

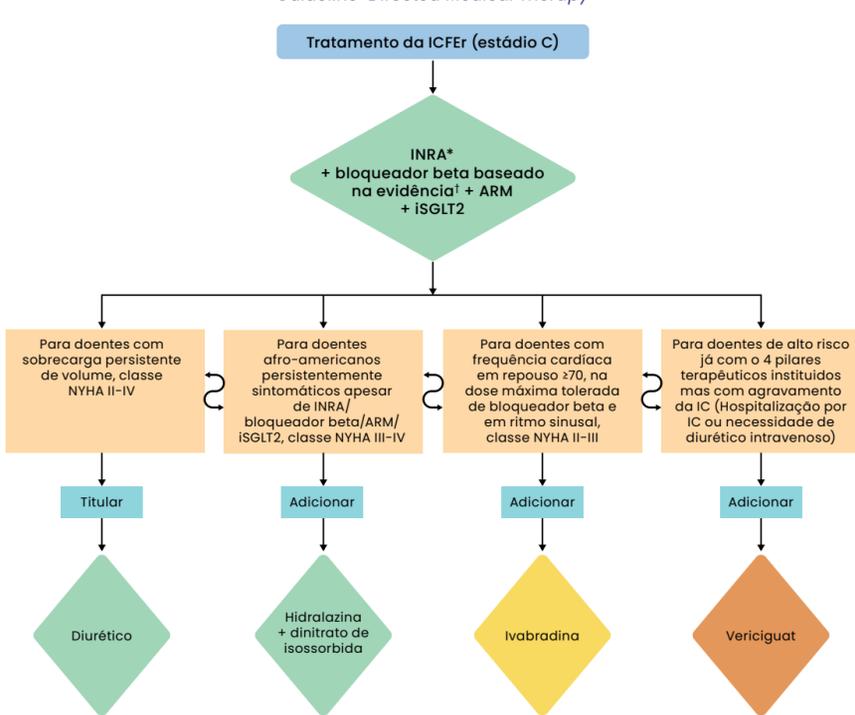
2024 EXPERT CONSENSUS DECISION PATHWAY

Consenso da ACC sobre melhor tratamento a adotar para a IC com fração de ejeção reduzida 2024

O início em simultâneo e a titulação de mais do que uma terapêutica são encorajados sempre que possível.

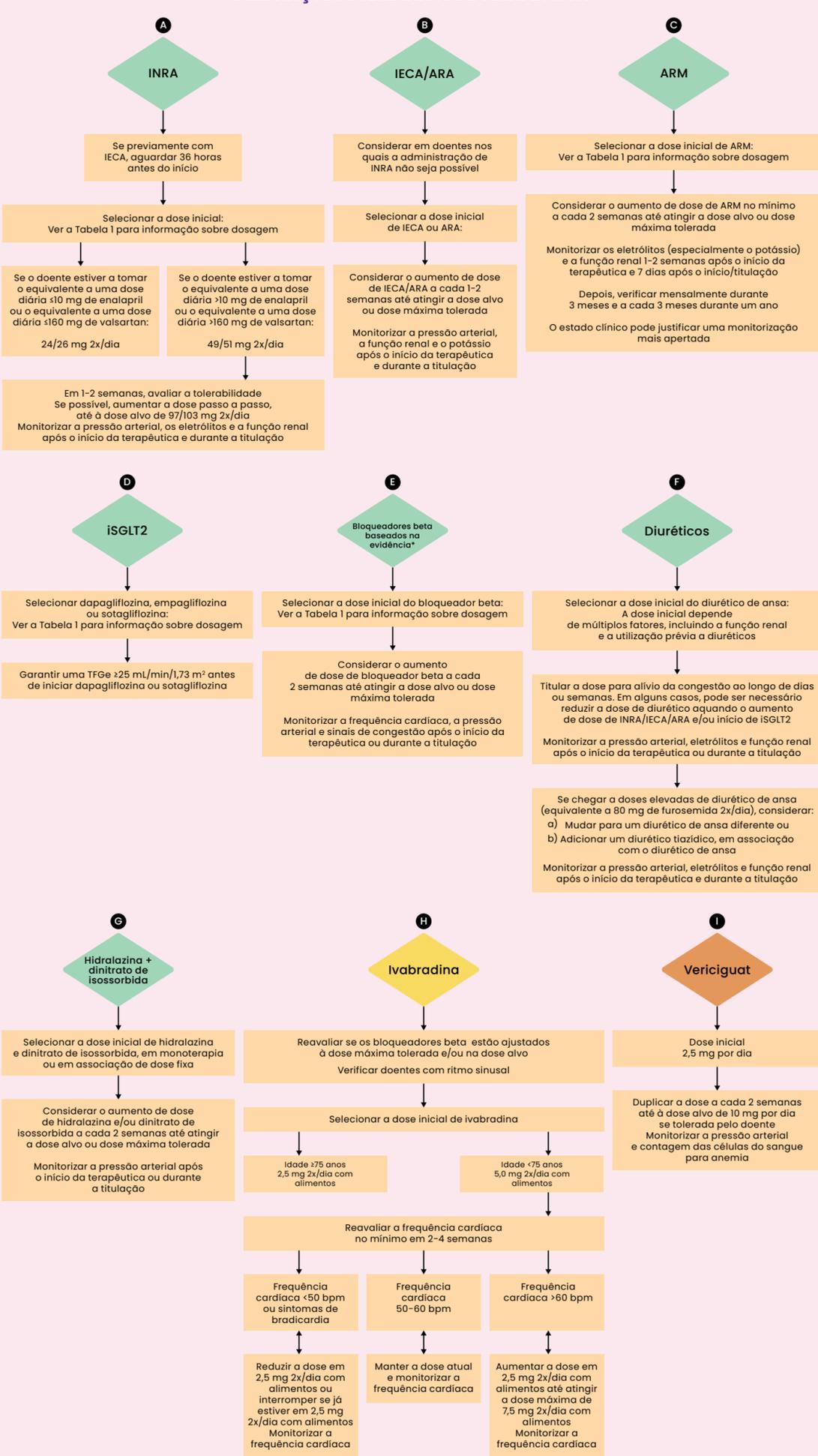
Para doentes que não estejam a receber qualquer tratamento no momento do diagnóstico de ICFe, os médicos devem ter como objetivo atingir uma *Guideline-Directed Medical Therapy* (GDMT) ótima de 4 classes terapêuticas até, no máximo, 3 meses após o diagnóstico inicial de IC. Para aqueles que estão a receber GDMT parcial, o prazo deve ser mais curto.

ALGORITMO DE TRATAMENTO PARA A ICFe Guideline-Directed Medical Therapy



* IECA/ARA devem ser apenas considerados em doentes com contra-indicação, intolerância ou sem acesso a INRA. ¹ Carvedilol, succinato de metoprolol ou bisoprolol. As cores correspondem à classe de recomendação da ACC/AHA: Verde – Classe I (forte); Amarelo – Classe 2a (moderada); Laranja – Classe 2b (fraca).

ORIENTAÇÕES SOBRE INÍCIO DE TERAPÊUTICA



Os INRA são os inibidores do sistema renina-angiotensina preferenciais e devem ser utilizados como primeira linha sempre que possível. Em doentes com contra-indicação INRA é recomendado um IECA/ARA. *Carvedilol, succinato de metoprolol ou bisoprolol.

Tabela 1. Doses iniciais e doses alvo para tratamento da Insuficiência Cardíaca (considerando apenas os 4 pilares terapêuticos)

Classe	Dose inicial	Dose alvo
Bloqueadores beta		
Bisoprolol	1,25 mg 1x/dia	10 mg 1x/dia
Carvedilol	3,125 mg 2x/dia	25 mg 2x/dia para peso <85 kg e 50 mg 2x/dia para peso >85 kg
Succinato de metoprolol	12,5-25 mg por dia	200 mg por dia
INRA		
Sacubitril/valsartan	24/26 mg a 49/51 mg 2x/dia	97/103 mg 2x/dia
ARM		
Eplerenona	25 mg por dia	50 mg por dia
Espironolactona	12,5-25 mg por dia	25-50 mg por dia
iSGLT2		
Dapagliflozina	10 mg por dia	10 mg por dia
Empagliflozina	10 mg por dia	10 mg por dia
Sotagliflozina	200 mg por dia	400 mg por dia

OS 11 MANDAMENTOS DA ICFe

- A GDMT é a base do tratamento da IC devendo ser dada prioridade aos tratamentos com maior benefício esperado.
- As doses alvo estão associadas a melhores *outcomes*.
- O tratamento com GDMT deve ser iniciado de imediato e titulado em cada consulta.
- Devem ser tidas em conta as barreiras clínicas, sociais e financeiras que possam impedir que se atinja a GDMT.
- Gestão adequada do volume (congestão) dos doentes reduzirá os sintomas.
- A tolerabilidade e os efeitos adversos dependem, em parte, de como e quando é prescrito a GDMT.
- Os CDI e a TRC de intervenção primária devem ser considerados após a utilização consistente de doses ótimas de todos os fármacos recomendados na GDMT durante pelo menos 3 a 6 meses, seguida de uma reavaliação da FE e de outras indicações para adotar com dispositivos.
- A reparação da válvula mitral por cateter pode ser considerada em doentes sintomáticos com regurgitação mitral crónica, moderada-grave a grave apesar das doses ótimas de todas as GDMT.
- Foco nos sintomas do doente, na capacidade funcional e na função cardíaca.
- O valor de uma terapêutica para um doente é a combinação das vantagens e desvantagens do tratamento, na medida em que se relacionam com os seus valores, objetivos e preferências.
- Os cuidados baseados em equipa são fundamentais para otimizar a GDMT e podem incluir consultas de seguimento frequentes, teleconsultas e monitorização remota.

Documentado adaptado de Maddox TM, et al. (Writing Committee) (2024). 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 Apr 16;83(15):1444-1488.