



Protocolo terapéutico de la insuficiencia cardíaca aguda según el perfil del paciente

P. Sánchez-Aguilera, A. Martínez Cámara y M. Lázaro Salvador*

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Toledo. Hospital Virgen de la Salud. Toledo, España.

Palabras Clave:

- Insuficiencia cardíaca aguda
- Tratamiento
- Diuréticos
- Inotropos

Keywords:

- Acute heart failure
- Treatment
- Diuretics
- Inotropic

Resumen

Introducción. La insuficiencia cardíaca aguda es una patología de gran prevalencia en los servicios de emergencias. El objetivo terapéutico es conseguir la estabilidad hemodinámica, así como el alivio de los síntomas con el mínimo daño de órganos vitales.

Medidas generales. El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible. Es importante detectar y corregir posibles factores desencadenantes con tratamiento específico.

Tratamiento dirigido. Las recomendaciones incluyen el uso de oxigenoterapia, diuréticos y vasodilatadores para aquellos pacientes con predominio de la clínica congestiva que mantengan buenas tensiones arteriales. En aquellos con clínica de bajo gasto cardíaco, se valorará el uso de inotropos y vasoconstrictores.

Abstract

Protocol for treatment of acute heart failure

Introduction. Acute heart failure is a very prevalent entity in emergency services. Treatment goals are achieving hemodynamic stability and improving symptoms, avoiding vital organ damage.

General measures. In order to improve organ perfusion, treatment must be started as soon as possible. Diagnosis and correction of precipitants leading to decompensation that need specific and urgent management is mandatory.

Directed treatment. Treatment recommendations include oxygen, diuretics and vasodilators in congestive patients with preserved blood pressure. In patients with low cardiac output, inotropic agents and vasopressors should be considered.

Introducción

La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) precisa la realización de ciertas pruebas complementarias como un electrocardiograma, una radiografía de tórax, una analítica general que incluya péptidos natriuréticos y una gasometría arterial. Cuando esté disponible, se realizará un ecocardiograma en cuyo caso deberá ser sin demora. El objetivo principal del

tratamiento es alcanzar la estabilidad hemodinámica del paciente aliviando los síntomas, y minimizar el daño de órganos vitales^{1,2}.

En aquellos pacientes en los que encontremos un claro desencadenante de la patología, como puede ser un síndrome coronario agudo, una emergencia hipertensiva, arritmias malignas, complicaciones mecánicas o embolismos pulmonares, se llevará a cabo un tratamiento dirigido de la causa².

Se presenta un protocolo basado en el tipo de signos y síntomas que podemos encontrar en el paciente: aquellos en los que predomina la clínica congestiva (húmedos) y en los que no (secos), y aquellos en los que predomina la clínica de bajo gasto y compromiso en la perfusión periférica (fríos)

*Correspondencia

Correo electrónico: maria.lasal@gmail.com

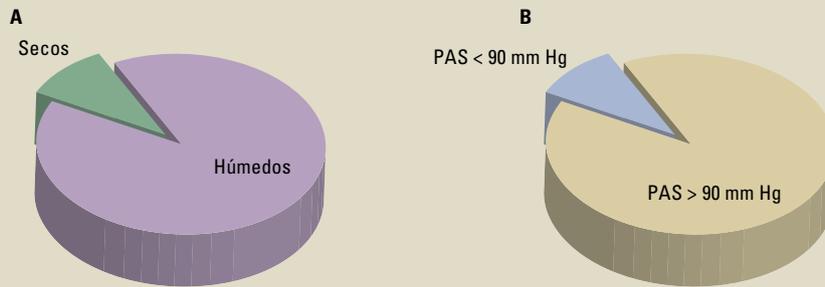


Fig. 1. Porcentaje de pacientes con insuficiencia cardíaca aguda y congestión (A). Porcentaje de pacientes que se presentan con hipotensión (5-8% del total) (B).

PAS: presión arterial sistólica.

frente a los pacientes bien perfundidos (calientes). Se clasifica a los pacientes en húmedos y calientes, húmedos y fríos, secos y calientes, secos y fríos².

El tratamiento también se ve modificado según la presión arterial sistólica presentada por el paciente (fig. 1).

Medidas generales

Ante un paciente con sospecha de ICA o descompensación de una insuficiencia cardíaca crónica es fundamental realizar una monitorización no invasiva de los signos vitales. La oxigenoterapia está indicada en aquellos pacientes con SatO_2 menor del 90% o PaO_2 menor de 60 mm Hg, valorando el uso de ventilación mecánica no invasiva. No se aconseja el tratamiento con oxigenoterapia en pacientes sin hipoxemia por el riesgo de vasoconstricción y el aumento secundario de las resistencias vasculares sistémicas²⁻⁴.

Aquellos pacientes con síntomas congestivos y resistentes al uso de diuréticos, o que presentan analíticamente datos de fallo renal, pueden ser subsidiarios de realizar ultrafiltración con membrana semipermeable^{2,4}. El sondaje vesical no está indicado en todos los pacientes, reservándose para aquellos en anuria o con imposibilidad para la monitorización de la diuresis espontánea.

Se recomienda profilaxis tromboembólica con heparina u otro anticoagulante².

Tratamiento dirigido

El inicio del tratamiento deberá ser lo más precoz posible, simultáneo al diagnóstico de la patología (fig. 2).

Pacientes húmedos-calientes

En aquellos pacientes donde predomine la clínica congestiva, manteniendo presiones arteriales sistólicas superiores a 90-100 mm Hg, se iniciará el tratamiento diurético, que es la piedra angular para el manejo. Se recomienda la vía intrave-

nosa, con inicio de la diuresis entre 30 y 60 minutos desde la administración. El diurético de primera línea es furosemida, comenzando con bolos intravenosos de 20-40 mg, algo superiores en aquellos pacientes que tomasen este tratamiento de manera domiciliaria. Torasemida también está indicada, ya que además de ser diurético de asa tiene cierto efecto inhibiendo aldosterona⁵. En caso de resistencia, se podrán asociar diuréticos tiazídicos y antagonistas de la espironolactona, siempre vigilando la función renal y los niveles de potasio. Los diuréticos están contraindicados en pacientes con signos de hipoperfusión periférica^{1,2}. Tras descartar una patología obstructiva grave en el tracto de salida del ventrículo izquierdo, está indicado asociar vasodilatadores, por sus acciones tanto a nivel venoso como arterial, disminuyendo la precarga y poscarga, lo que conlleva un aumento del volumen de eyección y disminuyendo la clínica disnea; el más utilizado es la nitroglicerina².

Paciente húmedo-frío

El segundo perfil de paciente es aquel en el que predomina la congestión, pero no mantiene presiones arteriales superiores a 100 mm Hg o bien ha comenzado con signos de mala perfusión periférica: oliguria, frialdad de miembros, mareo, disminución del nivel de consciencia, etc. Existe el riesgo de afectación de órganos vitales, por lo que se debe iniciar perfusión de fármacos inotrópicos, siendo levosimendán (0,1 mcg/kg/minuto) y dobutamina (2-20 mcg/kg/minuto) los más indicados, con preferencia por el primero en pacientes con tratamiento previo con bloqueadores beta. Cuando se utilizan fármacos inotrópicos es necesaria la monitorización del paciente^{1,2}.

Si aparece hipotensión significativa o sospecha de *shock* cardiogénico a pesar de los inotrópicos, se comenzará perfusión de vasopresores, el más extendido es noradrenalina, valorando la asistencia circulatoria mecánica. Solo tras haber conseguido la estabilidad hemodinámica, mantener presiones arteriales estables y aliviar los signos de hipoperfusión se planteará el uso de diuréticos para disminuir la congestión.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681399>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681399>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)