MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC

Actualización
2018

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN PACIENTES ADULTOS

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: GPC-SS-219-18

CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

DIF Nacional

PEMEX

Avenida Paseo de La Reforma No. 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600 México, Ciudad de México.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright **Secretaría de Salud**, "Derechos Reservados". Ley Federal del Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda en pacientes adultos** seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

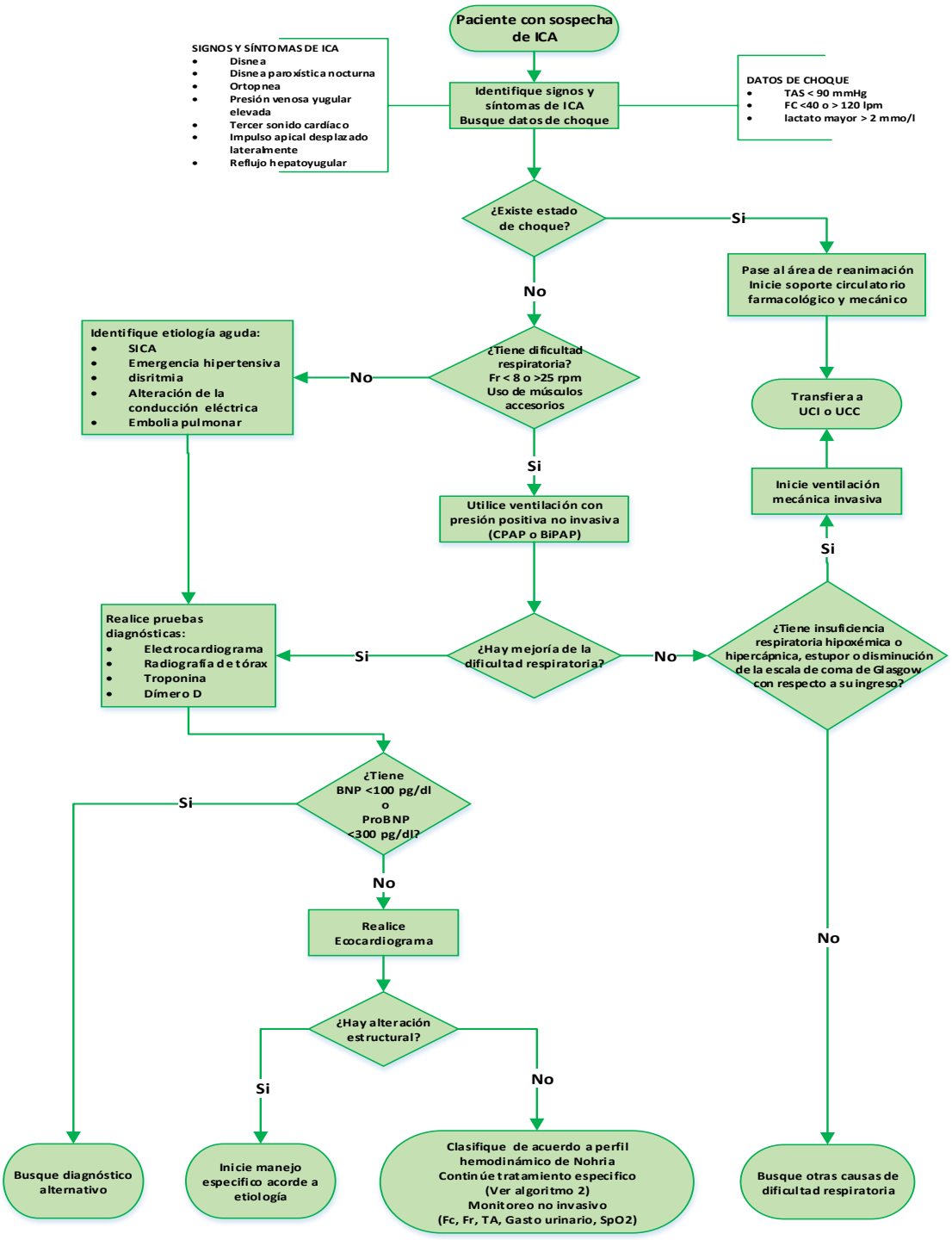
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html

Debe ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda en pacientes adultos .** Guía de Rerencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; **2018** [fecha de consulta]. Disponible en: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-219-09/RR.pdf

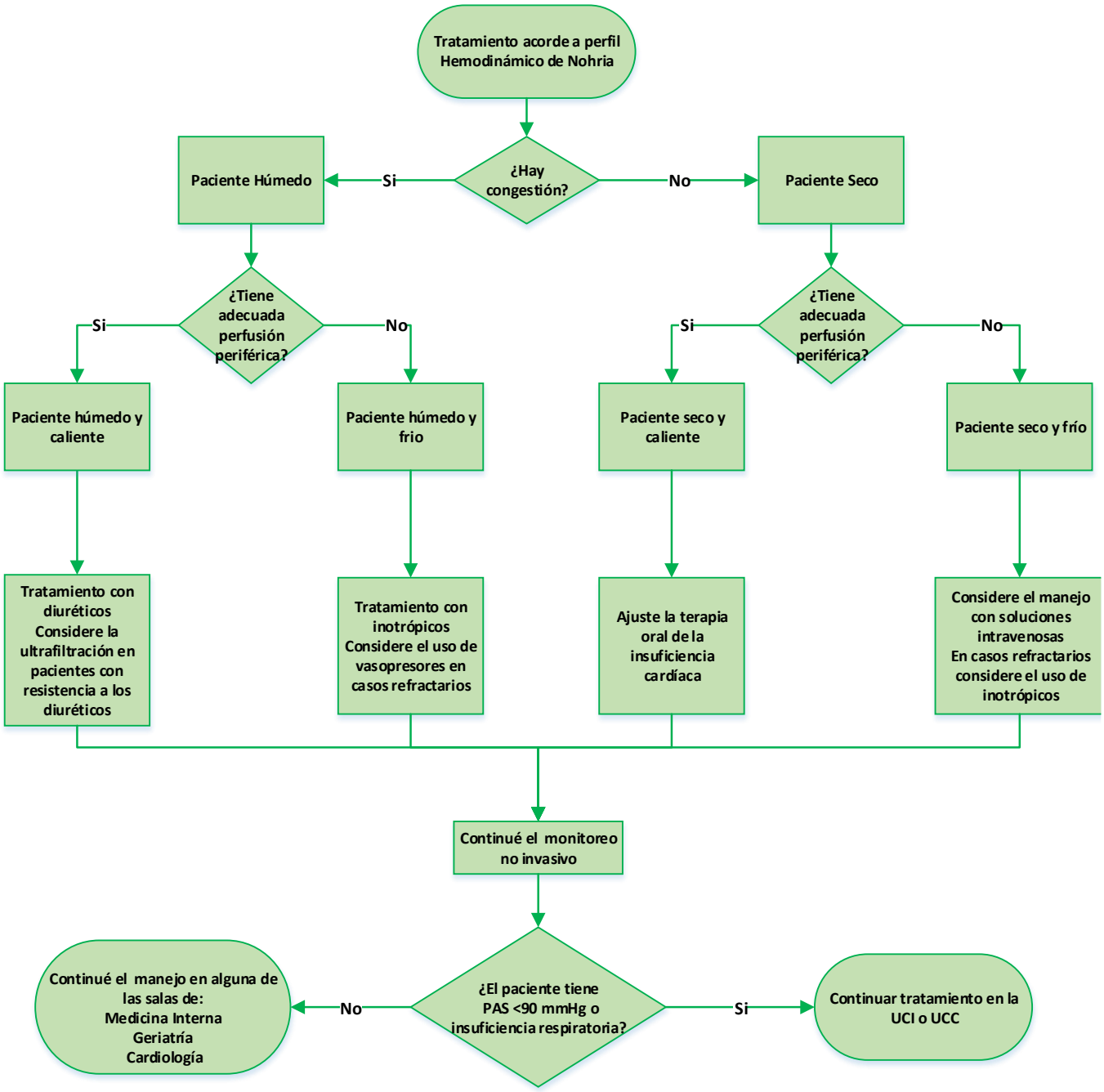
ISBN en trámite

1. Diagramas de Flujo

Algoritmo 1: Abordaje dignóstico y manejo inicial del paciente con ICA



Algoritmo 2: Abordaje terapéutico de acuerdo a perfil hemodinámico de Nohria



DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda medir el péptido natriurético cerebral (BNP o pro-BNP) en los pacientes con sospecha de ICA; los valores de BNP <100 pg/ml o pro-BNP <300 pg/ml descartan el diagnóstico de ICA.	**Fuerte a favor**
En pacientes adultos con sospecha de ICA y elevación del BNP >100 pg/dl o proBNP >300 pg/dl se sugiere realizar la ecocardiografía transtorácica tan pronto como sea posible para tratar de identificar alteraciones estructurales.	**PBP**
Se sugiere para iniciar el tratamiento y establecer el pronóstico, clasificar a los pacientes con ICA de acuerdo a los perfiles clínicos hemodinámicos de Nohria: • Seco y caliente • Seco y frío • Húmedo y caliente • Húmedo y frío **(Cuadro 1 y 2)**	**Débil a favor**
En pacientes con insuficiencia cardiaca aguda se sugiere el uso de monitoreo no invasivo.	**Débil a favor**

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
En pacientes con insuficiencia cardiaca aguda no se recomienda el uso de opiáceos de manera rutinaria.	**Débil en contra**
En pacientes con ICA congestiva se sugiere ministrar diuréticos, ya sea en bolo o en infusión continua.	**Débil a favor**
En aquellos pacientes con ICA, que previamente se encontraban en tratamiento con diuréticos, se sugiere incrementar la dosis hasta 2.5 veces en comparación con la dosis previa que ya tomaba.	**Débil a favor**
En aquellos pacientes con ICA sin tratamiento previo con diuréticos, se sugiere ministrar furosemida a 1mg/kg como dosis inicial y se ajuste la dosis de mantenimiento de acuerdo a la respuesta hemodinámica del paciente sin sobrepasar los 6 mg/kg/día.	**PBP**

En pacientes con ICA y resistencia a los diuréticos se sugiere considerar el uso de la ultrafiltración.	**Débil a favor**
Se sugiere utilizar vasodilatadores con precaución en pacientes con ICA que cursen concomitantemente con emergencia hipertensiva, isquemia miocárdica, insuficiencia aórtica o insuficiencia mitral.	**PBP**
En pacientes con ICA y choque cardiogénico se sugiere iniciar tratamiento con vasopresor o inotrópico.	**Débil a favor**
Los pacientes con ICA que presenten congestión pulmonar o acidemia, sin alteración del estado de alerta (estupor o disminución de la escala de coma de Glasgow con respecto al valor de esta a su ingreso), se debe iniciar manejo con ventilación no invasiva (CPAP o BiPAP).	**Fuerte a favor**
En pacientes con ICA que presenten: choque cardiogénico, deterioro neurológico (estupor o disminución de la escala de coma de Glasgow respecto al valor de esta a su ingreso) o insuficiencia respiratoria se sugiere manejo con ventilación invasiva.	**PBP**
En pacientes con ICA y choque cardiogénico refractario a tratamiento farmacológico, potencialmente reversible o candidatos a trasplante cardiaco, se sugiere sean manejados en una unidad de tercer nivel o de alta especialidad para que sean evaluados por un equipo cardiológico y considerar el uso de balón de contra pulsación intra aórtico o del dispositivo de asistencia ventricular izquierda.	**Débil a favor**

*Grado de Recomendación

2. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1: Síntomas y signos de insuficiencia cardiaca aguda

Síntomas	Signos
Típicos	**Específicos**
Dificultad respiratoria Ortopnea Disnea paroxística nocturna Tolerancia reducida al ejercicio Fatiga, cansancio, aumento del tiempo de recuperación después del ejercicio	Presión venosa yugular elevada Tercer sonido cardíaco (ritmo de galope) Impulso apical desplazado lateralmente Reflujo hepatoyugular
Atípicos	**Inespecíficos**
Tos nocturna Sibilancias Sensación de hinchazón Pérdida de apetito Confusión (especialmente en ancianos) Depresión Palpitaciones Mareo Síncope Bendopnea	Aumento de peso (>2 kg/semana) Pérdida de peso (en falla cardiaca avanzada) Consumo de tejidos (caquexia) Murmullo cardiaco Edema periférico (tobillo, sacro, escrotal) Crepitaciones pulmonares Reducción de la entrada de aire y percusión mate en las bases pulmonares (derrame pleural) Taquicardia Pulso irregular Taquipnea Respiración de Cheeyne Stokes Hepatomegalia Ascitis Extremidades frías Oliguria Presión de pulso estrecha

(Ponikowski P, 2016)

Cuadro 2: Marcadores clínicos de congestión

Valor diagnóstico de los marcadores clínicos de congestión					
Signo o síntoma		**Sensibilidad**	**Especificidad**	**VPP**	**VPN**
Disnea de esfuerzo		66	52	45	27
Ortopnea		66	47	61	37
Edema		46	73	79	46
Distensión venosa yugular en reposo		70	79	85	62
S3		73	42	66	44
Rayos X					
A	Cardiomegalia	97	10	61	--
B	Redistribución	60	68	75	52
C	Edema intersticial	60	73	78	53

Nota: Todos los números se expresan como porcentajes.
(Ponikowski P, 2016)