

ÚS PRÀCTIC DELS NOUS I ANTICS FÀRMACS



E. Borreguero Guerrero
EAP Torreforta

Índex:

- Objectius generals del tractament
- Tractament segons NYHA
- Diürètics
- IECA
- Betablocadors
- Espironolactona
- Eplerenona
- ARA-II
- Digoxina
- Hidralazina i nitrats
- Tractament en fase terminal



Objectius generals del tractament (I):

- Prevenció...
 - del desenvolupament Insuf. Cardíaca.
 - de l'evolució d'una cardiopatia a Insuf. Cardíaca.
 - Tractament precoç de factors de risc.

Objectius generals del tractament (II):

- Disminució morbimortalitat...
 - Augment de supervivència.
 - Millora dels símptomes.
 - Millora de la qualitat de vida.
 - Disminució ingressos.

Tractament segons NYHA:

	Tractament estàndard	Afegir segons símptomes
NYHA I	IECA (ARA-II) Betablocadors	Diürètics
NYHA II	IECA (ARA-II) Betablocadors	Diürètics ARA-II o digitàlics si simptomàtics
NYHA III	IECA (ARA-II) Betablocadors Espironolactona ARA-II si intol a espironol.	Diürètics ARA-II o digitàlics si simptomàtics
NYHA IV	IECA (ARA-II) Betablocadors Espironolactona ARA-II si intol a espironol.	Diürètics ARA-II o digitàlics si simptomàtics

Diürètics (I):

- Claus pel tractament simptomàtic.
- Són adjuvants.
- Associar-los a IECA sempre.
- S'utilitzen per retenció hidrosalina i efectes secundaris de IECA i Betablocadors.
- Milloria ràpida de congestió pulmonar.
- Iniciar a dosis baixes i ajustar segons clínica.
- Controls analítics.

Diürètics (II):

- TIAZIDES:

Actuen a la nefrona distal.

No recomanats si Cl. Creat <30 mg/dL.

Recomanats si congestió lleu i funció renal conservada.

Diürètics (III):

- DE NANSÀ:

Actuen a la nansa de Henle.

No tenen efecte sastre.

Útils en insuf. Renal.

Mantenir dosi mínima en pacients asimptomàtics.

Diürètics (IV):

- Resistència als diürètics:
Disminució absorció intestinal.
Augment ingesta NaCl.
Hipertròfia nefrona distal.
Tractament amb AINEs.

Diürètics (VI):

- Augment eficàcia:

Associar diferents mecanismes d'acció.

Pautar-los diverses vegades al dia.

Decúbit després de pendre'ls.

Via iv.

IECA (I):

- Disminueixen mortalitat i hospitalitzacions.
- Tt inicial en Insuf. Cardíaca sense retenció/congestió.
- Si hi ha congestió: IECA+DIU.
- Iniciar a dosis baixes fins dosis diana.
- Evitar estalviadors de K.

IECA (II):

- Risc per l'ús de IECA:

Creatinina $> 1,7$ mg/dL.

K > 5 mEq/L.

Na < 130 mEq/L.

TAs < 90 mmHg.

Dosis altes DIU.

Hipovolèmia.

Dosis altes vasodilatadors.

Estenosi art. Renal.

Ancià fràgil.

Sospita estenosi Ao.

IECA (III):

- Control creatinina, urea i ions (a la setmana i 2 setmanes després increment dosi, als 3 m i c/6m).

IECA (IV):

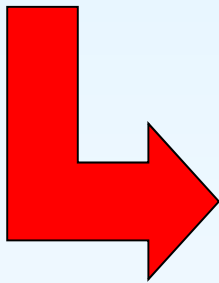
- Efectes adversos:

Hipotensió

Tos

Angioedema

Deteriorament funció renal



Lleugers canvis són esperables.

Creat>2,5 i/o K>5,5 → retirar IECA.

Incrementos menors retirar fàrmacs nefrotòxics, si no millora baixar dosi IECA i si no millora suspendre IECA i revalorar.

Betablocadors (I):

- Milloren funció sistòlica i contractilitat.
- Augmenten supervivència i disminueixen ingressos en IC sistòlica.
- Associats a IECA + DIU, redueixen mortalitat total i hospitalitzacions.
- Milloren la classe funcional.
- 20-30% pacients empitjoren símptomes.

Betablocadors (II):

- Pautar-los a pacients clínicament estables amb NYHA II-IV.
- >70 anys → nebivolol.
- Preferiblement associats a IECA (ARA-II)+DIU.
- Iniciar dosis mínima i doblar la dosi a les 2 setmanes (fins dosi diana o màxima tolerada).

Betablocadors (III):

- Monitoratge:

Control de FC, TA, signes congestió, hipotensió i augment de pes.

Control analític a les 2 setmanes d'inici i al final de la dosi màxima tolerada o diana.

Betablocadors (IV):

- Efectes adversos:

Empitjorament clínic (congestió/astènia).

FC <50bpm.

Hipotensió .

Empitjorament claudicació.

Malsons.

Disfunció sexual.

Espironolactona (I):

- Antagonista de aldosterona.
- Disminueix mortalitat en classe III-IV.
- Afegir-la a tots els pacients amb IC sistòlica grau III-IV.
- Iniciar a dosis baixes i augmentar la dosia les 2 setmanes.

Espironolactona (II):

- Control analític a la setmana, al mes, als 3 mesos i als 6 mesos, després semestral.
- Si creat $> 2,5$ mg/dL i/o K $> 5,5 \rightarrow$ STOP.
- Si K entre 5-5,5 o creat. fins 2,5, valorar interaccions i reduir la dosis a la meitat i control analític, si persisteix $\rightarrow$ STOP.

Eplerenona (I):

- Inhibidor aldosterona.
- Menys afinitat per receptors androgènics.
- Augmenta supervivència i disminueix reingressos en IC simptomàtica (o diabètics assintomàtics) amb FE < 40% post-IAM.
- Iniciar als 3-14 dies post-IAM.

Eplerenona (II):

- Iniciar 25 mg /dia i augmentar en 4 setmanes.
- Control analític a la setmana i al mes d'inici.
- Si $K > 6$ mmol/L suspendre.

ARA-II:

- No estimulen stma. de quinines.
- Pautar-los si intolerància o efectes secundaris als IECAs.

Digoxina (I):

- Millora símptomes i redueix ingressos.
- Afegir-la a Tt habitual si persisteixen símptomes.
- Precaució en dones (amb IC en ritme sinusal).
- Valorar funció renal i K prèviament.
- Controls al mes, si sospitem toxicitat, incompliment, insuf. renal o fàrmacs que interaccionen.

Digoxina (II):

- Si Betablocadors+ digoxina i bradicàrdia→baixar dosis digoxina.
- Intoxicació:

Digoxinèmia > 2ng/mL

Manifestacions: cardíques (bradicàrdia, blq node AV), gastrointestinals, neurològiques, visuals.

Hidralazina i nitrats :

- Augment supervivència i disminució mortalitat.
- Per pacient amb IECA/ARA-II contraindicats.
- Inici a dosis mínimes
- Vigilar si edat >65 anys i/o insuf. Renal.

Tractament en fase terminal (I):

- Identificació MACA: NECPAL +

- Insuf. Cardíaca NHYA estadi III-IV o valvulopatia severa o malaltia coronària no revascularitzable.
- Dispnea o angina de repòs o mínims esforços.
- Síntomes físics o psicològics de difícil maneig malgrat tractament òptim.
- FE <30% o HTAP severa.
- Insuf. Renal associada (FG <30L/min).
- Ingressos hospitalaris amb símptomes d'Insuf. Cardíaca/cardiopatia isquèmica recurrents (>3 l'últim any).

- Fàrmacs:

Morfina, diazepam i O2

eborreguero.tarte.ics@gencat.cat



GRÀCIES!!