

CRITERIOS DE INGRESO EN IC AGUDA

UCI

- Contraindicado: esperanza de vida < 6 meses, > 3 ingresos por IC en último año, o gran dependencia.
- Arritmias con inestabilidad hemodinámica, incluyendo la CVE que precisen de ETE emergente o por IC aguda por taquimiocardiopatía.
- Edema agudo de pulmón con mala respuesta a tratamiento en urgencias y/o necesidad de soporte hemodinámico +/- VMNI o VMI.
- Shock cardiogénico.
- Otro proceso asociado (Síndrome coronario agudo, TEP agudo de alto riesgo, taponamiento cardíaco o síndrome aórtico agudo).

CARDIOLOGÍA

- Primer episodio de IC y que no sea:
 - ◊ Infección extracardíaca grave.
 - ◊ Anemia severa que precise transfusiones o estudio de anemia preferente.
 - ◊ Insuficiencia respiratoria global que precise de BIPAP asociada a patología respiratoria crónica avanzada.
 - ◊ Insuficiencia renal aguda que pueda requerir diálisis.
- Seguido en Unidad de Insuficiencia Cardíaca o en Cardiología, y se beneficie de tratamiento específico por Cardiología.
- Beneficio de procedimientos invasivos específicos de Cardiología (coronario, valvular, electrofisiológico, terapia de resincronización cardíaca, desfibrilador implantable, etc.)
- Valvulopatía conocida y subsidiario de tratamiento percutáneo / quirúrgico.
- Alta sospecha de origen isquémico de la IC, y se beneficie de tratamiento específico.
- Intervencionismo coronario en el año previo, y sigan siendo candidatos a medidas invasivas.
- Hipoperfusión sistémica leve o arritmias cardíacas que requieran monitorización ECG (telemetría), y no cumpla criterios de UCI al ingreso.

CRITERIOS DE INGRESO EN IC AGUDA

MEDICINA INTERNA

- 2 o más comorbilidades:
 - ◊ Enfermedad respiratoria crónica (EPOC, asma, EPID o síndrome de hipoventilación).
 - ◊ Enfermedad vascular cerebral con secuelas.
 - ◊ Deterioro cognitivo-demencia.
 - ◊ Enfermedad arterial periférica.
 - ◊ ERC avanzada 3B-diálisis, agudizada o no.
 - ◊ Enfermedad hemato-oncológica activa o en remisión.
 - ◊ Enfermedad hepática grave (cirrosis).
 - ◊ Enfermedades autoinmunes sistémicas.
- No susceptibles de intervencionismo (coronario, valvular, dispositivos, etc).
- Dependencia total (Barthel < 20).
- IC derecha con diagnóstico de Cor Pulmonale; si patología respiratoria no diagnosticada previa, se consensuará entre Medicina Interna y Neumología según perfil del paciente (comorbilidades, fragilidad, técnicas diagnóstico-terapéuticas).
- TEP agudo intercurrente con IC, sin que reúna criterios de UCI. Según perfil de paciente (comorbilidades, fragilidad, técnicas diagnóstico-terapéuticas..., será consensuado entre Medicina Interna y Neumología cuál será la unidad de ingreso.

PLURIPATOLÓGICOS

- IC con tratamiento conservador, y sin otras comorbilidades agudizadas o descompensadas susceptibles de actuación en el hospital general de agudos.

CUIDADOS PALIATIVOS

- Incluidos en el proceso de paliativos en seguimiento por la UCP que requieren y aceptan ingreso hospitalario, en ausencia en la actualidad de otras comorbilidades que precisen de algún tipo de actuación en el hospital de agudos.
- No incluidos aún, cumplen los criterios para inclusión en UCP:
 - ◊ Ingreso: Cardiología – M. Interna -> interconsulta Paliativos.
 - ◊ No ingreso: CCEE -> interconsulta Paliativos.



Hospital
Universitario de Jaén

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA EN URGENCIAS



**DIAGNÓSTICO,
TRATAMIENTO
Y
CRITERIOS DE INGRESO**

DIAGNÓSTICO DE IC AGUDA EN URGENCIAS

DISNEA

Sospecha de Insuficiencia Cardíaca Aguda

Triage

CONSTANTES
TA - Fc - SatO2

Consulta
Médica

HISTORIA CLÍNICA

- **Ant. Personales:** FRCV, cardiopatía, ECV, unidad de seguimiento, comorbilidades, dependencia, demencia, tratamiento.
- **Enf. actual:** disnea, ortopnea, DPN, bendopnea, edemas, dolor torácico, síncope, palpitaciones, desescadenantes.
- **Exp. Física:**
 - Situación general, constantes, ingurgitación yugular, tiraje, coloración, perfusión.
 - Ritmo, soplos, R3, crepitanes.
 - Ascitis, organomegalias, reflujo hepatoyugular.
 - Edemas, fóvea, pulsos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

1. ECG.
2. Perfil analítico "Sospecha Insuficiencia Cardíaca".
3. Radiografía de tórax.
4. Petición de Na⁺ en orina (sacar en 2h).

Punto de corte NTproBNP (pg/ml)

EDAD (años)	Improbable	No determinante		Muy probable
		300-450	>450	
<50	<300	300-450	>450	>900
50-75		300-900	>900	>1800
>75		300-1800	>1800	

Siempre evaluar según contexto clínico.

Tratamiento diurético en 1ª hora

- **Monitorización:** Fc, satO2, TA y diuresis horaria.
- **Na⁺ en orina a las 2h** del inicio del tratamiento diurético.
- **Análítica básica a las 6-12h** del inicio del tratamiento, con al menos función renal e iones.
- **Reevaluación clínica** del paciente.

Seguimiento
Sillones -
Observación

CRITERIOS DE OBSERVACIÓN

Historia clínica / exploración física:

- Hipoperfusión periférica.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Taquipnea (FR > 24 rpm) o tiraje.
- Incremento de aporte de oxígeno-terapia/soprote ventilatorio (duplicar basal o FiO2 0.31 - flujo a 6 lpm).
- Asocia complicación que precise vigilancia:
 - ◊ Sdme. coronario agudo.
 - ◊ Emergencia hipertensiva.
 - ◊ Edema agudo de pulmón.
 - ◊ Alta sospecha de TEP.
 - ◊ Sepsis.
- Paciente que por sus condiciones basales no pueda permanecer sentado.
- Anasarca.

Exploraciones complementarias:

- Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Deterioro de función renal: empeoramiento > 50% del FG.
- Derrame pleural masivo o signos de alas de mariposa en radiografía de tórax.
- Presente criterios clínicos o gasométricos de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) u otras terapias respiratorias: FR > 25; pH 7.25-7.34 o menos pO₂ si no es candidato a IOT; pCO₂ > 50.

Fracaso de tratamiento inicial:

Tras el inicio de las primeras medidas farmacológicas no se evidencia mejoría clínica ni respuesta diurética adecuada.

TRATAMIENTO IC AGUDA EN URGENCIAS

DIURÉTICOS

AL INGRESO

Furosemida IV: En 1ªh de asistencia:

- **No** diurético previo: **40mg bolo IV.**
- **Sí** diurético previo: Bolo IV **igual o x2** a la dosis previa (mínimo 40 mg iv).

NO asociar sueroterapia.



RESPUESTA DIURÉTICA

- Mejoría clínica (disnea, constantes, aporte de O2).
- Diuresis > 100 ml/h.
- Na⁺ orina > 50mEq/L.



SI

Mantener dosis IV cada 4-6h (mínimo 40mg)

NO

Aumentar 20-40 mg más y mantener

RESPUESTA DIURÉTICA

- Mejoría clínica (disnea, constantes, aporte de O2)
- Diuresis > 100 ml/h



SI

Mantener dosis IV cada 4-6h (mínimo 40mg).

NO

Aumentar 20-40 mg más y mantener.

RESPUESTA DIURÉTICA

- Mejoría clínica
- Diuresis > 2500 ml/24h o >100 ml/h.
- Control analítico: función renal e iones.



Dosis máxima 400mg de furosemida / 24 h.



SI

Alta - Evaluación en consultas.

NO

Hospitalización planta / UCI.

TRATAMIENTO IC AGUDA EN URGENCIAS

MEDICACIÓN PRONÓSTICA PREVIA

Normotensión: Mitad dosis BB y ARNI / IECA / ARAII.
Misma dosis de ISGLT2 y ARM.

Hipertensión: Misma dosis +/- NTG IV (TAS > 160 mmHg).

Retirar si:

- TA < 90/60 mmHg.
- K⁺ ≥ 6mEq/L.
- Cr > 2,5 mg/dl o ↓ FG del 50% respecto al basal.

MANEJO HEMODINÁMICO

Hipertensión o EAP: NTG IV (precaución EAo severa o MCH).

Normotenso: mantener tratamiento.

Hipotensión: si TAS < 90 mmHg e hipooperfundido:

- Retirar medicación previa.
- Si necesidad de vasoconstricciones: Noradrenalina.
- Valorar UCI.

TRATAMIENTO ETIOLÓGICO

Infección respiratoria: ATB IV.

FA RVR: control de FC preferente; valorar Cardioversión si inestabilidad o duración < 24-48h.

HTA: NTG IV.

SCA: doble AAG + HBPM.

Anemia: Trasfundir si severa.

Insuficiencia renal severa en oligoanuria: diálisis / UF.



Hospital
Universitario de Jaén