

Dilema:
**¿Cuál es el
mejor
manejo?**





CENTRO DE SALUD

Varón de 73 años

Exfumador.

Sd. prostático. Sd. ansioso-depresivo.

Tratamiento: Tamsulosina. Lorazepam.

Consulta en Atención Primaria por disnea de 4 meses de evolución, cuando sale a caminar. No disnea en reposo ni DPN. Duerme con 2 almohadas desde hace años “para ver la TV que tiene en la habitación”. Palpitaciones ocasionales autolimitadas (segundos), nunca documentadas en ECG.

EF: TA 152/94, FC 76 lpm. IVY. Saturación 98% basal. ACP: rítmica, sin soplos, 4R. Hipoventilación leve en base derecha y mínimos crepitantes basales. Mínimo edema pretibial con fóvea +.

Analítica: Gluc 110, FGE 76, Na 135, K 4.1, Hb 12.3, TSH normal, NT-proBNP 6900
ECG: RS, BRIHH

Rx de tórax: Silueta cardíaca de tamaño normal, datos sugestivos de edema intersticial incipiente, mínimo derrame pleural derecho.

Dilema: ¿Cuál es el mejor manejo?



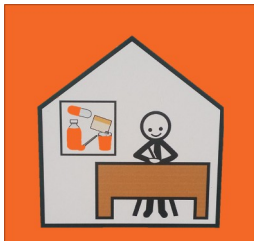
1.- Inicio Sacubitrilo/Valsartán y realizo interconsulta a Cardiología



2.- Inicio IECA y diurético de asa. Realizo interconsulta a Cardiología.



3.- Remito a Urgencias para ingreso. Ntpro-BNP muy elevado.



4.- Diurético y anticoagulación. Sospecha de FA paroxística e IC.

Dilema: ¿Cuál es el mejor manejo?



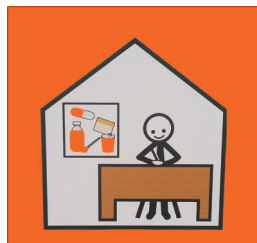
1.- Inicio Sacubitrilo/Valsartán y realizo interconsulta a Cardiología



2.- Inicio IECA y diurético de asa. Realizo interconsulta a Cardiología.



3.- Remito a Urgencias para ingreso. Ntpro-BNP muy elevado.



4.- Diurético y anticoagulación. Sospecha de FA paroxística e IC.

Dilema: ¿Cuál es el mejor manejo?

Nuestro paciente no presenta criterios de gravedad
→ podemos manejarlo ambulatoriamente

EVALUACIÓN CLÍNICA ¿EXISTEN CRITERIOS DE GRAVEDAD?

DATOS DE COMPROMISO

RESPIRATORIO:

- Disnea de instauración rápida
- Taquipnea (>30 rpm)
- Saturación O₂ <90%
- Crepitantes húmedos hasta campos medios
- Sospecha de asma cardial

DATOS DE COMPROMISO

HEMODINÁMICO:

- Taquicardia o bradicardia extrema
- Oliguria (<30 cc/h)
- Mala perfusión periférica
- Hipotensión severa sintomática

SÍNTOMAS/SIGNOS GRAVES:

- Ángor o cambios dinámicos en ECG
- Síncope
- Situación de anasarca

SI



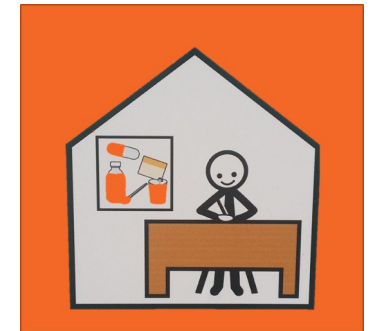
Derivar al Servicio de Urgencias



NO



Manejo ambulatorio



Dilema: ¿Cuál es el mejor manejo?

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ICC

- IVY.
- Crepitantes bibasales.
- Edema bimalleolar con fóvea.

ALTERACIONES ECG (BRIHH) y RX (EDEMA INTERSTICIAL, DERRAME PLEURAL



NT-proBNP SIGNIFICATIVAMENTE ELEVADO



6.900
pg/mL

1. **PRIMERO:** Alivio de la congestión (Se inició diurético de asa) + corrección de cifras de TA (se inició IECA).

*** Con el diagnóstico de IC podría plantearse el inicio ambulatorio de iSGLT2 (existe evidencia científica de beneficio en IC independientemente de la FEVI, en contexto crónico y agudo).*

2. **SEGUNDO:** Remitir a cardiología (determinar si IC con FEVI preservada/reducida; búsqueda de causa etiológica)

*** No indicado iniciar S/V sin evidencia de FEVI reducida en ETT*

*** No indicado iniciar ACO sin diagnóstico de FA*