimado; **IECA:** inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; **PA:** presión arterial; **SGLT2:** cotransportador de sodio y glucosa tipo 2.

Modificada de McDonagh TA, et al.<sup>4</sup>

# Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida

## Tratamiento primordial

- INRA<sup>^</sup>
- Betabloqueantes\*
- Antagonistas aldosterona\*\*
- iSGLT2\*\*\*

<sup>^</sup>IECA en caso de que no sea posible.

\*Carvedilol, bisoprolol, succinato metoprolol, nebivolol.

\*\*Eplerenona, espironolactona.

\*\*\*Dapagliflozina, empagliflozina.

### Objetivo:

inicio y titulación en 1 mes  
(hasta 3 en pacientes frágiles)

### Comienzo precoz:

- Paciente hospitalizado: durante ingreso
- Paciente ambulatorio: en el momento del diagnóstico

Diuréticos  
(mínima dosis necesaria)  
si síntomas congestivos

## Optimización tratamiento

### Vericiguat

Descompensación reciente  
(ingreso o diuréticos iv),  
que persiste sintomático

### Ivabradina

FC  $\geq 70$  lpm,  
RS a pesar de betabloqueantes,  
que persiste sintomático

### Hierro iv

Considerar en caso de déficit  
de hierro

**FC:** frecuencia cardiaca; **IECA:** inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; **INRA:** inhibidor de la neprilisina y del receptor de la angiotensina; **iSGLT2:** inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2; **iv:** intravenoso; **RS:** ritmo sinusal. Modificada de: Maddox TM, et al.<sup>5</sup> y McDonagh TA, et al.<sup>4,6</sup>.

1. Cândida F, Rui B, Franco F, Moura B, Pimenta J, Moraes Sarmiento P, et al. Worsening heart failure: progress, pitfalls, and perspectives. *Heart Fail Rev.* 2025 Feb 20. 2. Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res.* 2023;118(17):3272-3287. 3. Esteban Fernández A, Recio Mayoral A, González Franco A, Núñez Villota J, Mirabet S, Rubio Gracia J, et al. Optimizing the management of patients with worsening heart failure: beyond heart failure hospitalization. *Expert Opin Pharmacother.* 2023;24(6):705-13. 4. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2021;42:3599-726. 5. Maddox TM, 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. *J Am Coll Cardiol.* 2024;83(15):1444-88. 6. 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: Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail.* 2024;26(1):5-17.



# ELECOR<sup>®</sup>, DE ELECCIÓN ENTRE LOS ARM PARA LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA (ICr)

Un tratamiento de **primera línea**  
para pacientes con insuficiencia  
cardíaca crónica<sup>1,2</sup>



Accede  
a la Ficha Técnica  
de Elecor<sup>®</sup>

PRESENTACIONES Y P.V.P. (IVA):

ELECOR<sup>®</sup> 25 mg comprimidos recubiertos con película x  
30 comprimidos: 26,68 €, ELECOR<sup>®</sup> 50 mg comprimidos  
recubiertos con película x 30 comprimidos: 53,34 €.

Condiciones de prescripción y dispensación: Con receta  
médica. Aportación Reducida. Bajo licencia Pfizer.

FECHA DE ELABORACIÓN DEL MATERIAL: Noviembre de 2025.

**ARM:** antagonistas del receptor de mineralocorticoides.

**ICC:** insuficiencia cardíaca crónica.

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, *et al.* 2021. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J.2021;42(36):3599-726.

2. Elecor<sup>®</sup>. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Centro de Información del Medicamento. Fecha de acceso: noviembre 2025.  
Disponible en: [https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/66756/FT\\_66756.pdf](https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/66756/FT_66756.pdf).