

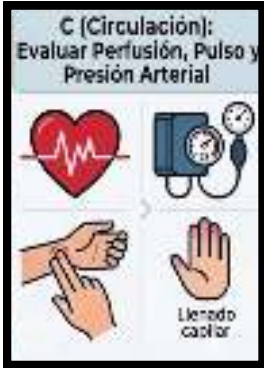


PROTOCOLO DE ATENCIÓN: INSUFICIENCIA CARDÍACA EN DESASTRES NATURALES

Guía de campo para el personal de salud

1. TRIAJE Y EVALUACIÓN INICIAL DE RIESGO:

Estratificación de Riesgo (Estable vs: Inestable)



Busque activamente signos cardinales

Congestión Pulmonar
(Estertores crepitantes).

Congestión Sistémica
(Ingurgitación yugular, edema de miembros inferiores, hepatomegalia).

Bajo Gasto
PAS<90 mmhg, extremidades frías, llenado capilar lento, letargia, oliguria.
(EVAMED)



2. DIAGNÓSTICO Y FACTORES DESECADENANTES

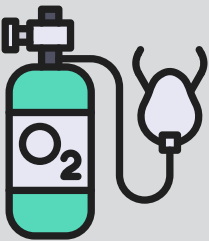
- ¿Sufre del corazón?
- ¿Qué medicamentos toma?
- ¿Tiene disnea o dificultad para respirar?
- ¿Intolerancia al decúbito?
- ¿Tiene cansancio o fatiga al caminar? ¿A cuántos metros? (Establecer escala NYHA)
- ¿Estuvo atrapado o sufrió golpes?
- ¿Tiene dolor en el pecho actualmente? ¿Tipo de dolor? ¿Opresión?

3. INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA DE EMERGENCIA

Posición sentado con las piernas colgando



Oxígeno (Si Spo2 <90% o distrés evidente) Según disponibilidad

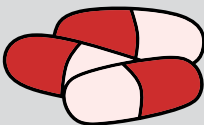


Diuréticos de asa:
Furosemida 20-40 mg IV



O duplique la dosis que el paciente toma en casa si la conoce.

Vasodilatadores



Nitroglicerina sublingual si la presión sistólica es mayor a 110 mmHg, para reducir la precarga.

Monitoreo Continuo y Reevaluación: Cada 15-30 minutos.

Vigile la respuesta al diurético



Controle estrictamente las funciones vitales



Evalúe si disminuye la dificultad respiratoria y los ruidos pulmonares.



ALERTA ROJA (TRASLADO INMEDIATO): Disnea de reposo, hipotensión, letargia, confusión mental, dolor torácico, frialdad distal.

4. INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA DE MANTENIMIENTO

- ARNI / IECA / ARAII (si las cifras de presión arterial son mayores de 100/70mmhg)
- Beta Bloqueantes (Si no hay crepitantes)
- Antagonistas de los receptores mineralocorticoides (ARM)
- Inhibidores ISGLT2
- Optimización de la dosis de diurético
- Balance hídrico y electrolítico.



PILAR 1: Inhibición del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona + Neprilisina (ARNI / IECA / ARA II).

1ª ELECCIÓN: ARNI —(Si no hay/no se costea)—> 2ª ELECCIÓN: IECA—(Si hay tos/intolerancia)—> 3ª ELECCIÓN: ARA II.

Prioridad de Selección	Fármaco	Dosis	Dosis Objetivo
1ª Elección: ARNI	Sacubitrilo/ Valsartán	49/51 mg VO cada 12 h.	97/103 mg cada 12 h
2ª Elección: IECA	Enalapril o Lisinopril	Enalapril: 2.5 mg cada 12 h. Lisinopril: 2.5 a 5 mg una vez al día.	10 a 20 mg cada 12 h. 20 a 35 mg una vez al día.
3ª Elección: ARA II	Candesartán o Valsartán	Candesartán: 8 mg una vez al día. Valsartán: 40 mg cada 12 h.	32 mg una vez al día. 160 mg cada 12 h.

PILAR 2: Beta-bloqueantes (BB).

1ª ELECCIÓN: Bisoprolol o Carvedilol —(Si no tolerado/no disponible)—> 2ª ELECCIÓN: Metoprolol Succinato —(Si no disponible)—> 3ª ELECCIÓN: Nebivolol.

Prioridad de Selección	Fármaco	Dosis	Dosis Objetivo
1ª Elección	Bisoprolol o Carvedilol	Bisoprolol: 1.25 mg una vez al día. Carvedilol: 3.125 mg cada 12 h.	10 mg una vez al día. 25 mg cada 12 h.
2ª Elección	Metoprolol Succinato (Liberación prolongada)	12.5 a 25 mg una vez al día.	200 mg una vez al día.
3ª Elección	Nebivolol	1.25 mg una vez al día.	10 mg una vez al día.

PILAR 3: Antagonistas del Receptor de Mineralocorticoides (ARM).

1ª ELECCIÓN: Espironolactona —(Si presenta ginecomastia/dolor mamario)—> 2ª ELECCIÓN: Eplerenona.

Prioridad de Selección	Fármaco	Dosis	Dosis Objetivo
1ª Elección	Espironolactona	25 mg una vez al día (reducir a 12.5 mg o días alternos si hay TFG límite).	50 mg una vez al día.
2ª Elección	Eplerenona	25 mg una vez al día.	50 mg una vez al día.

- 📌 Alternativa por Intolerancia / No disponibilidad de ARM: Optimice el control de la congestión sistémica con:
- 💧 Congestión moderada: Furosemida oral. Dosis inicial: 20 - 40 mg / día (titular según peso diario).
- 💧 Congestión leve: Hidroclorotiazida 25 a 50 mg una o dos veces al día o Clortalidona 12.5 a 25 mg una vez al día.

PILAR 4: : Inhibidores de SGLT2 (iSGLT2).

ELECCIÓN: Empagliflozina o Dapagliflozina.

Prioridad de Selección	Fármaco	Dosis
Preferencia de clase	Empagliflozina o Dapagliflozina	10 mg una vez al día.

5. CONTROL Y SEGUIMIENTO EN CAMPAÑA





TRIAJE ACTIVO: Evaluación prioritaria cada 48-72 h

EXAMEN FÍSICO DIRIGIDO A:

- Disnea
- Edema de miembros inferiores
- Signos de congestión pulmonar
- Ingurgitación yugular



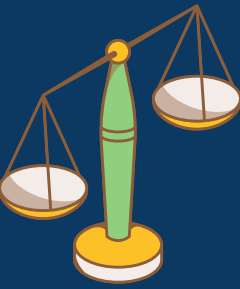
MONITOREO DE SIGNOS VITALES



6. AUTOCUIDADO EN CRISIS

(Instrucciones vitales para el paciente y cuidadores)

VIGILAR PESO



SODIO OCULTO EN LOS ALIMENTOS



CONTROL DE LÍQUIDOS NO MÁS DE 1,5L/DÍA



CABECERA DE LA CAMA A 45°



ALERTA ROJA (TRASLADO INMEDIATO): Disnea de reposo, hipotensión, letargia, confusión mental, dolor torácico, frialdad distal.

Referencias Bibliográficas

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. Guía ESC 2021 para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2022;75(6):523.e1-523.e114.

Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2022;145(18):e895-e1032.

Sociedad Venezolana de Cardiología. Consenso Nacional de Insuficiencia Cardíaca. Caracas: SVC; 2021.