



Manejo en sala de insuficiencia cardíaca con F.E < 40

Control de ingesta-diuresis, constantes y química sanguínea (iones, función renal)
 Diurético iv a oral (previo al alta)
 Adecuada oxigenación (retirar O2 cuando sea posible)
 Educación en autocuidado
 Implantación de dispositivos y manejo de arritmias
 Manejo según etiología (SCA, Inicio valvulopatía grave, etc)

Dosis máxima tolerada de fármacos pronósticos "clásicos" (BB, IECA / ARA-II / ARM)

Si el paciente tomaba BB antes del ingreso

Si el paciente no tomaba BB antes del ingreso y no está contraindicado

Mantener BB y valorar titulación según tolerancia

Dosis baja de BB

Estabilidad clínica mantenida

Ritmo sinusal con FC ≥ 70/minuto en pacientes con FEVI < 35%

24 a 48 horas

Fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada

Ritmo sinusal con FC < 70/minuto

Ivabradina 5 mg/12 h

No

Sí

Síntomas

No

Sí

Intolerante a IECA

Alta hospitalaria

Sí

No

Considerar uso de digoxina

Evaluación en 1 semana

Hidralazina más nitratos

Dosis máxima de manejo médico

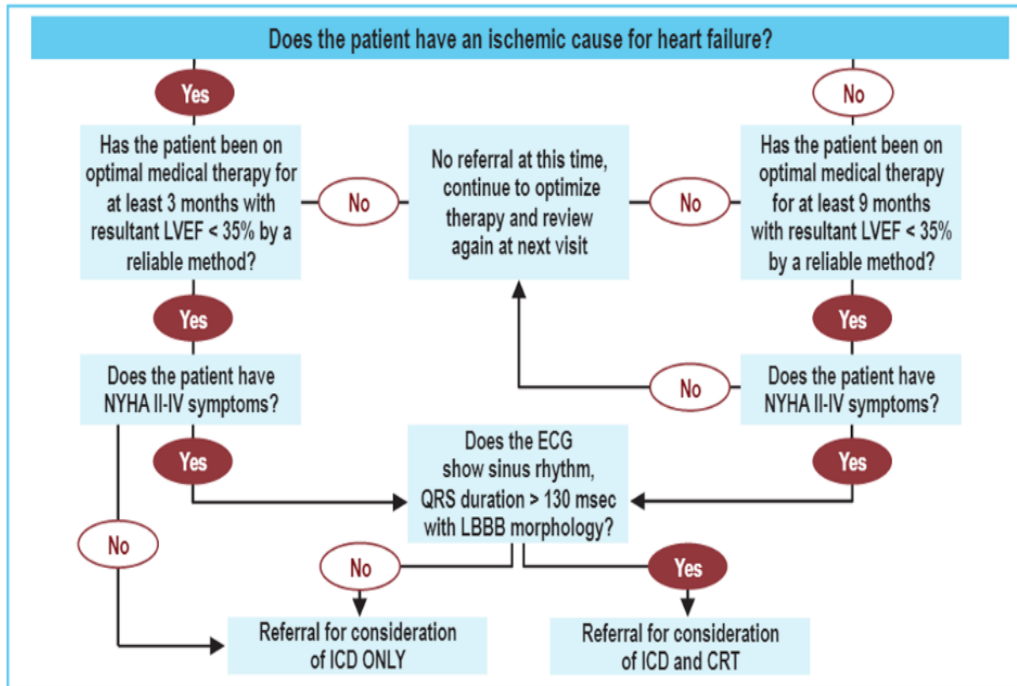
Control clínico y analítico ECG
 Titulación de fármacos pronósticos
 Continuar educación en autocuidado
 Coordinación multidisciplinar

Sacubitril más valsartan

Repetir evaluación previa en 2 semanas

Bibliografía

Referral Pathway for Device Therapy in Patients with Chronic Heart Failure



Moe GW, Ezekowitz JA et al., *Can J Cardiol*

www.ccs.ca

Heart Failure Guidelines



Canadian Cardiovascular Society
Leadership. Knowledge. Community.

Société canadienne de cardiologie
Communauté. Connaissances. Leadership.