

Role-Play Clínico: Diagnóstico, Estratificación de Riesgo y Tratamiento en Insuficiencia Cardíaca

Moderadora: Dra. M^a Eugenia Poyatos
UCI Cardiológica

 www.husc.es  [@hospspancecilio](https://twitter.com/hospspancecilio)  [@husc.es](https://www.facebook.com/husc.es)

V Jornadas

**Atención Multidisciplinar
Insuficiencia Cardíaca y Salud Cardiovascular.**

2025

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO



DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA



Dra. Tania Ortiz
Medicina Familia, C.S. Ogíjares

www.husc.es [@hospsancecilio](https://twitter.com/hospsancecilio) [@husc.es](https://www.facebook.com/husc.es)

V Jornadas

**Atención Multidisciplinar
Insuficiencia Cardíaca y Salud Cardiovascular.**

2025



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Antecedentes Personales

Hipertensión

Fibrilación Auricular



Tratamiento previo:

- Bisoprolol 2.5 mg al día
- Acenocumarol según pauta.
- Amlodipino 5 mg al día



Datos del paciente

NUHSA	NHC	CODIGO TAO 213784
Nombre MARIA (Edad: 73) (03/03/2025) (Peso: 62)		Centro/Responsable
Diagnóstico FA-FIBRILACION AURICULAR	Comentarios	Medicación SINTROM 4mg DIV-4
Rango terapéutico M. control		2.0-3.0 A.P

Historia Clínica TRT: 13.06% (Calculado para los últimos: 180 días)

Tipo	Fecha	INR	Dosis	Comentario visita	Avisos
Ambulatoria	30/04/2025 9:37	1.3	18.5	se olvidó una dosis	[Icono]
Ambulatoria	16/04/2025 10:02	2.2	18.5		[Icono]
Ambulatoria	09/04/2025 12:01	1.8	18.5		[Icono]
Ambulatoria	02/04/2025 12:28	1.4	18		[Icono]
Ambulatoria	28/03/2025 10:54	1.6	16.5		[Icono]
Ambulatoria	25/03/2025 10:44	1.5	15		[Icono]

Nueva visita

Scores

Resultado

Dosis

mg Compr.

Cuenta para TRT

Próxima cita

Días [] Fecha cita []

Centro: C.S. ALHAMA DE GRANADA Todos los centros

Anterior Citas: Siguiete

Mayo 2025							Junio 2025						
L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
			1	2	3	4							1
5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8
12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15
19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28	29
							30						

Comentarios de la visita

Tratamientos concomitantes

Notas clínicas

Interacciones

Código Descripción

Calendario dosificación

Observaciones:

Heparina

Dosificación

[Días] [Dosis] No TAO

Exploración

TA 160/100

AC: tonos arrítmicos, 120 lpm.

AR: Murmullo Vesicular Conservado, SaO2 95%

MMII: edemas con fóvea ++/+++



1. TRATAMIENTO INDICADO

Diagnóstico principal: fibrilación auricular no valvular(FANV).
Codificación del diagnóstico (CIE-9): 427.31

Indicación Principal: prevención del ictus y de la embolia sistémica en paciente adultos con FANV con uno o más factores de riesgo tales como:ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) previos,edad mayor o igual 75 años,hipertensión,diabetes mellitus o insuficiencia cardiaca(mayor o igual Clase 2 escala New York Heart Association (NYHA)

Diagnóstico principal: cirugía de reemplazo total de cadera o
Codificación del diagnóstico (CIE-9):
V43.64 (cadera)
V43.65 (rodilla)

Indicación principal: prevención primaria de episodios tromboembólicos venosos en pacientes adultos

Diagnóstico principal: tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y de la embolia pulmonar (EP), y prevención de las recurrencias de la TVP y de la EP en adultos (SÓLO PARA DABIGATRÁN).

Codificación del diagnóstico (CIE-9):453.9

2. POSOLOGÍA

2.1. TRATAMIENTO EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

	Dabigatrán	Rivaroxabán	Apixabán	Edoxabán
Posología habitual	150 mg/12 h	20 mg/24 h	5 mg/12 h	60 mg/24 h

2.2. PREVENCIÓN PRIMARIA EN EPISODIOS TROMBOEMBÓLICOS VENOSOS EN ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA DE REEMPLAZO TOTAL DE CADERA O RODILLA

	Dabigatrán		Rivaroxabán	Apixabán	Edoxabán
Posología de inicio	75 mg/24h	110mg/24h	10 mg/24 h	2,5 mg/12 h	No está financiado
Posología de mantenimiento	150mg/24h	220mg/24h	10 mg/24 h	2,5 mg/12 h	
Duración máxima: Cadera Rodilla	28-35 días 10 días		35 días 14 días	32-38 días 10-14 días	

2.3. TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y DE LA EMBOLIA PULMONAR Y PREVENCIÓN DE LAS RECURRENCIAS DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y DE LA EMBOLIA PULMONAR EN ADULTOS

	Dabigatrán	Rivaroxabán	Apixabán	Edoxabán
Posología habitual	150 mg/12 h	No está financiado		

3. NECESIDAD DE TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

(Realizar la evaluación riesgo CHA2DS2-VASc)

3.1. Evaluación del riesgo tromboembólico:

Puntuación CHA2DS2 –VASc ≥2:

-Factores de riesgo necesarios:

- Insuficiencia cardiaca NYHA ≥2 (1 punto)
- Hipertensión arterial (1 punto)
- Edad ≥75 años (2 puntos)
- Diabetes mellitus (1 punto)
- Ictus o ataque isquémico transitorio previo (2 puntos)

-Otros factores de riesgo:

- Enfermedad vascular: enfermedad arterial periférica, infarto de miocardio (1 punto)
- Edad 65-74 años (1 punto)
- Sexo femenino (1 punto)

El sexo del paciente y la enfermedad vascular carecen de una evidencia de consistencia similar a la del resto de factores de riesgo. Por tanto, en pacientes con puntuación CHA DS –VASc =2 por estos dos factores, debe valorarse con especial cuidado el balance beneficio/riesgo de la terapia anticoagulantes oral.

3.2. Presencia de al menos una de las siguientes situaciones:

- Pacientes con hipersensibilidad conocida o con contraindicación específica al uso acenocumarol o warfarina.
- Pacientes con antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC) (excepto durante la fase aguda) en los que se valore que los beneficios de la anticoagulación superan el riesgo hemorrágico.
- Pacientes con ictus isquémico que presenten criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC, definido como la combinación de HAS-BLED ≥ 3 y al menos uno de los siguientes: leucoaraiosis grado III-IV y/ o microsangrados corticales múltiples.
- Pacientes en tratamiento con aVK que sufren episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de un buen control del INR*.
- Pacientes que han iniciado tratamiento con aVK en los que no es posible mantener un control de INR dentro de rango (2-3) a pesar de un buen cumplimiento terapéutico*.
- Imposibilidad de acceso al control de INR convencional.

**Se considerará que el control de INR es subóptimo cuando el porcentaje de tiempo en rango terapéutico (TRT) sea inferior al 65%, calculado por el método de Rosendaal. En los casos en los que este método no esté disponible, se considerará que el control de INR es subóptimo cuando el porcentaje de valores de INR dentro de rango terapéutico (TRT directo) sea inferior al 60%. En cualquiera de los supuestos, el periodo de valoración es de al menos los últimos 6 meses, excluyendo los INR del primer mes (en caso de ajuste inicial de dosis) o periodos de cambio debidos a intervenciones quirúrgicas o dentales u otros procedimientos invasivos, etc. que conlleven la modificación de la pauta de aVK.*

4. PRECAUCIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS

- ✓ Considerar la capacidad del paciente y/o cuidador para entender el riesgo/beneficio de la anticoagulación.
- ✓ Insistir en el buen cumplimiento terapéutico según las instrucciones del nuevo tratamiento.
- ✓ Ajustar las dosis según aclaramiento de creatinina, peso y edad (reevaluar posibles cambios con una periodicidad mínima anual):

Selección detallada		Perfiles	Algoritmos Diagnósticos	Pruebas solicitadas	
Añad.	Descripción			Nombre convencional	Espécimen
▼	IGRA Tuberculosis			Colesterol de HDL	Sangre
▼	Perfil SUMISION QUIMICA AP			Triglicéridos	Sangre
▼	SARS-CoV Seguimiento AP			Bilirrubina total	Sangre
▼	Serología COVID			Gamma glutamiltransferasa	Sangre
▼	Accidente riesgo biológico: caso expuesto			Aspartato transaminasa	Sangre
▼	Accidente riesgo biológico: caso fuente			Fosfatasa alcalina	Sangre
▼	Alcoholemia judicial			alfa-Amilasa	Sangre
▼	ANES Preoperatorio <40 años			Sodio	Sangre
▼	ANES Preoperatorio >40 años			Potasio	Sangre
▼	AP Perfil Acogida			Magnesio	Sangre
▼	Drogas de abuso judicial			PROTEÍNAS ESPECÍFICAS (sangre)	
▼	Estudio HTA Hormonal			Hemoglobina glicosilada (A1c)	Sangre
▼	[Estudio/seguimiento] de Hiperferritinemia			Ferritina	Sangre
▼	Insuficiencia cardíaca Diagnóstico			HORMONAS (sangre)	
▼	Insuficiencia cardíaca Post-			Tirotropina	Sangre
				<u>pro-Péptido natriurético cerebral</u>	Sangre
				BIOQUÍMICA General (orina)	
				Albúmina (orina)	Orina

Tratamiento:

Losartán 50mg por la mañana

Bisoprolol 2,5mg por la mañana

Rivaroxabán 20mg a medio día

Furosemida 40 mg por la mañana y 40mg a medio día

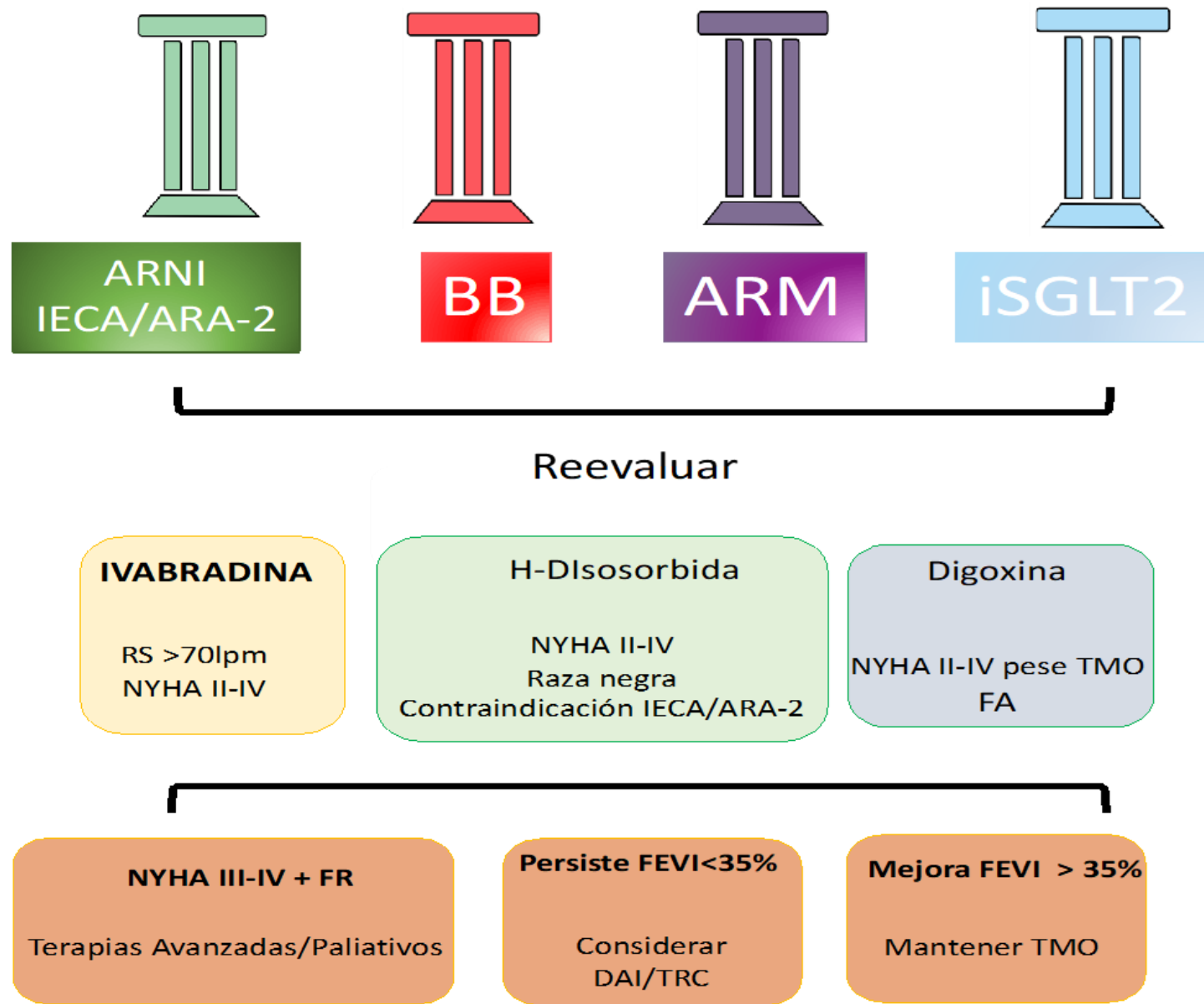
Amlodipino 5mg por la noche



Signos de alarma

- **Disnea (Ortopnea, DPN)**
- **Aumento de peso (1kg/día o 3Kg/semana)**
- **Edemas en mmii y/o abdomen**
- Disminución de la diuresis
- Palpitaciones
- Dolor torácico
- Mareo
- Tos





McDonald et al. Canadian Journal of Cardiology 2021



DESCOMPENSACIÓN EN URGENCIAS



Dra. Silvia Rodríguez
Urgencias, H.U.San Cecilio

www.husc.es [@hospstancecilio](https://twitter.com/hospstancecilio) [@husc.es](https://www.facebook.com/husc.es)

V Jornadas

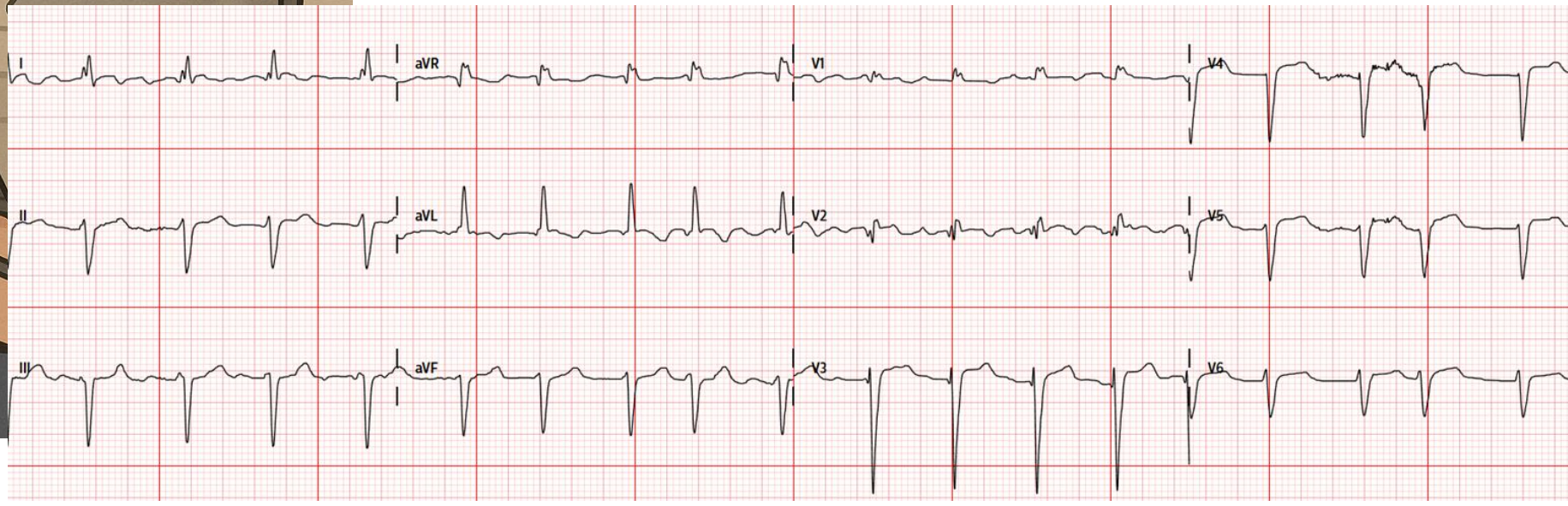
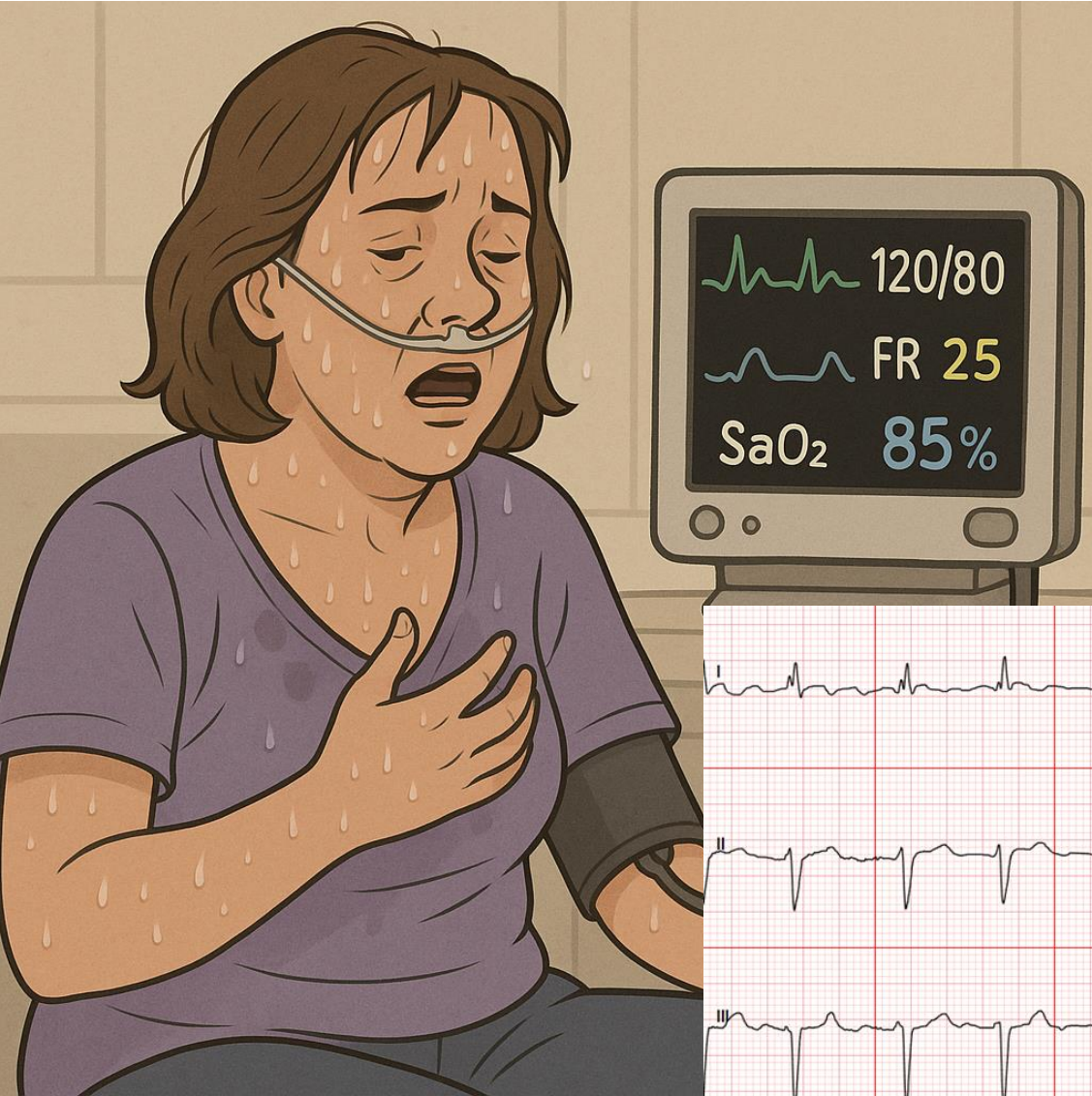
**Atención Multidisciplinar
Insuficiencia Cardíaca y Salud Cardiovascular.**

2025



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

URGENCIAS

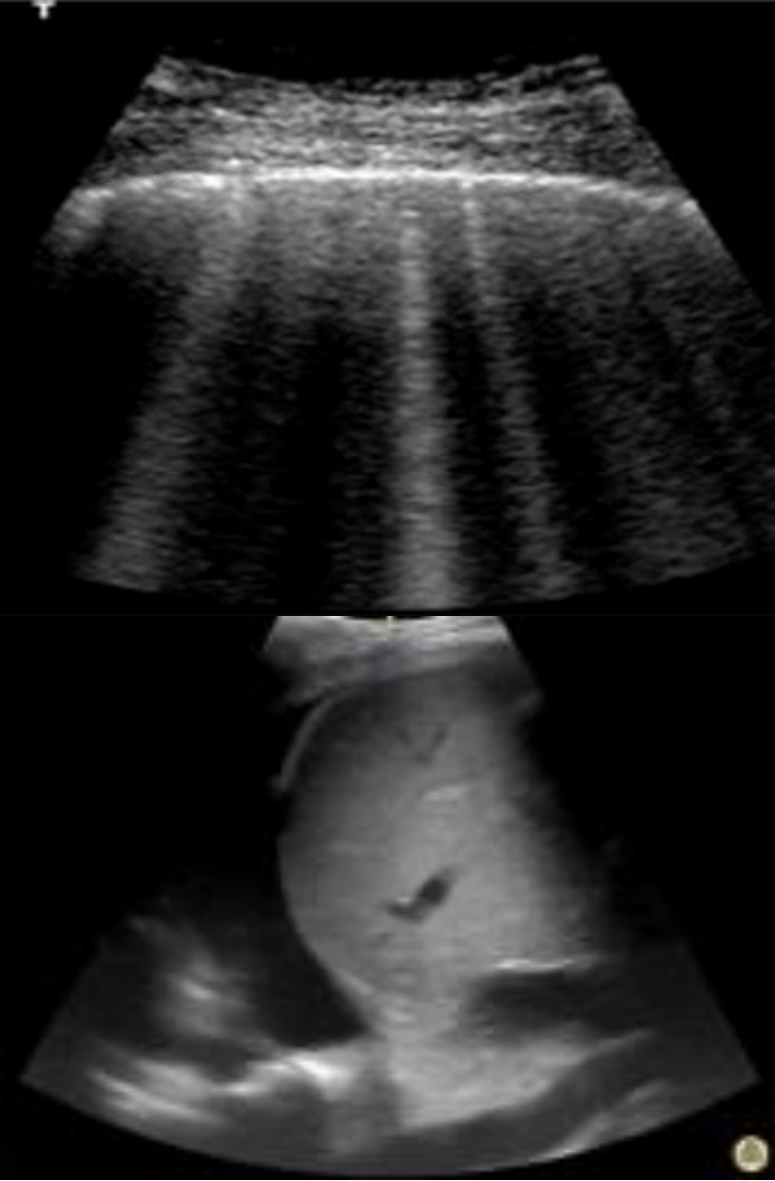


URGENCIAS

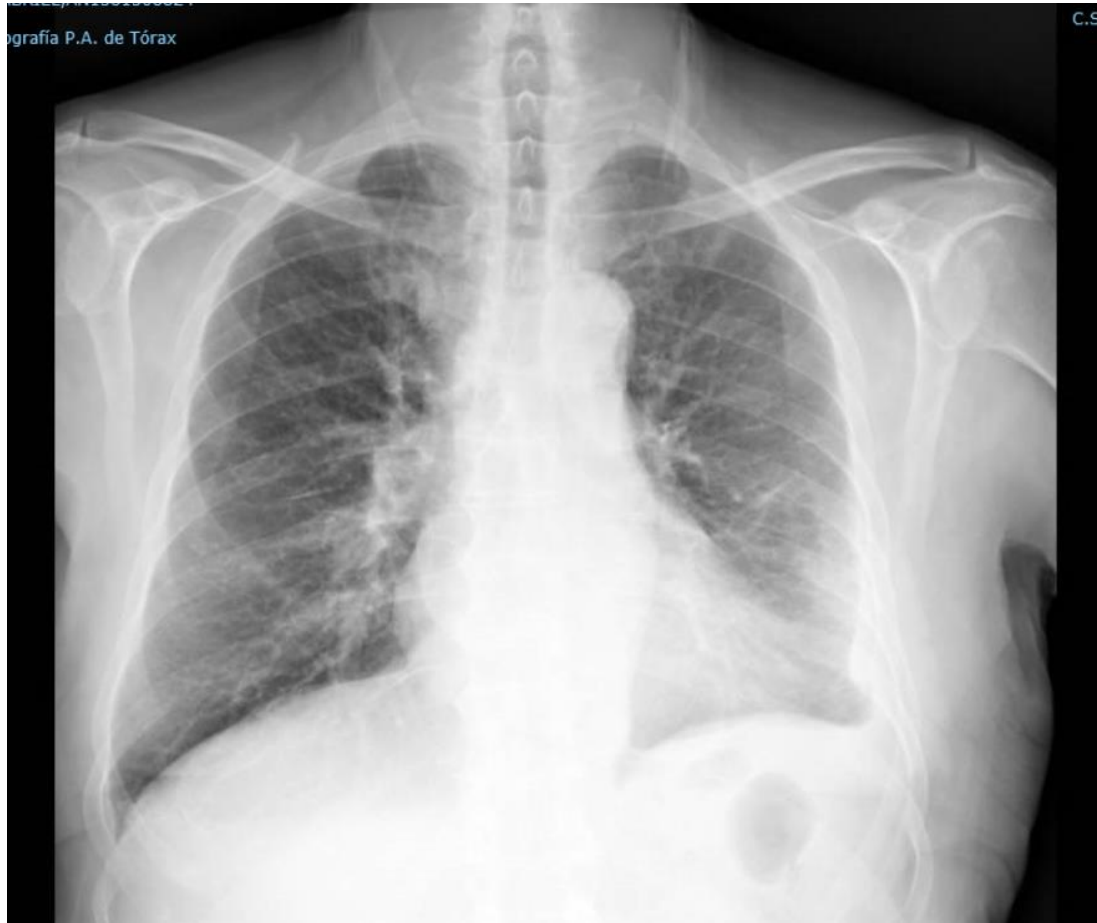


Gasometría arterial

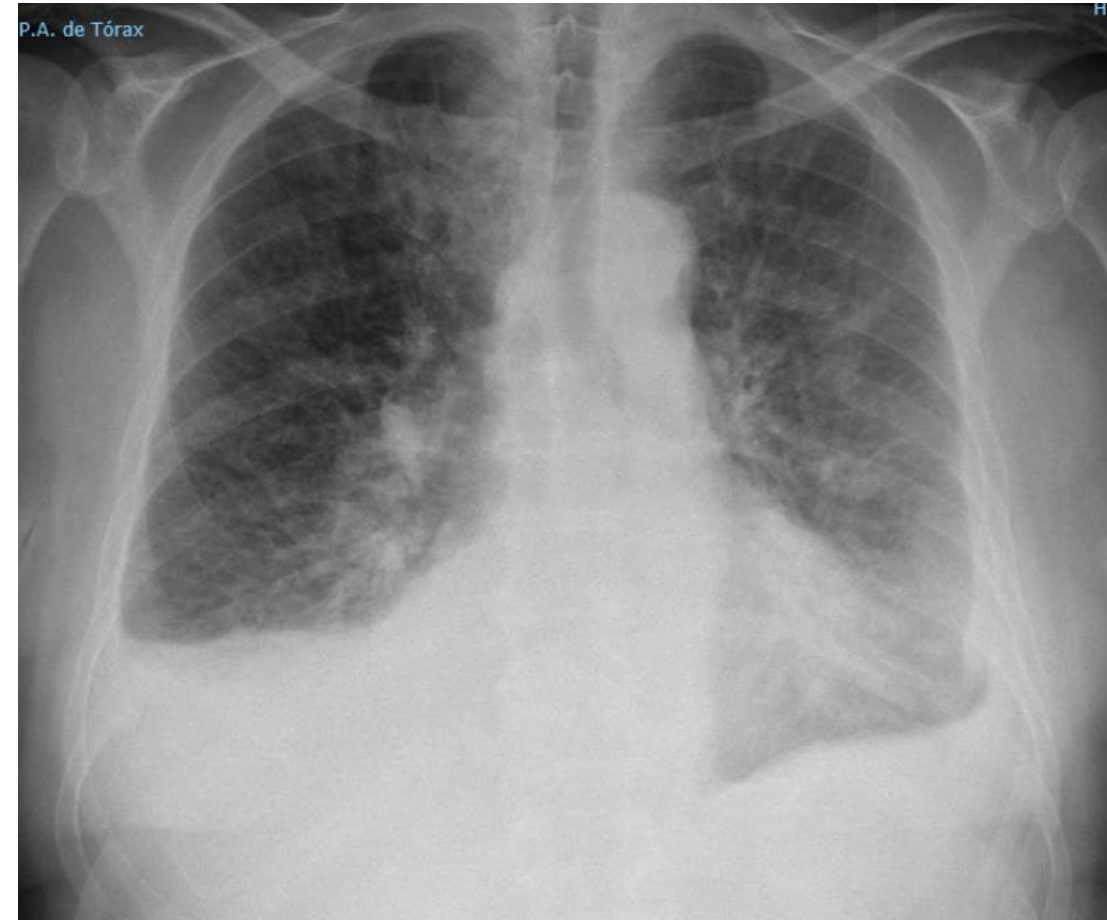
pH (a)	**	7.328		7.35 - 7.45
Presión parcial de CO2 (a)	**	30.5	mmHg	35 - 48
Presión parcial de O2 (a)	**	57.4	mmHg	83 - 108
Bicarbonato actual (a)	**	16	mmol/L	21 - 28
Bicarbonato estándar (a)	**	17.5	mmol/L	22 - 26
Exceso de Bases (en sangre/actual; a)	**	-8.6	mmol/L	-2 - 3
Exceso Bases (líquido extracelular/estándar; a)	**	-10	mmol/L	
Contenido total de CO2 (a)	**	16.9	mmol/L	19 - 24
Glucosa (gasómetro; a)		145	mg/dL	
Ácido láctico (sangre total; arterial)	*	2.9	mmol/L	0.6 - 2.5
Sodio (gasómetro; a)	*	132	mmol/L	136 - 145
Potasio (gasómetro; a)		4.70	mmol/L	3.50 - 5.10
Cloro (gasómetro; a)		101	mmol/L	98 - 109
Calcio iónico (sangre total)	**	4.58	mg/dL	4.6 - 5.1
Saturación de O2 (a)	**	88	%	94 - 98
Hemoglobina total (hemoxímetro; a)	**	15.8	g/dL	11 - 17
Oxihemoglobina (porcentaje; a)	**	86.2	%	95 - 98
Carboxihemoglobina (porcentaje; a)	**	2	%	0.5 - 1.5
Desoxihemoglobina (porcentaje; a)	**	11.8	%	0 - 5
Metahemoglobina (porcentaje; a)	**	0	%	0.4 - 1.5



RX. CENTRO DE SALUD



RX. URGENCIAS



URGENCIAS

PRESENTACIÓN

PACIENTE CONGESTIVO



Signos y síntomas



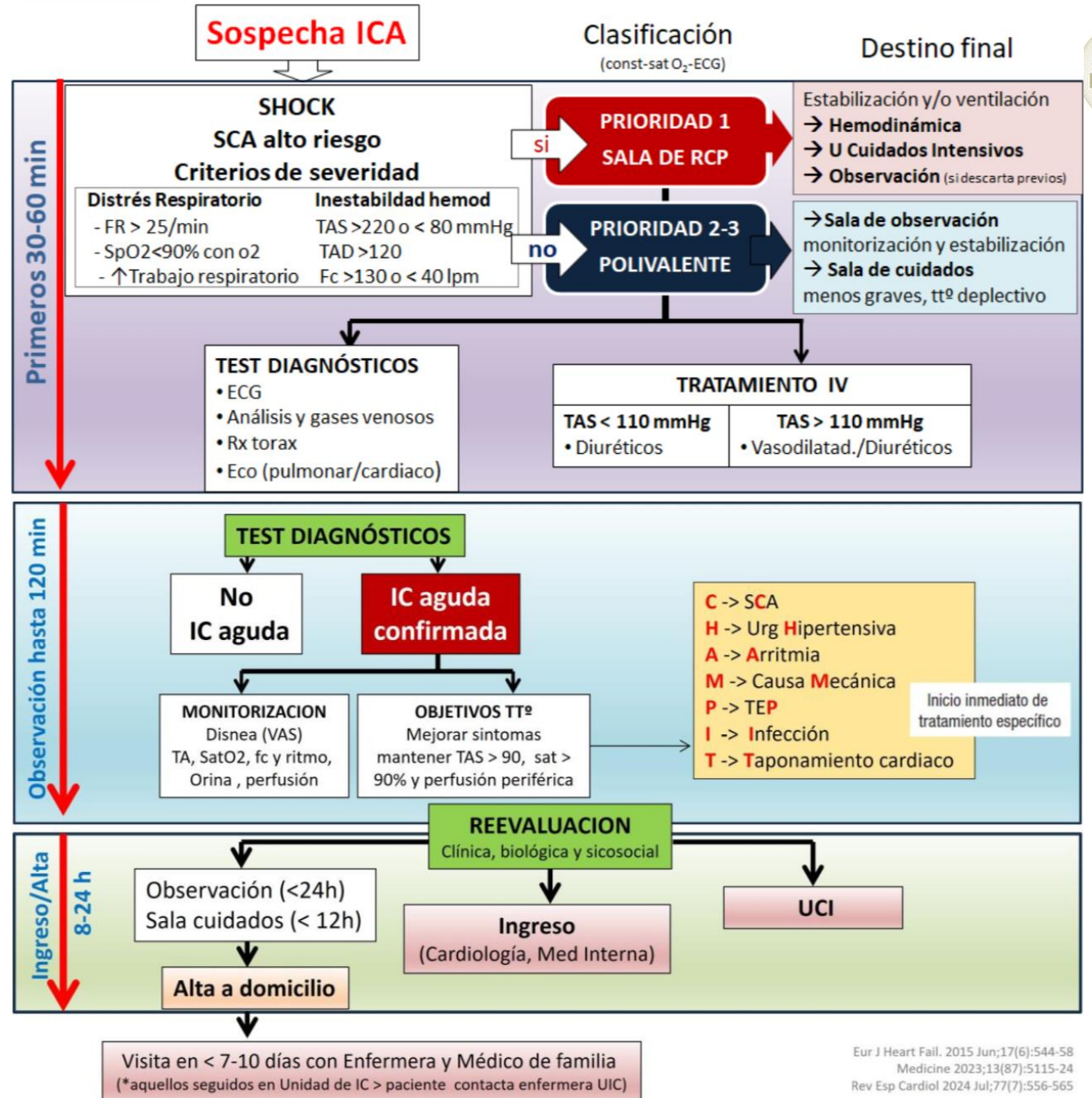
Biomarcadores



POCUS

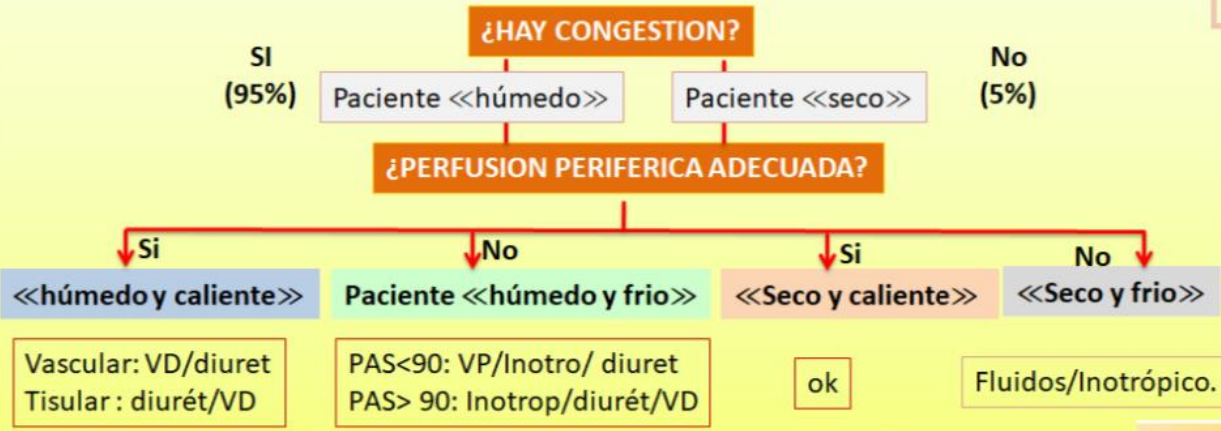


EVALUACIÓN MULTIPARAMETRICA



Eur J Heart Fail. 2015 Jun;17(6):544-58
Medicine 2023;13(87):5115-24
Rev Esp Cardiol 2024 Jul;77(7):556-565

TRATAMIENTO SEGÚN PERFIL CLINICO



B- Diurético: Furosemida iv



C- Vasodilatadores: Nitroglicerina i.V



HBPM → Profilaxis TE(salvo AO) → Bemibarina 2500U sc/24h

Digoxina → FA fc > 110 pese a bbiq → Bolo: 0,25-0,5 mg sin ttº previo

Morfina → Sólo ansiedad severa o paliación → Bolo: 3 mg/3 min (max 15 mg)

A- SOPORTE RESPIRATORIO

OBJETIVO: Saturación > 90% o pO₂ > 60mmHg



Na ur tras 2 h



MEDIDAS INICIALES:

- 160 mg furosemida en bolo/ perfu la 1ª hora.
- O₂ en ventimask. Valorar CPAP/ONAF.
- NTG según TA.

URGENCIAS

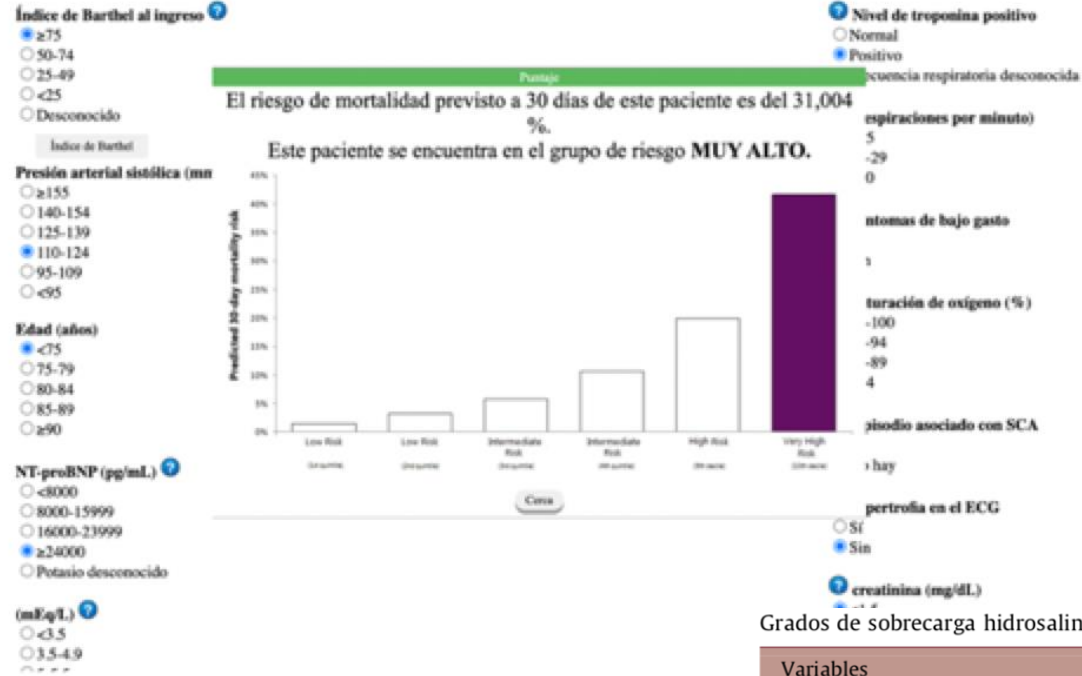


Glucosa	*	149	mg/dL	75 - 115
Urea	*	75	mg/dL	18 - 55
Creatinina	*	1.44	mg/dL	0.6 - 1.2
Proteínas totales		7.5	g/dL	6.6 - 8.3
Albumina		4.3	g/dL	3.5 - 5.2
Bilirrubina total	**	1.83	mg/dL	0.3 - 1.2
Bilirrubina directa	*	0.78	mg/dL	0.05 - 0.2
Bilirrubina indirecta	*	1.05	mg/dL	0 - 0.75
Aspartato transaminasa (GOT)	**	457	U/L	11 - 34
Alanina transaminasa (GPT)	**	449	U/L	6 - 45
Gamma glutamiltransferasa (GGT)	*	185	U/L	5 - 55
Creatina quinasa		74.4	U/L	7 - 200
Lactato deshidrogenasa (LDH)	**	1146	U/L	18 - 250
Sodio	*	133	mEq/L	136 - 145
Potasio	*	5.60	mEq/L	3.50 - 5.10
<u>pro-Péptido natriurético cerebral (NT-proBNP)</u>	**	25195	pg/mL	8 - 450
			<i>IC con elevada probabilidad</i>	
Proteína C reactiva	*	39.5	mg/L	0.4 - 5
Procalcitonina		0.11	ng/mL	0.02 - 0.5
Troponina I (alta sensibilidad)	**	176	pg/mL	2 - 34.2

EVOLUCIÓN OBSERVACIÓN (tras 12 h):

- ACR: arrítmica, crepitantes hasta campos medios
- MMII: edema con fóvea hasta rodillas
- TA: 125/56, FC FA a 110 lpm, FR 15, SaO2 ventimask 28% 96%, diuresis 3000 cc, Na en orina 80
- Eco pulmonar líneas B y derrame pleural bilateral > 1cm

ESCALAS



MEESSI: mortalidad a los 30 días en ICA en urgencias, riesgo bajo, intermedio, alto o muy alto.

Grados de sobrecarga hidrosalina según abordaje multiparametrico.

Grados de sobrecarga hidrosalina según un abordaje multiparamétrico

Variables	Euolemia	Leve	Moderada	Grave
<i>Variables clínicas</i>				
Ortopnea	No	1 almohada	2 almohadas	Continua
RY, cm	< 6	6-9	9-15	> 15
Crepitantes	Ausente	Bases	< 50%	> 50%
Edemas	Ausentes	Tobillos	Rodillas	> Rodillas
Ascitis	No	Mínima, no requiere punción	Moderada, susceptible de punción	A tensión, requiere punción
<i>Biomarcadores</i>				
CA125, U/ml	< 20	20-34	35-99	> 100
BNP/NT-proBNP, pg/ml	< 100/< 300	100-400/300-1.800	400-2.500/1.800-10.000	> 2.500/> 10.000
<i>Ecografía pulmonar</i>				
Derrame pleural	Ausente	< 1 cm	> 1 cm	Atelectasia
Líneas B	Ausente	< 3 líneas por campo	> 3 líneas en menos de 2 regiones por pulmón afectadas	> 3 líneas en 2 regiones por pulmón afectadas
VExUS	0	1	2	3

CRITERIOS DE INGRESO:

- **IC debut:** fallo moderado-severo (NYHA III-IV).
- **Pobre respuesta al tto de urgencias:** edema o disnea grave.
- **Comorbilidad “activa grave”.**
- **Barreras del autocuidado significativas.**
- **Riesgo intermedio-alto** (Meessi-AHF.risk)



UCI: paciente subsidiario de medidas invasivas, con evolución desfavorable.

- IC refractaria en situación de bajo gasto, necesidad de amins vasoactivas. Shock Cardiogénico.
- Insuf respiratoria con necesidad de O2 a alto flujo o VMNI/VMI.
- Insuf renal en oligoanuria tras escalada de diuréticos.
- Arritmias ventriculares no controladas.
- Síndrome Coronario Agudo.

¿DÓNDE INGRESA?:

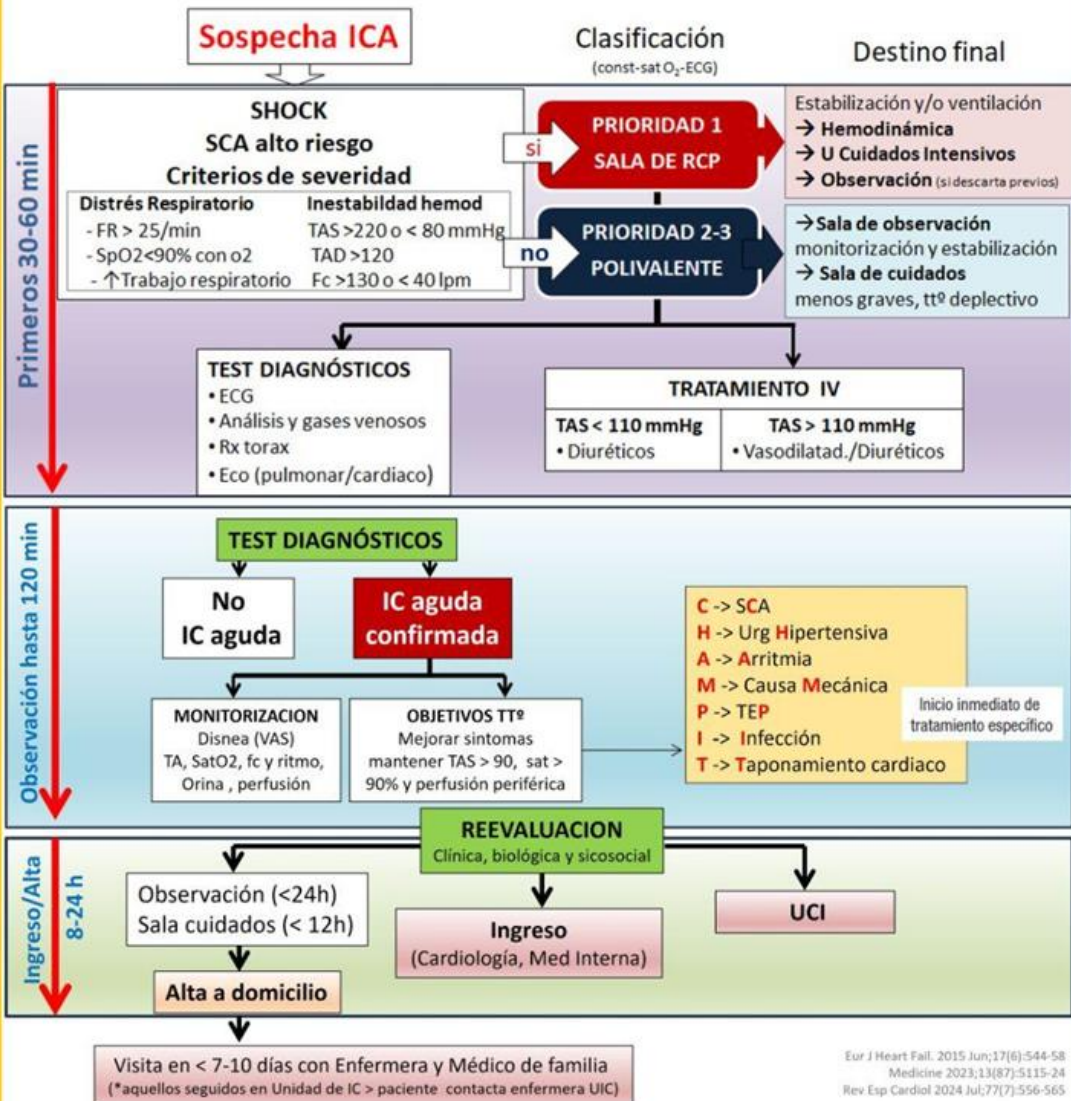
CARDIOLOGÍA:

- IC de debut sin comorbilidad significativa (pluripatología excluyendo cardiopatía)
- IC recurrente en contexto de **cardiopatía en seguimiento** (salvo comorbilidad significativa px).
- Necesidad de **procedimientos cardiológicos invasivos.**

MEDICINA INTERNA: IC en paciente

pluripatológico, sin cardiopatía en seguimiento, agotamiento terapéutico, dependencia (Barthel < 60), síndromes geriátricos.

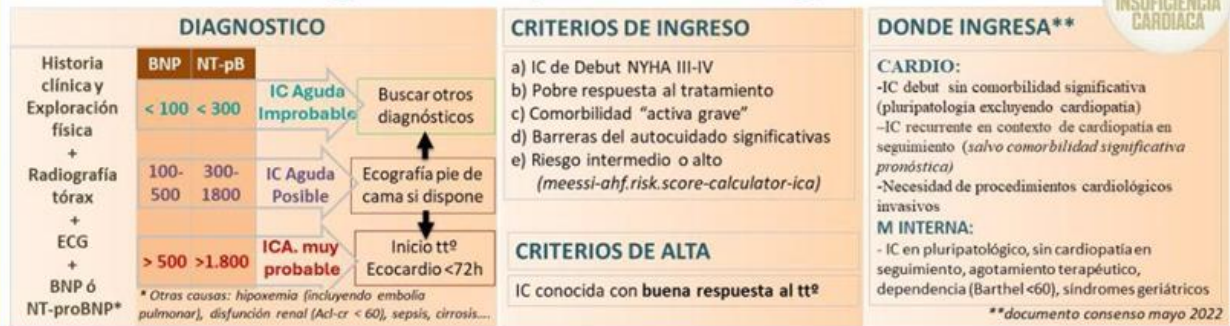
1 Manejo Insuficiencia Cardíaca Aguda



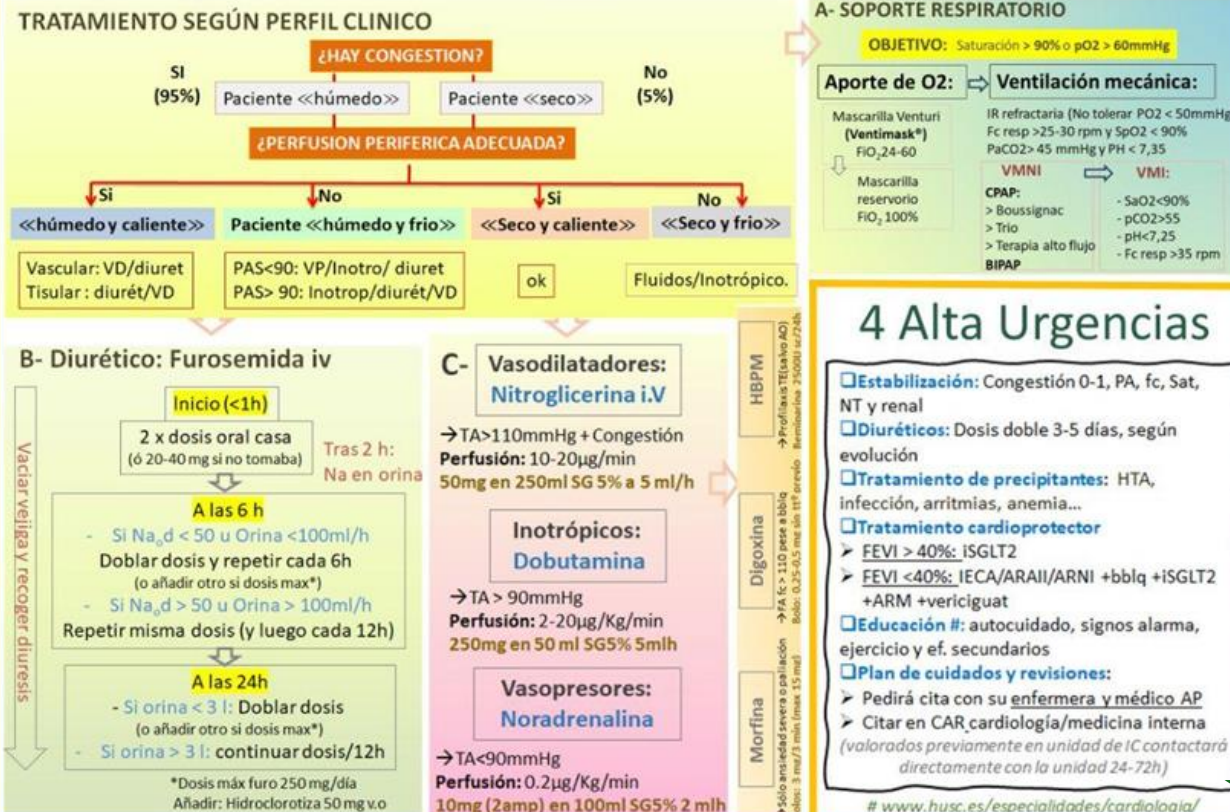
Eur J Heart Fail. 2015 Jun;17(6):544-58
 Medicine 2023;13(87):5115-24
 Rev Esp Cardiol 2024 Jul;77(7):556-565

Autores del grupo trabajo IC: JG Sánchez-Ramos, D. Segura Rodríguez y N. Herrera Gómez (cardiología), AI Pardo Cabello (medicina interna), S. Rodríguez de Priego (urgencias), E. Poyatos Aguilera (UCI cardiológica) y B. Esteban Vilchez (gestora de casos). Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. Octubre 2024

2 Diagnóstico y criterios ingreso



3 Tratamiento y guía farmacológica



OPTIMIZACIÓN EN PLANTA DE CARDIOLOGÍA



Dr. Norberto Herrera Gómez
Cardiología, Hospitalización, H.U.San Cecilio

www.husc.es [@hospstancecilio](https://twitter.com/hospstancecilio) [@husc.es](https://www.facebook.com/husc.es)

V Jornadas

**Atención Multidisciplinar
Insuficiencia Cardíaca y Salud Cardiovascular.**

2025



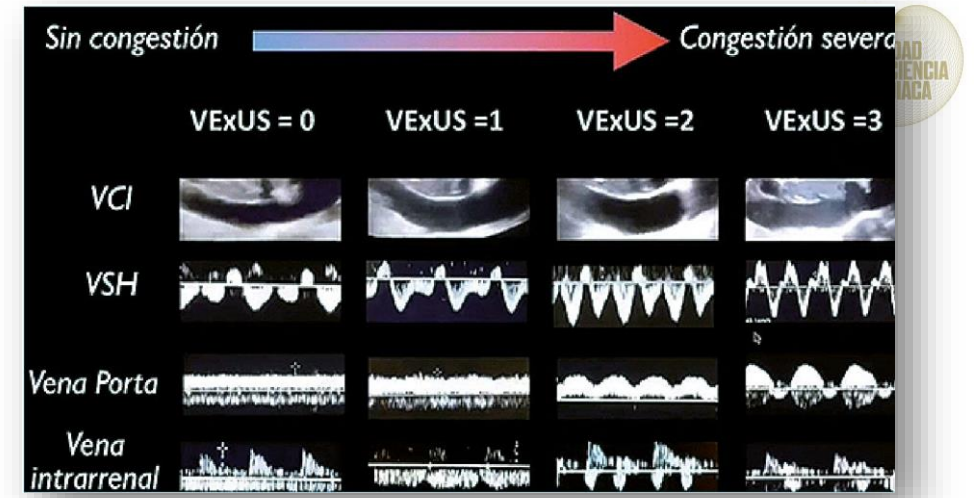
HOSPITAL UNIVERSITARIO **SAN CECILIO**

Exploración Física

TA 115/68 mmHg, FC 95-105 lpm. Sat 95% (1l), Diuresis 1.400. Peso 86 kg
AR: MV abolido base izquierda y crepitantes campos medios
AC; Arrítmico con soplo sistólico en foco mitral
MMII; edemas ++/+++ hasta rodillas

Analítica

Creatinina 1.4, FG 38 ml/min, urea 56, sodio 132, potasio 4. Hierro 34, ferritina 67, IST 18%, proBNP 18.540, CA125 89.
HMG: Hb 11.2, VCM 84, leucos 6.800 (74% PMN), plaquetas 232.000.

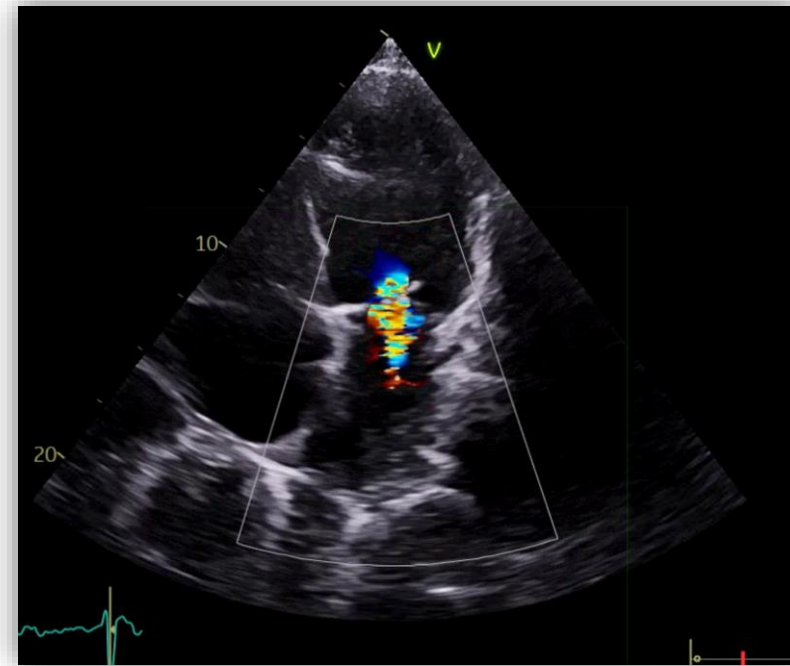
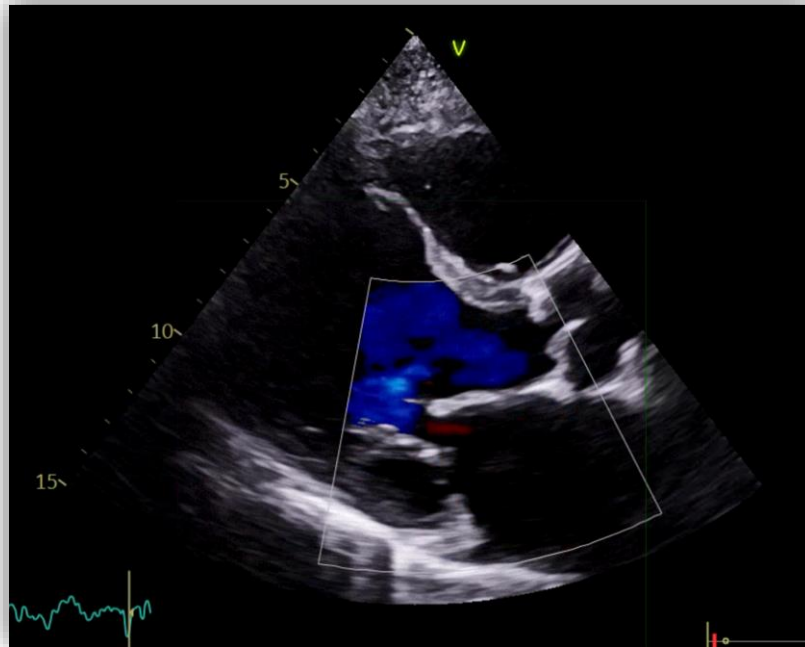


TRATAMIENTO

- Furosemida 20 mg/6 horas i.v
- Bisoprolol 2.5 mg cada 24 horas
- Omeprazol 20 mg/24h
- Rivaroxabán 20 mg/24h.
- Losartán 50 mg en desayuno.
- Amlodipino 5 mg en la cena.

- Furosemida perfusión 250 mg a ritmo de 1 ml/h (10mg/hora)
- Hidroclorotiazida 25 mg/24h
- Dapagliflozina 10 mg/24 h
- Bisoprolol 2.5 mg/12 horas
- Digoxina 0.25 mg día
- Eplerenona 12.5 mg/24h.
- Sacubitrilo/Valsartán 24/26 mg cada 12 horas.
- Rivaroxabán 15 mg/24h (FG<50)

Ecocordio



Coronariografía



**IC con FEVI
Reducida**

**No isquémica... Posible
Taquimiopatía**

TRATAMIENTO

- Furosemida perfusión 250 mg a ritmo de 1 ml/h (10mg/hora)
- Hidroclorotiazida 25 mg/24h
- Dapagliflozina 10 mg/24 h
- Bisoprolol 2.5 mg/12 horas
- Digoxina 0.25 mg día
- Rivaroxabán 15 mg/24h

- **Furosemida 20 mg/8h**
- Bisoprolol 2.5 mg/12 horas
- Digoxina 0.25 mg, medio c. día
- Dapagliflozina 10 mg.
- **Eplerenona 12.5 mg.**
- **Sacubitrilo/Valsartán 24/26 mg cada 12 horas.**
- Rivaroxabán 15 mg/24h.



Fármacos modificadores de la enfermedad



Guías ESC
IC 2021 (revisión 2023)



Guías AHA
IC 2022



ARNI /IECA/ARA2

Betabloqueantes

ARM

iSGLT2

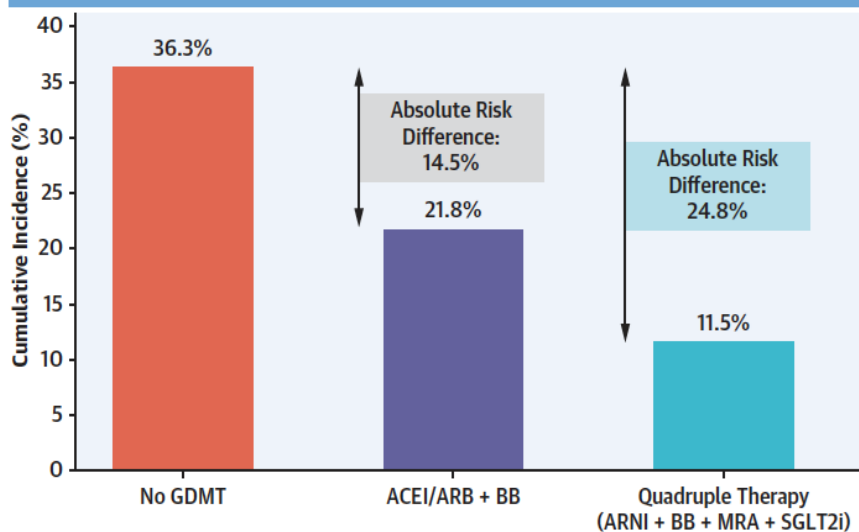
Vericiguat

IIb B

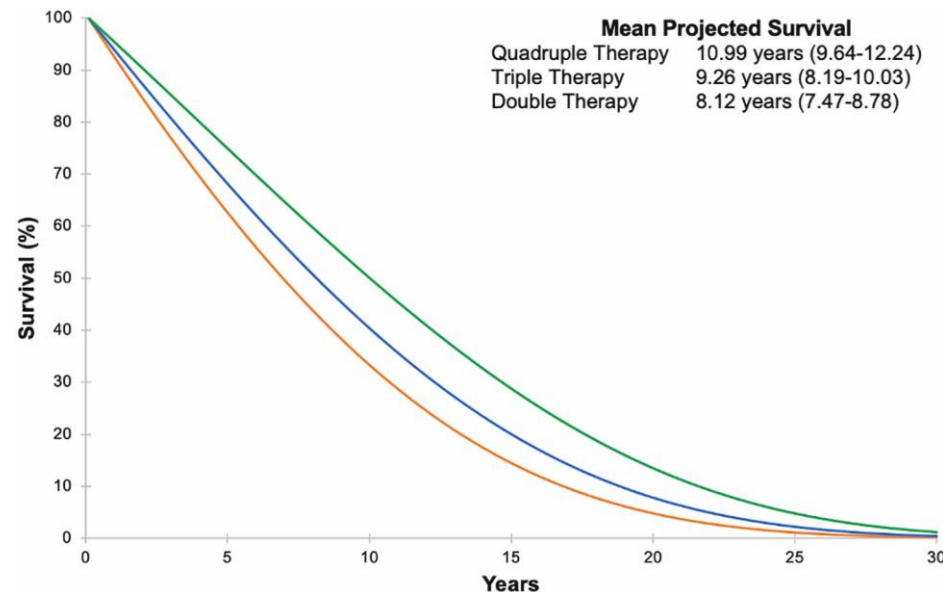
It is recommended that evidence-based oral medical treatment be administered before discharge. ^{103,513}

I	C
---	---

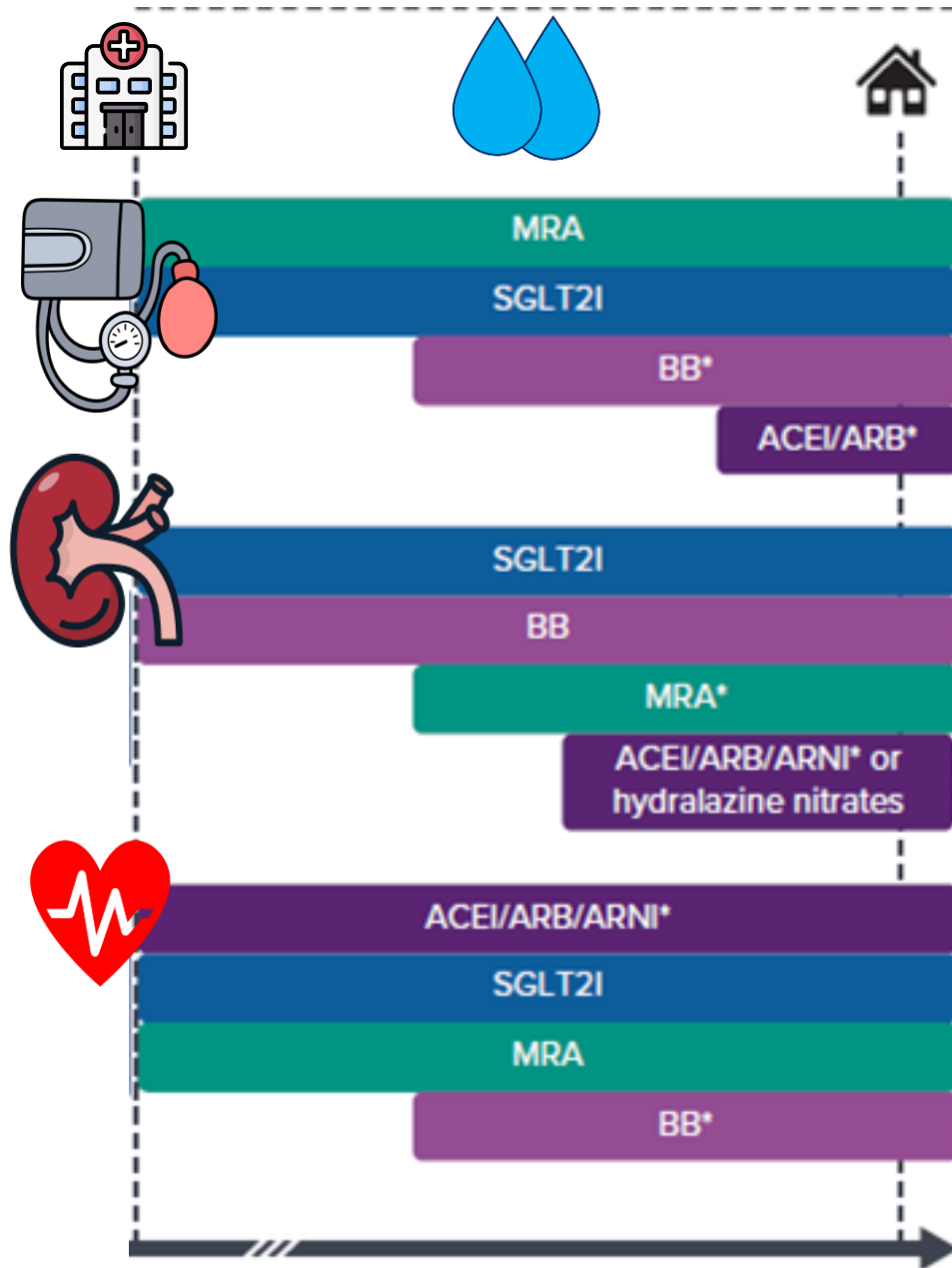
C Estimated Effects of GDMT on 12-Month All-Cause Mortality



Greene SJ et al. J Am Coll Cardiol HF. 2024 Aug, 12 (8) 1365–1377



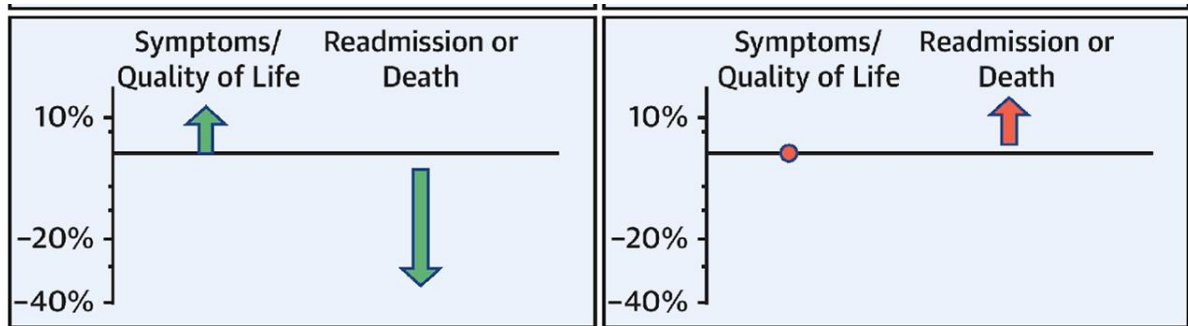
Neal et al. J Am Coll Cardiol HF. 2023 May, 11 (5) 541–551



- **Inicio Temprano y Paralelo:** Se sugiere comenzar con dosis bajas de los cuatro pilares simultáneamente, ajustando según la respuesta y tolerancia del paciente.
- **Monitorización Regular:** Es crucial vigilar la función renal, los niveles de potasio y la presión arterial para detectar y manejar posibles efectos adversos.
- **Educación al Paciente:** Informar sobre los beneficios y posibles efectos secundarios mejora la adherencia al tratamiento

INICIO GDMT

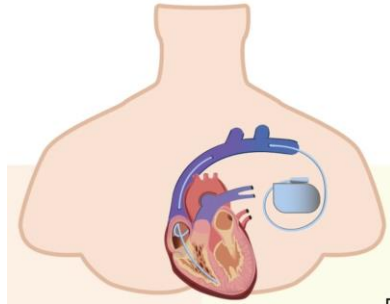
INSISTIR EN DESCONGESTIÓN



Cotter G, et al. J Am Coll Cardiol. 2024;83(13):1243-1252.



INDICACIÓN DAI EN PACIENTES CON IC



Prevención Secundaria

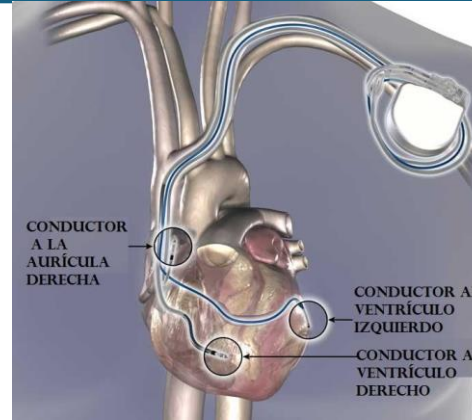
Supervivientes de MS recuperada por TV/FV

Prevención Primaria

FEVI \leq 35% Y Tratamiento Médico Optimo 3 meses Y NYHA II/III Y expectativa de vida >1 año

- **Isquémicos**, pasados al menos 40 días del evento: **I/A**
- **No isquémicos**: **Ila/A**

INDICACIONES DE RESINCRONIZACIÓN



FEVI \leq 35% Y Tratamiento Médico Optimo 3 meses Y NYHA II/III Y expectativa de vida >1 año

I/A

- QRS \geq 150 ms y bloqueo de rama izquierda
- QRS estrecho pero van a necesitar estimulación (Bloqueo AV completo)

Ila/A

- QRS 130-149 ms y bloqueo de rama izquierda
- QRS \geq 150 ms sin bloqueo de rama izquierda (trastorno inespecífico de la conducción)

CHALECO DESFIBRILADOR

Ilb B



MITRACLIP



Finalmente al alta



❖ Situación al alta

Clase NYHA al alta (I-II)

Peso (79kg)

TA (102/64mmHg)

Ritmo (FA)

FC (70lpm)

❖ ANALÍTICA

Creatinina (1.3), FG (38ml/min) urea (35), Na+ (138), K+ (5.6), Hb (15). Hierro (55), NT-proBNP (2600)

❖ Tratamiento:

1. *Rivaroxabán 15 mg/24h.*
2. *Bisoprolol 5 mg/12h*
3. *Digoxina 0.250 mg, medio comprimido diario.*
4. *Sacubitrilo/Valsartán 24/26 1c/12h.*
5. *Eplerenona 25 mg, medio en la merienda.*
6. *Dapagliflozina 10 mg*
7. *Furosemida 1 comp en desayuno y almuerzo*
8. *ResinCalcio (Poliestireno sulfonato cálcico), un sobre en el desayuno**



* *Ciclosilicato de Sodio y Zirconio
Patiromero*



Solo nefrología, cardiología y medicina interna para **ERC e IC** con **K \geq 5.5- 6.4 mmol/litro**), en tratamiento con inhibidores del **SRAA** y se considere **imprescindible** su continuación, y tras **fracaso o intolerancia a resinas**.

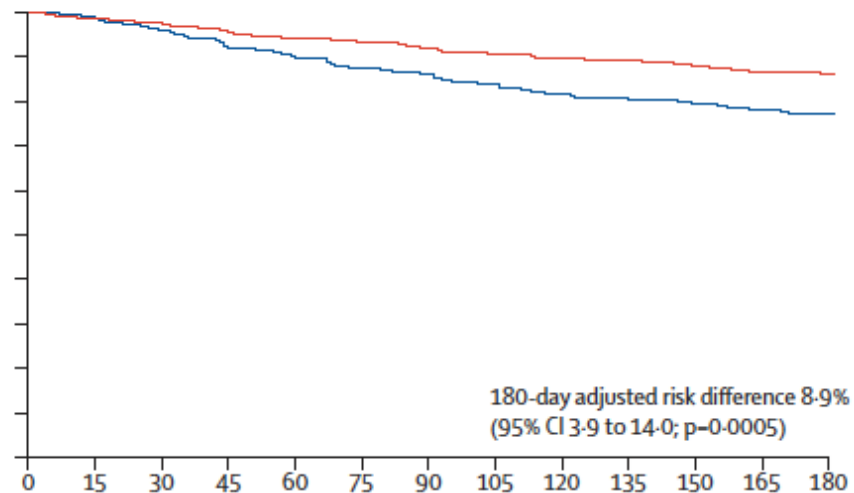
Transición al alta



IMPACTO SEGUIMIENTO	<u>Estándar</u>	<u>Precoz en Unidad IC</u>
Mortalidad a 6 meses	10–15%	5–8%
Rehospitalización a 30 días	23–27%	12–18%
Optimización de los 4 pilares	<30%	>70%
Reducción NT-proBNP (>30%)	40%	>65%

(Fuentes: estudios STRONG-HF 2022, CHARM-Extended, registros ESC-HF-LT, PIONEER-HF)

Mortalidad o Rehospitalización por IC



Guías ESC IC 2021 (revisión 2023)

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Se recomienda una estrategia intensiva con inicio y aumento rápido del tratamiento basado en la evidencia antes del alta y durante las consultas frecuentes de seguimiento durante las 6 primeras semanas después de una hospitalización por insuficiencia cardíaca para reducir el riesgo de reingreso por insuficiencia cardíaca o muerte ^{c,d,e,16}	I	B

Mebazaa et al, STRONG-HF study. Lancet 2022; 400: 1938–



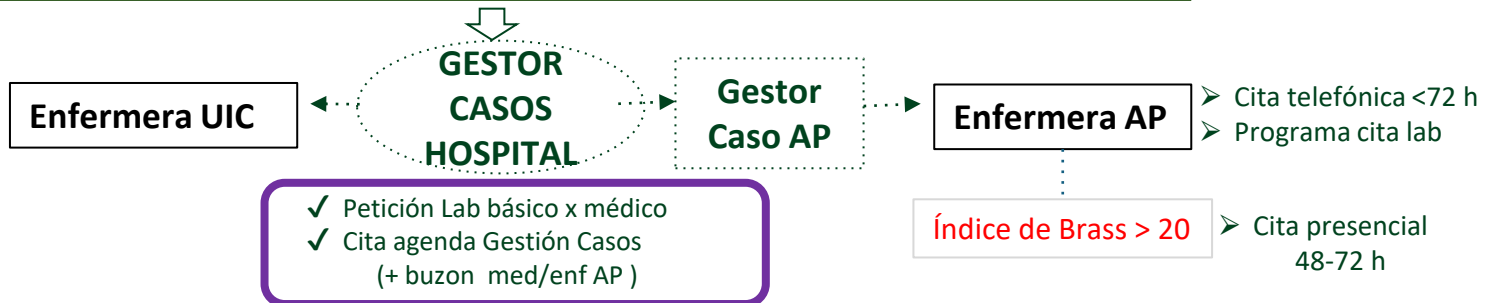
TRANSICIÓN AL ALTA



PLANTA DE CARDIOLOGIA

PLANTA DE MEDICINA INTERNA

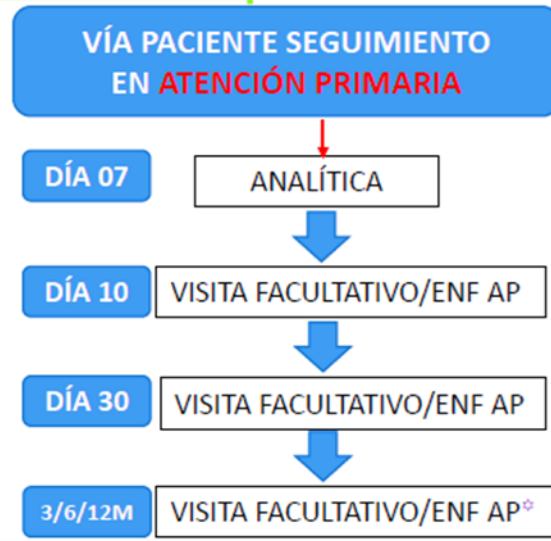
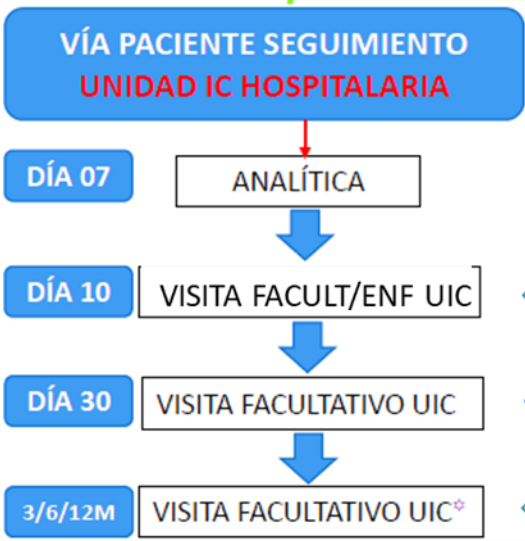
Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Se recomienda una estrategia intensiva con inicio y aumento rápido del tratamiento basado en la evidencia antes del alta y durante las consultas frecuentes de seguimiento durante las 6 primeras semanas después de una hospitalización por insuficiencia cardíaca para reducir el riesgo de reingreso por insuficiencia cardíaca o muerte ^{c,d,e,16}	I	B



VISITA EN 48-72H por parte de ENFERMERÍA de AP

CRITERIOS INCLUSIÓN UIC:
1. Dº ppal al alta: IC
2. Paciente con movilidad/voluntad para acudir a un prog. hospitalario
3. Cuidador principal identificado

UIC CAR
UIC MI



CRITERIOS SEGUIMIENTO EN AP:
1. Paciente sin movilidad/voluntad para acudir a un programa hospitalario
2. Cuidados paliativos

* Según situación clínica



Reflexión como Paciente



Dra. Paloma Cerezo
*Medicina de Familia, Centro de Salud
Alhama de Granada*

www.husc.es [@hosp sancilio](https://twitter.com/hosp sancilio) [@husc.es](https://www.facebook.com/husc.es)

V Jornadas

**Atención Multidisciplinar
Insuficiencia Cardíaca y Salud Cardiovascular.**

2025



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

MESA II: Role-Play Clínico: Diagnóstico, Estratificación de Riesgo y Tratamiento en Insuficiencia Cardíaca

Turno de preguntas

www.husc.es [@hospsancecilio](https://twitter.com/hospsancecilio) [@husc.es](https://www.facebook.com/husc.es)

V Jornadas

**Atención Multidisciplinar
Insuficiencia Cardíaca y Salud Cardiovascular.**

2025

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

