

2024 EXPERT CONSENSUS DECISION PATHWAY

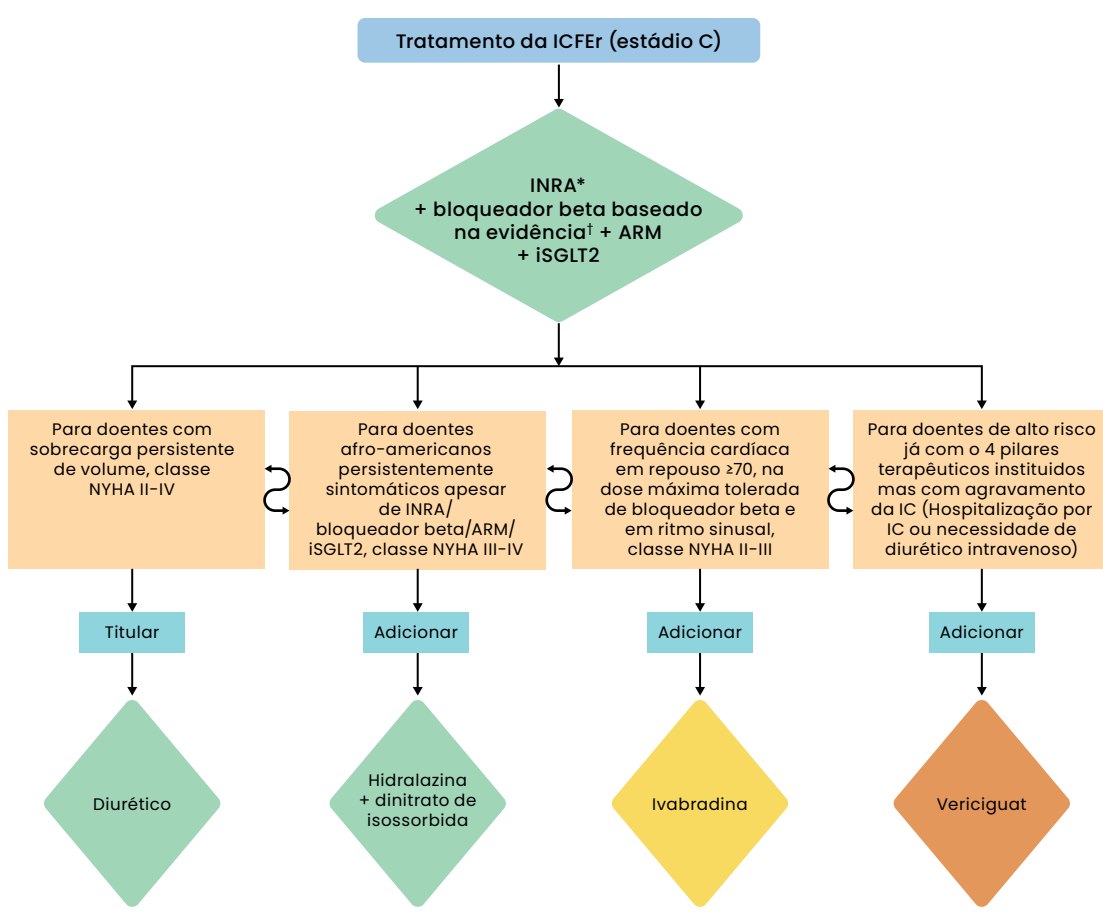
Consenso da ACC sobre melhor tratamento a adotar para a IC com fração de ejeção reduzida 2024

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.

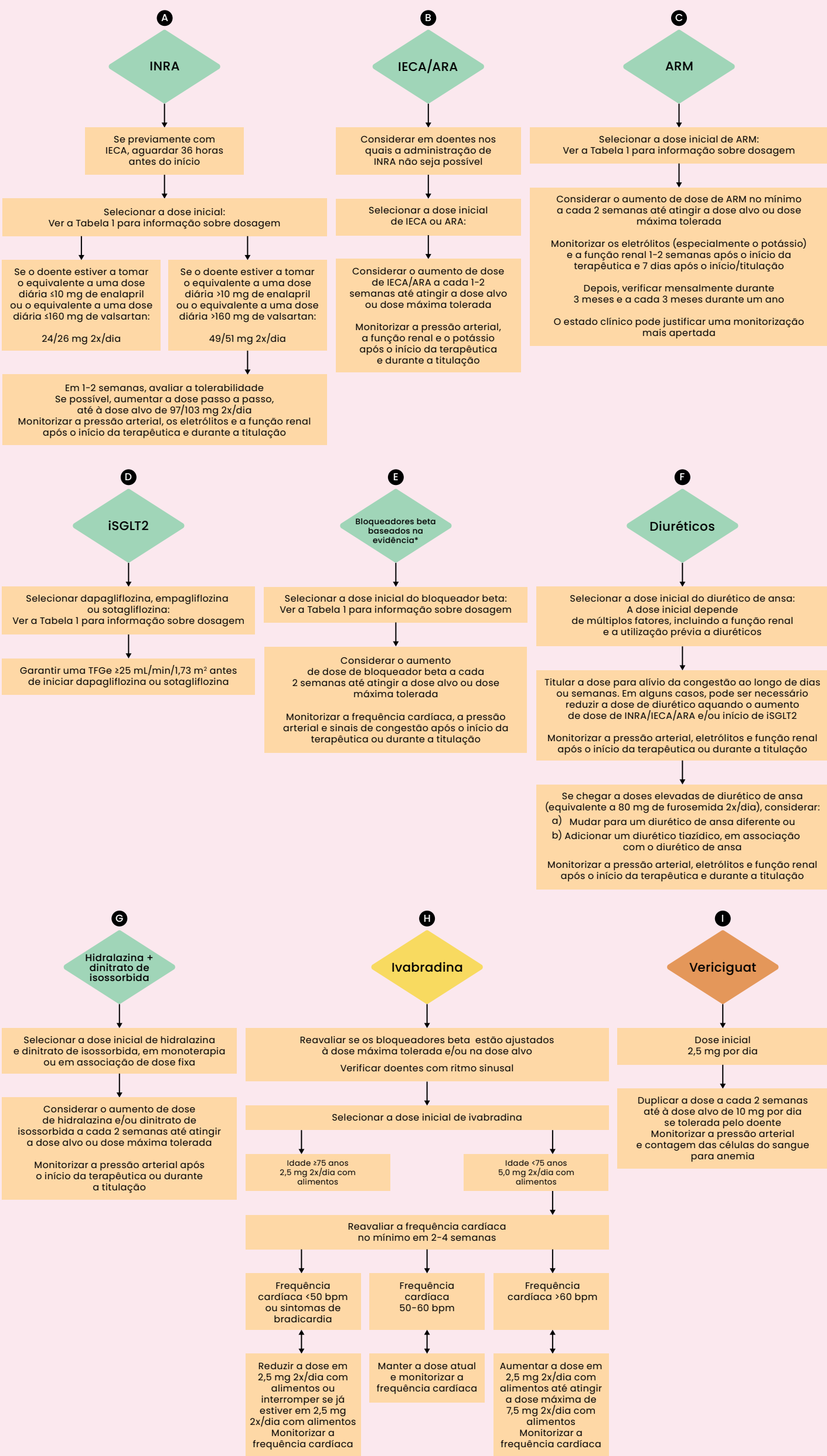
ALGORITMO DE TRATAMENTO PARA A ICFe

Guideline-Directed Medical Therapy



* IECA/ARA devem ser apenas considerados em doentes com contraindicação, 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 contraindicação 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)

Bloqueadores beta	Dose inicial	Dose alvo
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 menos 3 a 6 meses, seguida de uma reavaliação da FE e de outras indicações para o tratamento 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.

APM: American College of Cardiology; AHA: American Heart Association; ARM: antagonista dos recetores da angiotensina; iSGLT2: inibidor do cotransportador sódio-glicose 2; NYHA: New York Heart Association; TFG: taxa de filtração glomerular estimada; TRC: terapia de ressincronização cardíaca; BPM: batimentos por minuto; CDI: cardioversor desfibrilhador implantável; GDMT: *guideline-directed medical therapy*; FE: fração de ejeção; IC: insuficiência cardíaca; ICFe: insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida; IECA: inibidor da enzima de conversão da angiotensina; INRA: inibidor da Nepsilina; INRA: inibidor da Nepsilina e do Receptor de Angiotensina; iSGLT2: inibidor do cotransportador sódio-glicose 2; NYHA: New York Heart Association; TFG: taxa de filtração glomerular estimada; TRC: terapia de ressincronização cardíaca

Documento 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.

Titular de AIM e Comercialização:

AstraZeneca Produtos Farmacêuticos, Lda
Rua Humberto Madeira, 7 | Queluz Baixo | 2730-097 Barcarena
Contribuinte Nº 502 942 240 | Capital Social: 1.500.000€
Mat. Cons. Reg. Com. Cascais | Telefone: +351 214 356 100 | www.astrazeneca.pt

Promovido e comercializado por:

Bial - Portela & Cª, S.A.
À Avenida da Siderurgia Nacional
4745-457 Coronado (S. Romão e S. Mamede)
NIF: 500220913

PT-19445 aprovado a 09/2024; EU/SET24/PT/065.