

INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Richard Espiga, F.; Callado Moro, F.J.

DEFINICIÓN

Presentación rápida de signos y síntomas secundarios a una función cardiaca anormal; que se caracteriza normalmente por un aumento de la presión capilar pulmonar (congestión pulmonar), pero en algunos pacientes los síntomas predominantes pueden ser debidos al gasto cardiaco reducido y la hipoperfusión tisular.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico de **PROBABILIDAD CLÍNICA DE I.C.A.**

Presencia de síntomas y signos clínicos de hipoperfusión, congestión pulmonar y sistémica (Tabla 1), así como de hallazgos compatibles en el ECG, Rx de tórax y biomarcadores.

La confirmación diagnóstica, viene dada por el ecocardiograma, que debe hacerse lo antes posible, en especial en las I.C.A. de nueva aparición (“de novo”)

Pruebas complementarias

- **Hemograma y bioquímica elemental.** (La anemia es un factor de gravedad y mortalidad de la ICA y en ocasiones su factor precipitante)

Tabla 1. Síntomas y signos de Insuficiencia Cardiaca

Congestivos	Hipoperfusión
Disnea de esfuerzo	Frialdad extremidades
Ortopnea	Palidez
Disnea paroxística nocturna	Retraso relleno capilar
Ingurgitación yugular	Livedo reticularis
Taquicardia en reposo (Tercer tono)	Confusión, bajo nivel conciencia
Hepatomegalia	Deterioro función renal
Edemas en extremidades	Aumento lactato arterial
Crepitantes bases pulmonares	
Cardiomegalia	
Derrame pleural	

- **E. Coagulación** en pacientes en tratamiento con ACO y en situaciones de gravedad.
- **D-dímeros** si sospecha de TEP.
- **Gasometría arterial** si síntomas de gravedad, $\text{SatO}_2 < 92\%$ o sospecha de hipercapnia.
- **Troponina** recomendable siempre, porque aporta información pronóstica (peor si elevada) y porque puede poner en evidencia un SCA (que puede ser el desencadenante de la ICA).
- **NT-proBNP**: recomendable siempre, pero en especial en situaciones de duda diagnóstica. Tiene un alto valor predictivo negativo (descartándose ICA por debajo de los niveles del punto de corte), y además sirve para estratificar el riesgo, información pronóstica y valorar efecto terapéutico.
- **PCR y/o Procalcitonina**, si sospecha de infección.
- **ECG** siempre. Buscar signos de C. Isquémica o SCA. Arritmias. Crecimiento cavidades, etc.

Clasificación

- Clasificación funcional (NYHA) (Tabla 2).
- ICA de novo o ICA por descompensación de IC crónica.
- ICA según estado de perfusión sistémica (frío/caliente) y de congestión pulmonar (seco/húmedo).

Tabla 2. Clasificaciones de la IC

A. Estadio clínico y clase funcional (NYHA)

ACC/AHA		NYHA	
A	Alta probabilidad de padecer IC No evidencia de anomalía No síntomas ni signos	Clase I	No limitación actividad
B	Anormalidad estructural No síntomas ni signos	II	Leve limitación actividad. No síntomas en reposo. Disnea, palpitaciones o dolor con el esfuerzo.
C	Síntomas de I.C.	III	Marcada limitación a actividad. No síntomas en reposos. Disnea, palpitaciones o dolor con mínima actividad.
D	Síntomas de reposo marcados Mala respuesta a ttos. máximos	IV	Síntomas en reposo.

B. Clasificación según gravedad clínica (Forrester modif.)

Clase I o Grupo A	Clase II o Grupo B
Caliente y seco	Caliente y húmedo
Clase III o Grupo L	Clase IV o Grupo C
Frío y seco	Frío y húmedo

MANEJO INICIAL DEL PACIENTE CON I.C.A. A SU LLEGADA A URGENCIAS

- 1 Identificar al paciente de alto riesgo** a su llegada (triaje): pacientes con shock cardiogénico y pacientes con SCACEST. Estos pacientes deben ubicarse inmediatamente en el box de críticos y valorar lo más pronto posible su ubicación en UCI o Hemodinámica, tras su estabilización. También se debe identificar al paciente con ICA hipotensiva, para ubicarlo en el box de críticos, pues va a requerir monitorizar y tratar rápidamente.
- 2 Estabilización inicial y evaluación clínica** exhaustiva (historia clínica, exploración física, solicitud de pruebas complementarias).
- 3 Buscar factores precipitantes** y/o etiológicos (Tabla 3). Intentar determinar si la función ventricular está conservada o no.

Tabla 3. Factores precipitantes de la ICA

Cardíacos	Síndrome coronario agudo Valvulopatías Otros: Miocarditis, Disección aorta, Taponamiento, Miocardiopatía posparto, Endocarditis
Circulatorios	Crisis Hipertensiva Arritmia
Alto gasto	Sepsis Anemia Tirotoxicosis TEP
Descompensación de IC crónica	Mal cumplimiento tratamiento Sobrecarga de volumen Infecciones (neumonía) Asma ACVA Cirugía Fallo renal Drogas de abuso Abuso de alcohol
Fármacos	AINES, Diltiazem, Verapamilo, Antidiabéticos orales (rosiglitazona, pioglitazona), otros

4 **Monitorización no invasiva:** TA, Fc, Fr, ECG, sat O₂. Cama a 45°. Valorar sondaje vesical.

5 **Inicio de medidas terapéuticas:**

Oxigenoterapia.

El objetivo es mantener una sat O₂ >95°. Lo podemos hacer con oxígeno en gafas nasales, en VMK (28-50%), o con reservorio.

Valorar VMNI si:

• **Indicaciones:**

- Disnea severa-moderada con uso de musculatura accesoria o respiración paradójica.
- Frecuencia respiratoria > 25 rpm.
- Deterioro gasométrico con SatO₂ < 90% a pesar de oxigenoterapia.
- EAP y/o ICA hipertensiva.
- ICA en enfermo no intubable o situación paliativa.

• **Iniciar habitualmente con CPAP** (entre 7-15 cmH₂O), **o BIPAP** si hay hiper-capnia, disnea extrema, historia de EPOC hiper-cápnico o fallo de la CPAP (IPAP entre 10-20 y EPAP entre 4-10 cmH₂O).

Morfina en bolos de 3 mgIV si ansiedad o taquipnea.

Diuréticos: bolo de 20-40 mg IV de Furosemida (**Seguril®**).

Nitroglicerina sublingual (**Vernies®**) o transdérmico.

6 **Tratamiento dirigido según la T. Arterial Sistólica.**

MANEJO SEGÚN ESCENARIO CLÍNICO DE LA I.C.A.

El Escenario clínico viene dado por la T Arterial sistólica, y por los signos y síntomas de congestión pulmonar y de perfusión sistémica.

ICA no hipotensiva (Normo/hipertensiva)

Es el escenario más frecuente: disnea y congestión con TAS de 100-140 mmHg o mayores. Los síntomas se desarrollan de forma gradual, en días o semanas. Predomina el edema sistémico, con aumento de peso.

Suelen ser pacientes con una I. Cardíaca Crónica, con disfunción sistólica y cardiopatía subyacente.

Objetivo

Conseguir una diuresis óptima para disminuir la hipovolemia.

Tratamiento

- Diuréticos (**Seguril®**) a dosis altas. (valorar perfusión continua).
- Asociar en función de la situación y respuesta clínica vasodilatadores IV (Nitroglicerina- **Solinitrina®**) (a mayor dosis y crecientes en las formas hipertensivas y a dosis bajas en las normotensivas)