

Francisco Arancibia • Sebastián Ugarte

EMERGENCIAS MÉDICAS y PACIENTE CRÍTICO

MEDITERRANEO

Inscripción en el Registro de Propiedad Intelectual N° 197.975

Francisco Arancibia Hernández – Sebastián Ugarte Ubierno

Prohibida la reproducción total o parcial de este libro, mediante cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, sin permiso de los editores.

Dirección General: Ramón Álvarez Minder
Dirección Editorial: M^a Pilar Marín Villasante
Editora: Cecilia Bravo Castro

© 2011. Editorial Mediterráneo Ltda.
Avda. Andrés Bello 1587-1591, Santiago, Chile
ISBN: 978-956-220-316-6
Diseño de portada: info@tooldisenio.cl
Diseño y diagramación de interior: Cynthia Paredes L.
Impreso en Chile por: Salesianos Impresores S.A.

Francisco Ara
Profesor Adjunt
Facultad de Me
Subjeto de la U
Instituto Nacion
El Presidente d
Santiago, Chile

Isabel Álvarez M
Jefe de Unidad
Instituto Chile
Santiago, Chile

Diana Barros
Coordinadora de
Comunicación
Santiago, Chile

Diana Castro
Jefe de Unidad
Instituto Chile
Santiago, Chile

Diana Bravo
Jefe de Unidad
Instituto Chile
Santiago, Chile

Carolina Pérez
Coordinadora de
Comunicación
Santiago, Chile

Diana Castro
Jefe de Unidad
Instituto Chile
Santiago, Chile

Diana Castro
Coordinadora de
Comunicación
Santiago, Chile

MOISES MOREJÓN GARCÍA

Profesor Auxiliar
Hospital Universitario Manuel Fajardo
Especialista en Medicina Interna
Presidente de Cuba-APUA
LA HABANA, CUBA

MARÍA ELENA OCHOA

Servicio de Cuidados Intensivos y Grandes Quemados
Hospital Universitario de Getafe
MADRID, ESPAÑA

ANDREW B. PEITZMAN

Profesor de Cirugía y Medicina Intensiva
University of Pittsburgh Medical Center
PENNSYLVANIA, EE.UU.

EUGENIO POCH OLIVA

Jefe de Unidad de Pacientes Críticos
Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo
SANTIAGO, CHILE

NÉSTOR RAIMONDI

Médico Especialista en Terapia Intensiva
Hospital Juan A. Fernández
Director de la Federación Panamericana e Ibérica de Sociedades de
Medicina Crítica y Terapia Intensiva
BUENOS AIRES, ARGENTINA

JOSÉ LUIS ROJAS BARRAZA

Unidad de Paciente Crítico
Hospital del Salvador y Clínica Santa María
Coordinación Nacional de Trasplantes
Ministerio de Salud
Ex Presidente de la Fundación Chilena de Trasplante
SANTIAGO, CHILE

VÍCTOR ROSSEL MARIÁNGEL

Profesor Asistente
Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Cardiología y Unidad de Paciente Crítico
Hospital del Salvador
Programa de Trasplante Cardiopulmonar
Instituto Nacional del Tórax
SANTIAGO, CHILE

MAURICIO RUIZ CARMONA

Jefe del Departamento de Enfermedades Respiratorias
Hospital Clínico de Universidad de Chile
Unidad Cuidados Intensivos
Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile
SANTIAGO, CHILE

ENZO SÁEZ HERRERA

Jefe de Unidad de Paciente Crítico
Hospital Barros Luco Trudeau
Jefe de Programas de Salud Respiratoria del Ministerio de Salud
SANTIAGO, CHILE

FREDDY SANDI LORA

Profesor de Fisiopatología
Universidad Mayor de San Andrés
Jefe de Unidad de Terapia Intensiva
Hospital Obrero
LA PAZ, BOLIVIA

JORGE SANDOVAL BERROCAL

Cardiología e Intensivo
Unidad Paciente Crítico
Instituto Nacional del Tórax
SANTIAGO, CHILE

LUIS SOTO ROMÁN

Jefe de Unidad de Cuidados Intensivos
Instituto Nacional del Tórax
SANTIAGO, CHILE

RODRIGO SOTO FIGUEROA

Jefe de Unidad de Paciente Crítico
Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile
Clínica Alemana de Santiago
Vicepresidente de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva
SANTIAGO, CHILE

JORGE VILLEGAS CANQUIL

Cirujano Plástico
Jefe de Servicio de Quemados Hospital de Urgencias Asistencia
Pública
Docente de Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica y
Universidad de Santiago
SANTIAGO, CHILE

SEBASTIÁN UGARTE UBIERGO

Jefe de Unidad de Paciente Crítico
Hospital Salvador y Clínica Indisa
Ex Presidente de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva
Director de la Federación Panamericana e Ibérica de Sociedades de
Medicina Crítica y Terapia Intensiva
SANTIAGO, CHILE

Prólogo...

Parte 1. In

Cap

Cap

Síndrome de insuficiencia cardíaca aguda

VICTOR ROSSEL

El síndrome de insuficiencia cardíaca aguda se puede definir como el inicio rápido o gradual de los síntomas y signos de insuficiencia cardíaca que resultan en hospitalizaciones o visitas no planificadas al servicio de urgencia y que requieren un tratamiento urgente. Comprende en su mayoría los episodios de descompensación de insuficiencia cardíaca crónica por disfunción sistólica y la disfunción diastólica (70%), la insuficiencia cardíaca de *novo* (25%) y la insuficiencia cardíaca avanzada en etapa terminal (5%) (1). Este capítulo es una puesta al día sobre este importante tópico de la medicina y en él se revisan diversos aspectos como la clasificación, fisiopatología, características clínicas, evaluación, criterios de hospitalización y tratamiento.

Clasificación

Existen una serie de clasificaciones, que no son excluyentes entre sí, del síndrome de insuficiencia cardíaca aguda. Esas clasificaciones aportan información acerca de las características clínicas y pronósticas, y permiten orientaciones en las diferentes opciones de tratamiento.

De acuerdo con los niveles de presión arterial al momento del ingreso, los pacientes con el síndrome de insuficiencia cardíaca aguda pueden ser clasificados en tres grupos.

Grupo hipertensivo. Estos pacientes son en su mayoría mujeres y tienen una función sistólica de ventrículo izquierdo preservada. La tasa de mortalidad intrahospitalaria de este grupo es de aproximadamente el 2%, con tasas de mortalidad y rehospitalizaciones a los 60 y 90 días postalta del 5% y el 30%, respectivamente.

Grupo normotensivo. Estos pacientes tienden a tener una fracción de eyección más baja y signos/síntomas de congestión pulmonar y sistémica antes y al momento del ingreso. La tasa de mortalidad intrahospitalaria es del 3%, con tasas de mortalidad y rehospitalizaciones a los 60 y 90 días postalta del 7% y el 30%, respectivamente.

Grupo hipotensivo. Este grupo incluye a los pacientes con niveles de presión arterial sistólica menores a 120 mmHg. En general tienen una muy baja fracción de eyección y sobre el 90% tiene historia de insuficiencia cardíaca. Es más probable que reciban inótropos durante la hospitalización. La tasa de mortalidad intrahospitalaria es de aproximadamente el 7%, con tasas de mortalidad y rehospitalizaciones a los 60 y 90 días postalta del 14% y del 30%, respectivamente.