

Anexo 1. Preguntas clínicas estructuradas (Formato PICO)

Tratamiento farmacológico

	En los pacientes mayores de 65 años con insuficiencia cardíaca crónica y fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor al 50 %, ¿se recomienda el tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (o antagonistas del receptor de la angiotensina II), junto a betabloqueantes y antagonistas del receptor mineralocorticoideo, siempre y cuando no exista contraindicación?
Población	Paciente mayor de 65 años, con ICC y FEVI <50 %
Intervención	Tratamiento con IECA o ARA-II + BB + ARM siempre y cuando no exista contraindicación
Comparación	Placebo
Desenlaces	Mortalidad por cualquier causa Mortalidad por causa cardiovascular Hospitalizaciones por cualquier causa Calidad de vida Efectos adversos

	En los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica y fracción de eyección del ventrículo izquierdo mayor de 35 %, ¿se recomienda el tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (o antagonistas del receptor de la angiotensina II), junto a betabloqueantes y antagonistas del receptor mineralocorticoideo, siempre y cuando no exista contraindicación?
Población	Paciente con ICC y FE conservada
Intervención	Tratamiento con IECA o ARA-II + BB + ARM siempre y cuando no exista contraindicación)
Comparación	Sin tratamiento Placebo Cualquier combinación de los fármacos: BB, IECA, ARA-II y ARM, diferente a la considerada como intervención
Desenlaces	Mortalidad por cualquier causa Mortalidad por causa cardiovascular Hospitalización por cualquier causa Hospitalización por insuficiencia cardíaca Reingresos Calidad de vida Efectos adversos

En el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica en clase funcional NYHA mayor o igual a II, fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor o igual a 35 % y que reciben tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (o antagonistas del receptor de la angiotensina II) junto a betabloqueantes, ¿es eplerenona más eficaz que espironolactona?	
Población	Paciente con ICC en clase funcional (NYHA) II-IV, FEVI \leq 35 % y en tratamiento con IECA o ARA-II + BB
Intervención	Eplerenona + tratamiento con IECA o ARA-II + BB
Comparación	Espironolactona + tratamiento con IECA o ARA-II + BB
Desenlaces	Mortalidad por cualquier causa Mortalidad por causa cardiovascular Hospitalización por cualquier causa Efectos adversos Adherencia al tratamiento

En pacientes con insuficiencia cardiaca crónica y fracción de eyección menor o igual de 35 %, en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (o antagonistas del receptor de la angiotensina II), betabloqueantes, y antagonistas del receptor mineralocorticoideo, a dosis máximas toleradas, ¿se recomienda sustituir el inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (o el antagonista del receptor de la angiotensina II), por sacubitrilo/valsartán?	
Población	Pacientes con ICC y FEVI \leq 35 % y en tratamiento con IECA (o ARA-II), BB y ARM
Intervención	Sustituir el IECA (o ARA II) por sacubitrilo/valsartán
Comparación	Mantener IECA (o ARA II)
Desenlaces	Mortalidad por causa cardiovascular Mortalidad por cualquier causa Ingresos por IC Ingresos por cualquier causa Efectos adversos Calidad de vida

Tratamiento no farmacológico

En pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca, ¿se recomienda el control temprano programado (inferior a 30 días) tras el alta hospitalaria?	
Población	Paciente ingresado por descompensación de su ICC y diagnóstico de ICC al alta
Intervención	Intervención sanitaria por cualquier profesional sanitario en menos de 30 días tras el alta hospitalaria
Comparación	Sin intervención sanitaria programada antes de los 30 días tras el alta
Desenlaces	Mortalidad por cualquier causa en 6 meses tras el alta Reingresos por cualquier causa en 6 meses tras el alta Mortalidad por cualquier causa en 12 meses tras el alta Reingresos por cualquier causa en 12 meses tras el alta

En los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, ¿se recomiendan medidas higiénico-dietéticas estandarizadas?	
Población	Pacientes con diagnóstico de ICC
Intervención	Restricción de sal Restricción de líquidos Educación para el autocuidado
Comparación	Sin la intervención
Desenlaces	Ingresos por cualquier causa Mortalidad por cualquier causa Calidad de vida Adherencia al tratamiento

Para el control del tratamiento farmacológico de los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, ¿se recomienda la monitorización de los péptidos natriuréticos en comparación con el control convencional basado en las condiciones clínicas?	
Población	Paciente con ICC en tratamiento farmacológico óptimo
Intervención	Modificación del tratamiento farmacológico basado en la monitorización de los péptidos natriuréticos
Comparación	Cuidados habituales definido como modificación del tratamiento farmacológico basado en la condición clínica
Desenlaces	Mortalidad por cualquier causa Hospitalización por cualquier causa Mortalidad por insuficiencia cardiaca Hospitalización por insuficiencia cardiaca Efectos adversos Calidad de vida

¿Se recomienda incorporar a un programa de telemedicina a los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica y tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (o antagonistas del receptor de la angiotensina II) junto a betabloqueantes y antagonistas del receptor mineralocorticoideo, siempre y cuando no exista contraindicación?	
Población	Paciente con ICC en tratamiento farmacológico óptimo
Intervención	Programas de telemedicina dotados de registro remoto de variables clínicas
Comparación	Práctica habitual de seguimiento
Desenlaces	Hospitalización por cualquier causa Hospitalización por insuficiencia cardíaca Mortalidad por cualquier causa Calidad de vida Adherencia al tratamiento

En pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, ¿cuál es la eficacia y seguridad de realizar un programa de rehabilitación cardíaca basado en el ejercicio frente a no realizarlo para evitar hospitalizaciones, disminuir la mortalidad, mejorar la calidad de vida y la capacidad funcional?	
Población	Pacientes con diagnóstico de ICC
Intervención	Tratamiento óptimo + programa de rehabilitación cardíaca basado en el ejercicio
Comparación	Tratamiento óptimo
Desenlaces	Reingresos por cualquier causa en el primer año Reingresos por ICC Mortalidad por cualquier causa en el primer año Calidad de vida Capacidad funcional Seguridad

En pacientes mayores de 65 años con insuficiencia cardiaca crónica y fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor de 35 %, ¿se recomienda el uso de un desfibrilador automático implantable para prevenir la muerte súbita?	
Población	Paciente con disfunción sistólica severa FE<30-35 % sin eventos arrítmicos previos
Intervención	Desfibrilador automático implantable no combinado con terapia de re-sincronización cardiaca
Comparación	Tratamiento óptimo, no DAI
Desenlaces	Mortalidad por cualquier causa Mortalidad por causa cardiovascular Muerte súbita Efectos secundarios: descargas inapropiadas Calidad de vida

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización