

10 puntos a recordar sobre  
**Insuficiencia Cardíaca Aguda en Servicios de Emergencia.**  
Documento oficial de la American Heart Association.

**Perspectiva:**

Los siguientes son 10 puntos a recordar sobre este reporte científico de la AHA sobre los Síndromes de Insuficiencia Cardíaca Aguda (SICA).

1. La radiografía de tórax es un test diagnóstico fundamental, pero puede no mostrar signos de congestión en más del 15 % de los pacientes, limitando su rendimiento como test de screening.
2. El BNP o el NT-proBNP debe ser medido en los pacientes en los que existe incerteza clínica respecto al diagnóstico.
3. Los objetivos del tratamiento en el servicio de emergencia son aliviar la congestión, estabilizar la hemodinamia, conseguir euvolemia, y evitar el daño tanto del miocardio como del riñón.
4. Los pacientes con SICA en el servicio de urgencia pueden ser clasificados en dos grupos basados en la presión sistólica (PS) en la presentación: 1) hipertensos (PS superior a 140 mm Hg), y 2) normotensos (PS inferior a 140 mm Hg). Los pacientes hipotensos (PS menor de 90 mm Hg) y el shock cardiogénico son raros en la presentación en el servicio de urgencia (menos del 5 %).
5. La Sociedad Europea de Cardiología sugiere que los pacientes pueden ser clasificados en seis posibles perfiles, con superposiciones entre ellos:
  - a. IC crónica en agravación o descompensada.
  - b. Edema pulmonar cardiogénico.
  - c. SICA hipertensivo.
  - d. Shock cardiogénico.
  - e. Falla cardíaca derecha aislada.
  - f. SICA con síndrome coronario agudo. Sin embargo no se han establecido objetivos específicos para cada uno de los perfiles de presentación.
6. Los predictores de eventos adversos son:
  - a. aumento de la urea o la creatinina,
  - b. hiponatremia,
  - c. cambios isquémicos en el ECG,
  - d. BNP elevado, 5) troponinas elevadas,
  - e. baja presión sistólica.
7. Aunque son muy necesarios, no están bien definidos los marcadores de bajo riesgo en el SICA. Los datos preliminares sugieren que una PS inicial superior a 160 mm Hg y una triponina I inicial normal, están asociados con una disminución del riesgo de eventos adversos.
8. El riesgo de muerte promedio durante la internación por SICA es aproximadamente 4 %. La morbilidad y mortalidad en los primeros 60 a 90 días es significativa. Los pacientes que fueron seguidos en el estudio OPTIMIZE-HF tuvieron una mortalidad de 8,6 % y una tasa de rehospitalización de 29,6 %.
9. La hipotensión y la taquicardia deben ser evitadas, especialmente en los pacientes con enfermedad coronaria.
10. Se necesita una mayor comprensión de la situación de los pacientes al momento de la presentación y de su respuesta al tratamiento actual, para identificar los objetivos de la investigación futura.

[Ragavendra R. Baliga, M.B.B.S.](#)

Traducido y adaptado de [cardiosource.org](http://cardiosource.org)

**Título:** Acute Heart Failure Syndromes: Emergency Department Presentation, Treatment, and Disposition: Current Approaches and Future Aims. A Scientific Statement From the American Heart Association

**Autores:** Weintraub NL, Collins SP, Pang PS, et al., on behalf of the American Heart Association Council on Clinical Cardiology and Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation.

**Referencia:** [Circulation 2010;Oct 11:\[Epub ahead of print\].](#)