DIAGNÓSTICO:

CRÓNICA

DATOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA
Historia Clínica
Exploración
ECG

Alguno / Ninguno

BNP> 35 pg/mL
NTproBNP > 125 pg mL

NO → ICC POCO PROBABLE

SI → Si no es posible determinar péptidos natriuréticos

Normal → ICC

ECOCARDIOGRAMA

Anormal

AGUDA

Descarta BNP < 100 pg/mL NT pro BNP < 300 pg/mL
Iniciar el tratamiento farmacológico y no farmacológico en los primeros 60 min de asistencia
Sat 02 objetivo >90% al tiempo que se realiza DD

Identificar causas de descompensación específicas, e iniciar su tratamiento si las hubiera: SCA, Emergencia HTA, Arritmia, Complicación mecánica, TEP

Si no causas específicas y se confirma ICA:
Monitorizar: TA, FR, FC, Sat. 02
Evitar daño multiorgánico
- Mantener TA >90 mmHg (si bien hipotensión no es sinónimo de hipoperfusión)
- Mantener Sat 02 > 90 %

Tratamiento farmacológico:
Si adecuada perfusión periférica
Diuréticos y vasodilatadores
Si mala perfusión periférica
Inotropos (Dopa, dobu, levo, PDE III inhibidores)
Vasopresores en casos refractarios (NE)
Diuréticos
Soporte cardiocirculatorio si no respuesta a fármacos

VALORACIÓN INSUFICIENCIA

¿PRIMER EPISODIO?

SÍ → CARDIOLOGÍA

NO → Difícil manejo o empeoramiento clase funcional

SÍ → CARDIOLOGÍA

NO → ATENCIÓN PRIMARIA

Diagnosticar y tratar factores desencadenantes

Factores desencadenantes*
Ecocardiograma
Estudio etiológico*
Inicio y titulación de tto.
Educación (enfermería)

Valorar ingreso si cumple criterios*

***Estudio etiológico:**
- HTA
- Valvular
- Fármacos, tóxicos
- Cardiopatía isquémica
- MCH, infiltrativas, depósito
- Infecciosas o inmunológicas
- Endocrinopatías, carencias nutricionales, VIH, Chagas…

***Desencadenantes:**
- Falta de adherencia
- Transgresión hídrica o de sal
- Infecciones
- Medicación: AINES, QT…
- Cardiopatía isquémica
- Arritmias, HTA
- Otros: Insuficiencia renal, Asma, EPOC, embarazo o periparto, disfunción tiroidea

***Criterios de ingreso:**
- Escasa respuesta al tratamiento inicial
- Necesidad de O2
- Hemodinámica inestable: TAS<85 ó>175 mmHg, FC>120 lpm
- Arritmia clínicamente significativa
- Isquemia miocárdica aguda
- Alteración importante de función renal o electrolitos
- Importante deterioro funcional

***Monitorización al ingreso:**
- Constantes: PA, FC, Tª
- Signos y síntomas de congestión pulmonar y sistémica: disnea, frecuencia respiratoria, peso y edemas
- Balance hídrico: diuresis e ingesta
- Control analítico cada 24-48 horas
- Control ECG cada 48-72 horas
- Telemetría si arritmias
- Control gasométrico si indicado
- Valoración física: deambulación, autocuidados, cognición…
- Titulación farmacológica cada 24-48 horas

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Diuréticos si signos y síntomas de congestión

FEVI ≤ 35% pese a TMO o TV/FV sintomática, implantar

IECA-ARA2 y betabloqueante
aumentar hasta dosis máxima tolerada

Sigue sintomático y FEVI ≤ 35%

Antagonista del receptor mineralcorticoide
aumentar hasta dosis máxima tolerada

Sigue sintomático y FEVI ≤ 35%

Tolera IECA	Ritmo sinusal ORS ≥ 130 ms	Ritmo sinusal FC ≥ 70 lpm
Sacubitrilo /Valsartán	**TRC**	**Ivabradina 5-7,5 mg/12h**

Se puede combinar si es necesario

Si síntomas resistentes: considerar digoxina, hidralazina-dinitrato de isosorbida, inotrópicos, asistencia ventricular o trasplante

DOSIS RECOMENDADAS MEDICACIÓN CON EVIDENCIA EN IC

		Dosis inicial (mg)	Dosis objetivo (mg)
I ECA	Captopril	6.25 /8h	50 /8h
	Enalapril	2.5 /12h	20 /12h
	Lisinopril	2.5-5 /24h	20-35 /24h
	Ramipril	2.5 /24h	10 /24h
	Trandolapril	0.5 /24h	4 /24h
β bloq	Bisoprolol	1.25 /24h	10 /24h
	Carvedilol	3.125 /12h	25 /12h
	Metoprolol	12.5-25 /24h	200 /24h
	Nebivolol	1.25 /24h	10 /24h
A R A	Candesartan	4-8 /24h	32 /24h
	Valsartan	40 /12h	160 /12h
	Losartan	50 /24h	150 /24h
A A	Eplerenona	25 /24h	50 /24h
	Espironolactona	25 /24h	50 /24h
S/V	Sacubitril/Valsartan	49/51 /12h	97/103 /12h
I	Ivabradina	5 /12h	7.5 /12h