

7th Advances in Heart Failure 2024

10 e 11 de Outubro

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

ORGANIZAÇÃO

U. PORTO

FM
UP

PATROCÍNIO CIENTÍFICO



Sociedade Portuguesa de
CARDIOLOGIA

PCO

NO
GET
DONE
EVENTS.



**7th Advances
in Heart
Failure 2024**

10 e 11 de Outubro

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

**ICREF: Consenso Americano de
2024 para a Melhoria da
Gestão Clínica
Diagnóstico e Terapêutica**

Filipa Almeida

JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY
© 2024 BY THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION
PUBLISHED BY ELSEVIER

VOL. 84, NO. 15, 2024

EXPERT CONSENSUS DECISION PATHWAY

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

JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY
© 2024 BY THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION
PUBLISHED BY ELSEVIER

VOL. 84, NO. 15, 2024

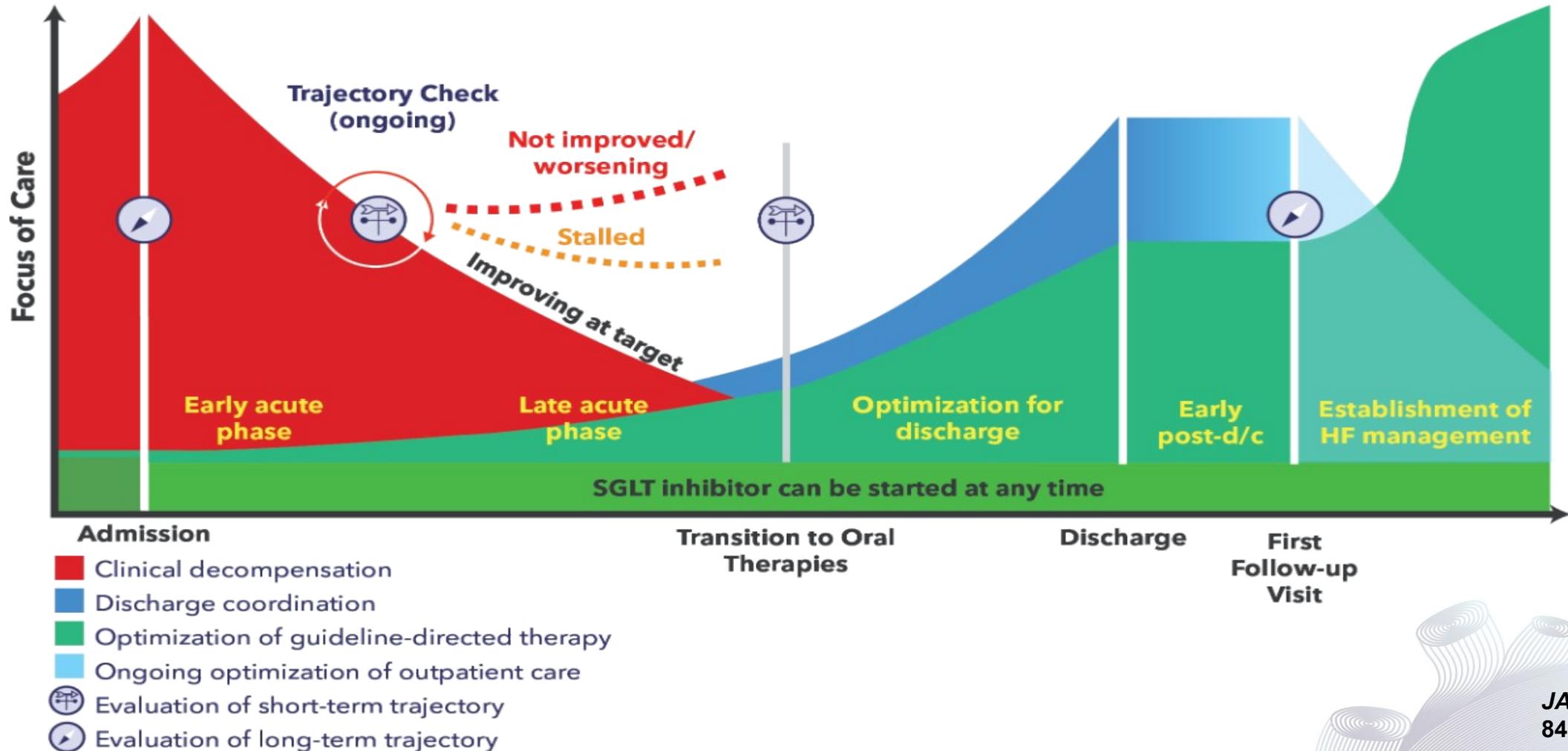
EXPERT CONSENSUS DECISION PATHWAY

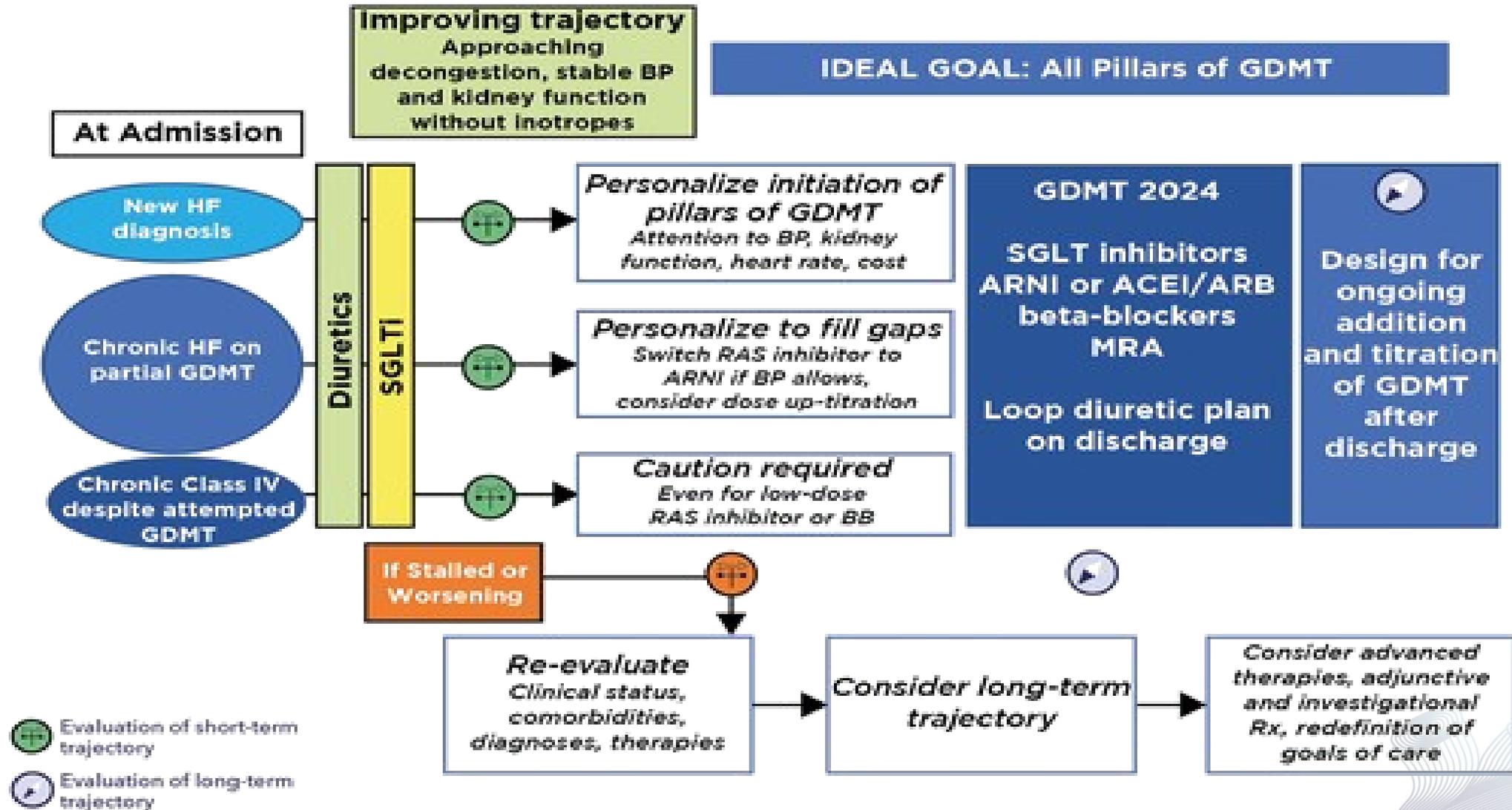
2024 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Clinical Assessment, Management, and Trajectory of Patients Hospitalized With Heart Failure Focused Update



A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee

A trajetória do doente com IC





Ten Pivotal Issues About HFrEF

How to implement GDMT...

Issue 1. Initiate & Switch

Treatment algorithm for GDMT, including novel therapies (Figures 2 and 3)

Issue 2. Titration

Target doses, indications, contraindications, and other considerations of select GDMT for HFrEF (Tables 1, 2, 3, 4, 5)

Considerations for monitoring

How to address challenges with...

Issue 3. Referral

Triggers for referral to HF specialist (Table 6)

Issue 4. Care Coordination

Essential skills for a HF team (Table 7)

Infrastructure for team-based HF care (Table 8)

Issue 5. Adherence

Causes of non-adherence (Table 9)

Considerations to improve adherence (Table 10)

Issue 6. Specific Patient Cohorts

Evidence based recommendations and assessment of risk for special cohorts:

African-American patients, older adults, and patients with frailty (Table 11)

Issue 7. Medication Cost and Access

Strategies to reduce patients' cost of care (Table 12)

Helpful information for completion of prior authorization forms (Table 13 and Online Supplemental Appendix)

How to manage...

Issue 8. Increasing Complexity

Ten pathophysiologic targets in HFrEF and treatments (Table 14)

Ten principles and actions to guide optimal therapy

Issue 9. Comorbidities

Common CV and non-CV comorbidities with suggested actions (Table 15)

Issue 10. Palliative/ Hospice Care

Seven principles and actions to consider regarding palliative care

Início e alteração da terapêutica

Quando iniciar

- A melhor altura para iniciar e titular é no internamento
- STRONG-HF – segurança e eficácia 50% doses alvo na alta hospitalar e 100% das doses alvo após 2 semanas

Que fármacos iniciar e como adicionar/titular

- Adaptado a cada doente
- 4 pilares e doses alvo máximo 3 meses

Início ARNI

- Início de ARNI após diagnóstico é bem tolerado e eficaz, melhora situação clínica e induz remodelagem cardíaca reversa de forma significativa
- Deve ser iniciado sempre que possível para evitar atrasos na otimização terapêutica

Início e alteração da terapêutica

Inibidores SGLT2

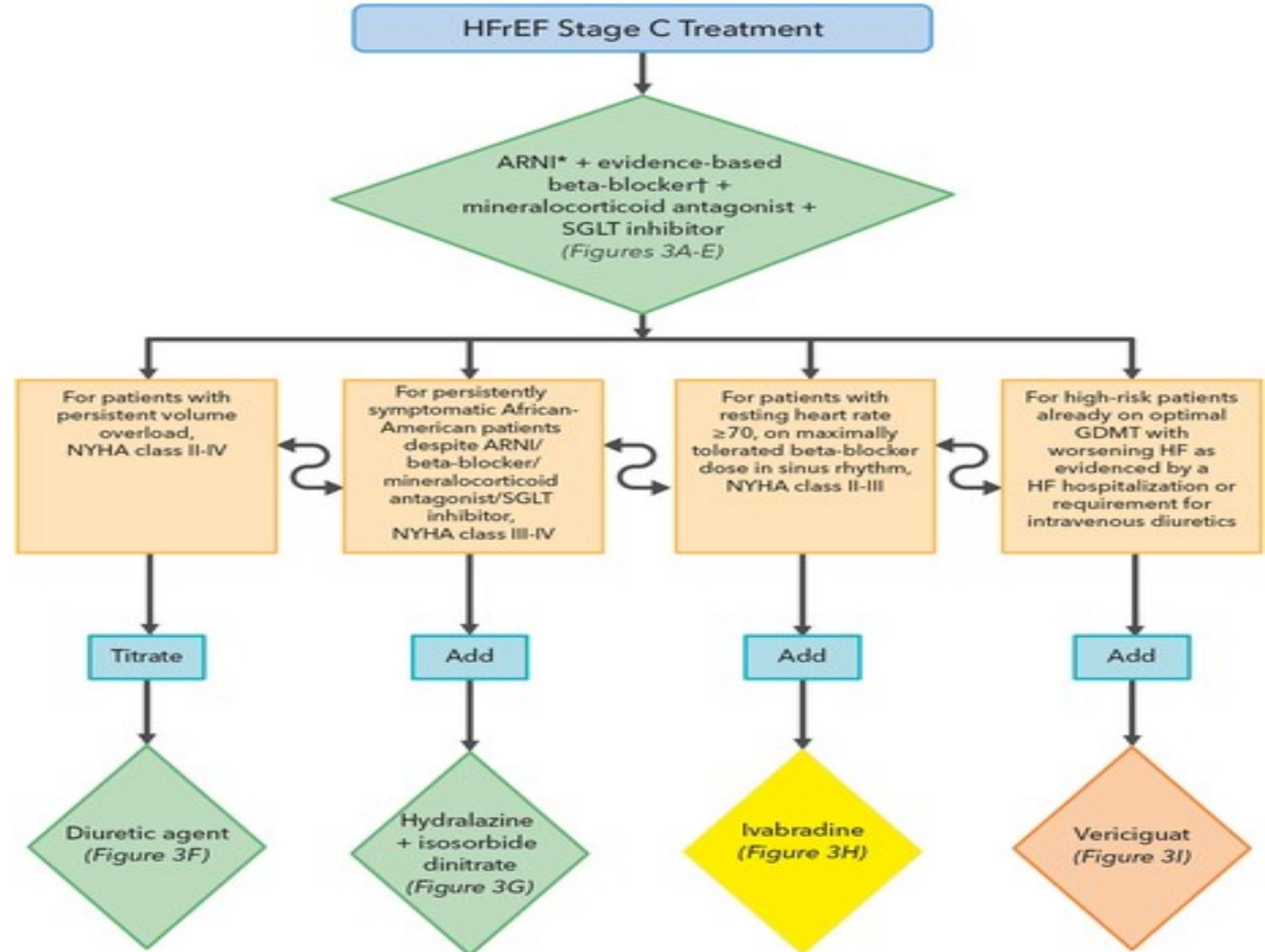
- Sotagliflozina – SOLOIST-WHF – 29% redução agravamento IC durante 18 meses de follow up
- Doses:
 - Dapagliflozina e sotagliflozina TFG >25ml/1.73m²
 - Empagliflozina – sem limite
- Se TFG reduzir para <20ml/1.73m² a dapagliflozina e a empagliflozina devem ser

Ivabradina

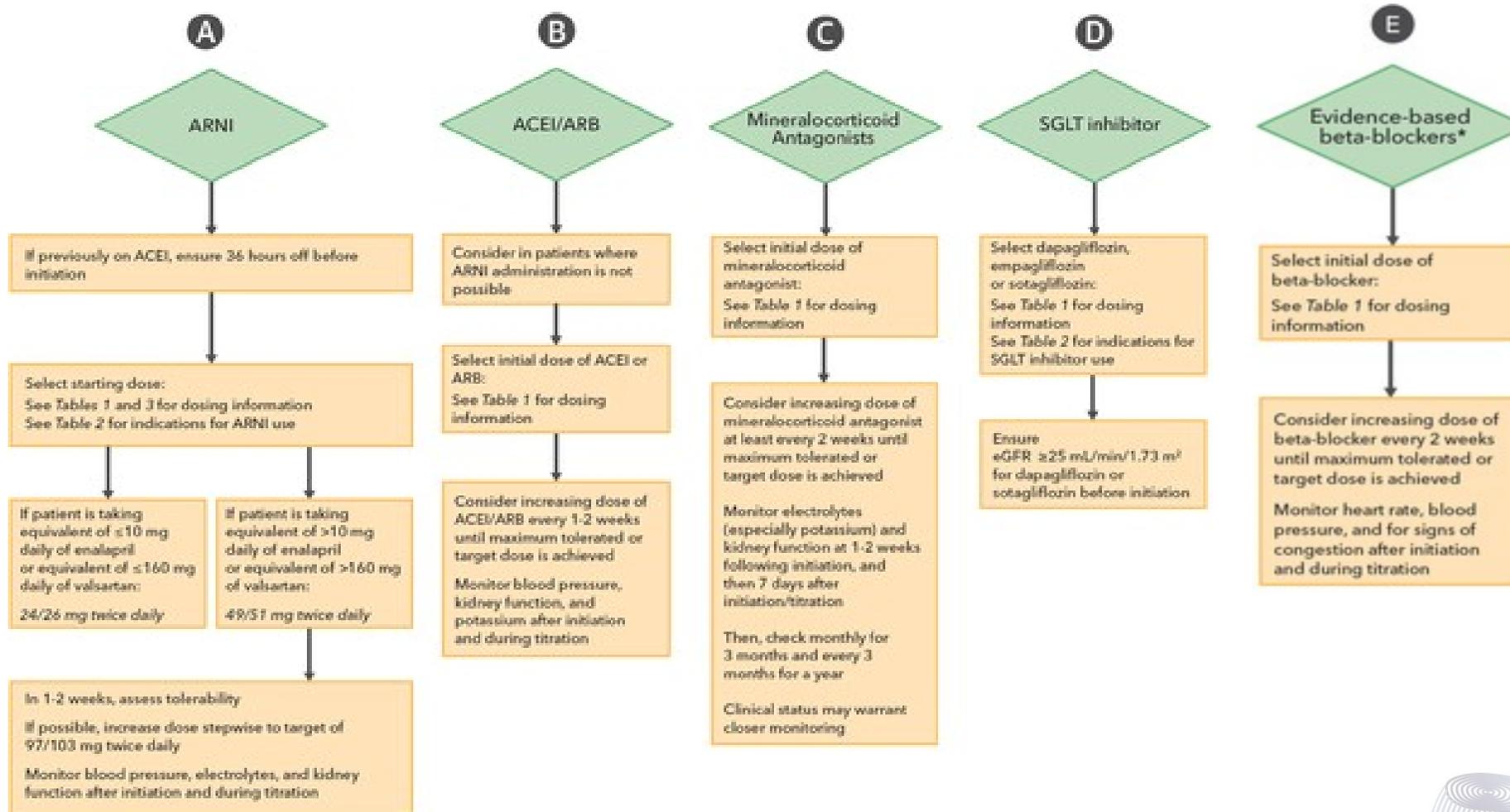
- Pelo maior risco de complicações isquémicas, ivabradina não deve ser utilizada em doente com historia de angina que limite atividades de vida diária

Vericiguat

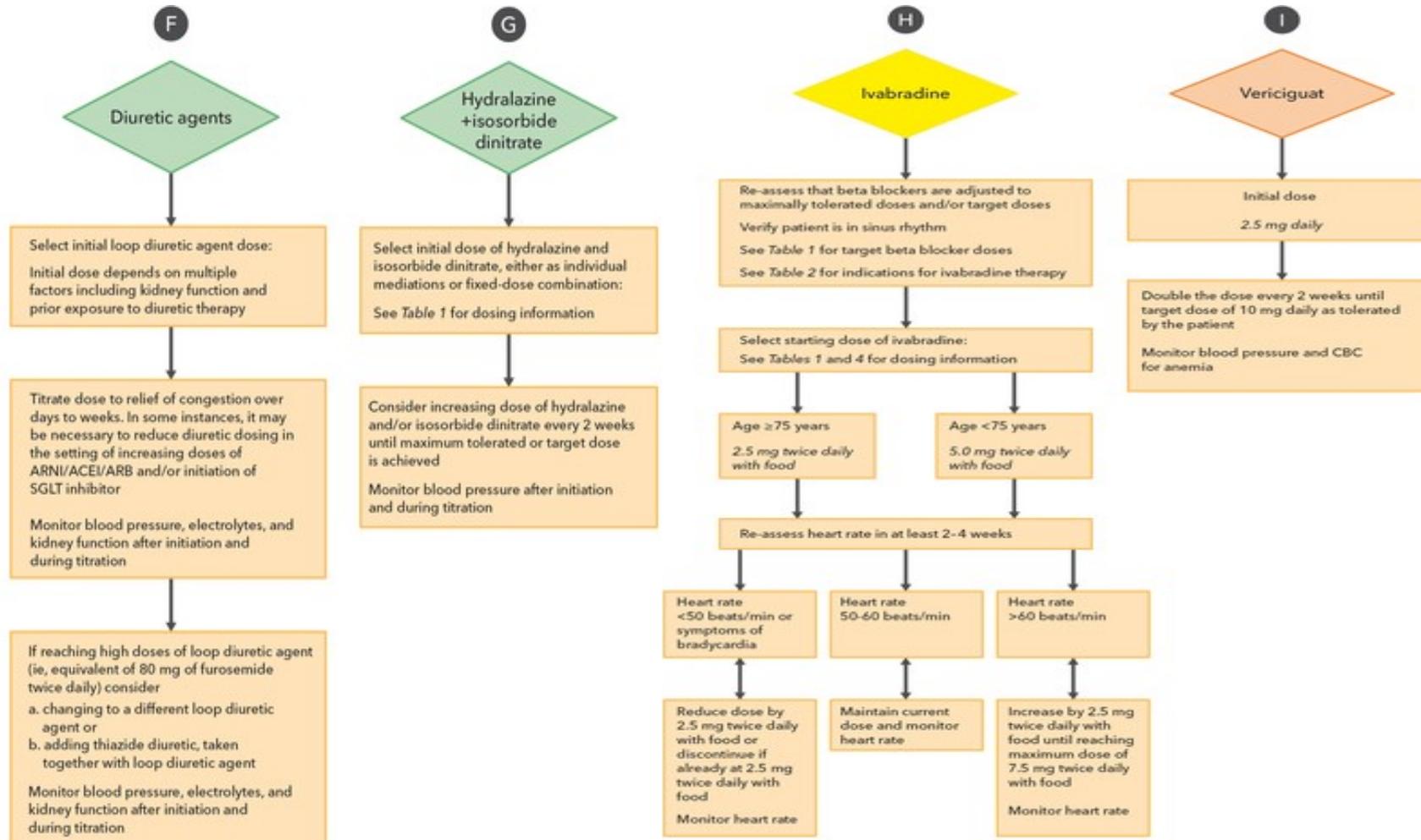
Gestão clínica



Como titular



Como titular



Como vigiar

Avaliação clínica

Peso e pressão arterial

Função renal e eletrólitos

Peptídeos natriuréticos – suporte ajuste terapêutico (diurético)

Reavaliação FVE após 3 a 6 meses de terapêutica com doses máximas toleradas

- Elevado risco de morte súbita como cardiopatia isquêmica, FE<30%, ectopia ventricular frequente
. timing de reavaliação pode ser mais curto

Regurgitação mitral e reparação mitral por cateter

COAPT: na população com terapêutica máxima tolerada e dispositivos houve redução das hospitalizações por IC e mortalidade em doentes com RM 3 a 4+

Benefício nos doentes com RM funcional grave

Só deve ser considerada em doentes com terapêutica médica máxima tolerada e sintomas persistentes para garantir que o doente beneficia do efeito combinado de ambas as terapias

Avaliação clínica e follow-up

Avaliação clínica

- Reabilitação cardíaca
- Identificação precoce doentes de alto risco – I NEED HELP

Avaliação ecocardiográfica

- Após otimização terapêutica médica há mais de 3 a 6 meses deve ser reavaliado para decisão terapêutica com *devices*: CDI, CRT, reparação mitral transcater
- Estender o tempo se remodeling ventricular expectável

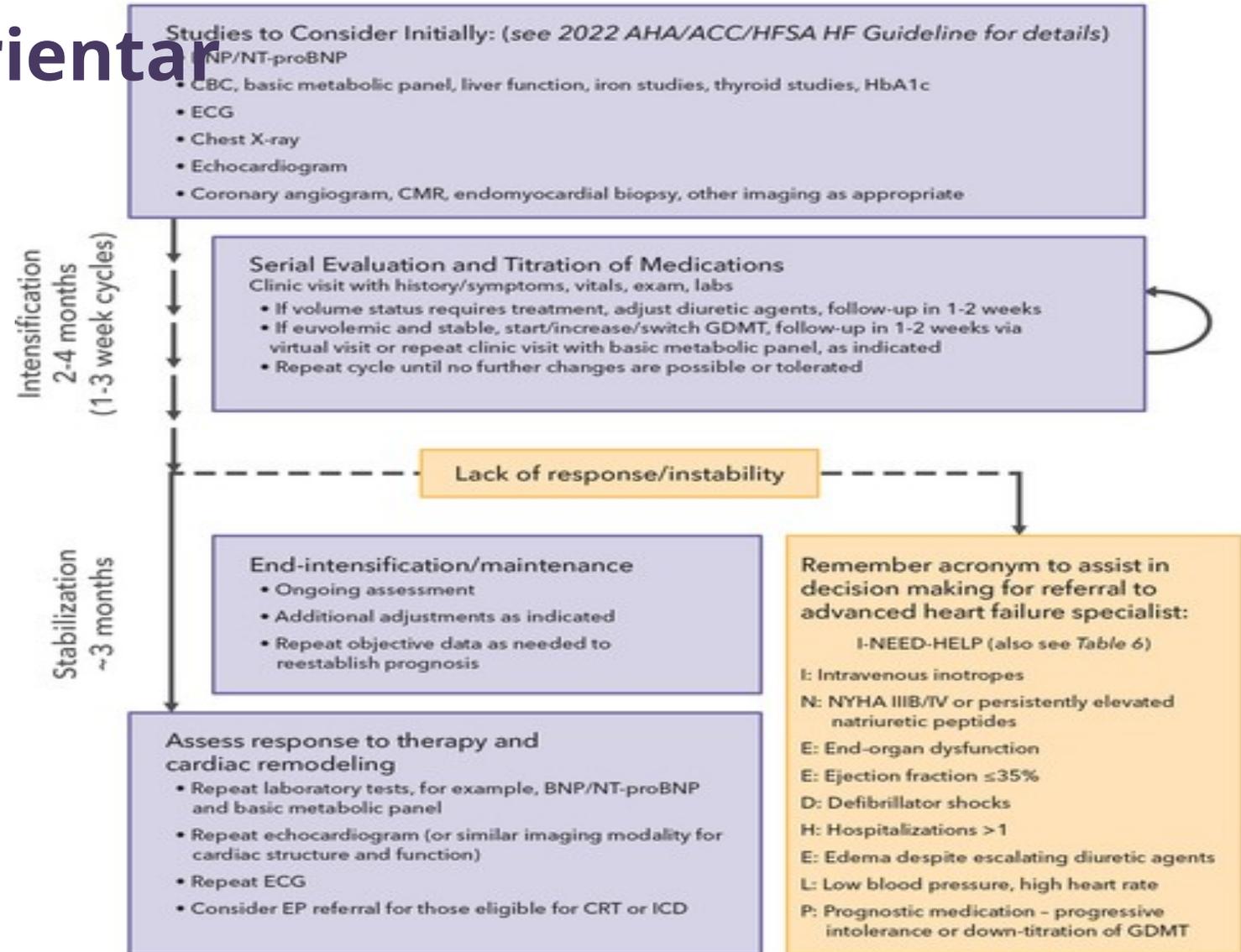
Peptídeos natriuréticos

- Poderão ser medidos nas avaliações clínicas
- Monitorização clínica, apoio decisão reavaliação remodeling ventricular, avaliação objetiva para referenciação

Avaliação pressões de enchimento

- CardioMEMS – em doentes bem selecionadas com congestão recorrente – pode guiar decisões terapêuticas
- Avaliação fluido transtorácico através monitorização impedância transtorácica – dados limitados

Como avaliar e orientar





**7th Advances
in Heart
Failure 2024**

10 e 11 de Outubro

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

**ICREF: Consenso Americano de
2024 para a Melhoria da
Gestão Clínica
Diagnóstico e Terapêutica**

Filipa Almeida