



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS

RESUMEN INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA

DR. GUILLEN HERNANDEZ EDGAR MARTIN

PRESENTA: MARTÍN PÉREZ DURÁN

GRADO: 7

GRUPO: ``A``

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ CHIAPAS A 12 DE JUNIO DEL 2020

Insuficiencia cardíaca congestiva

Introducción:

El corazón es la bomba muscular que proporciona la energía necesaria para mover la sangre a través de los vasos sanguíneos. La sangre se transporta a todo el cuerpo a través de los vasos sanguíneos, unos tubos llamados arterias y venas. El proceso de transportar la sangre en todo el cuerpo se llama circulación. Juntos, el corazón y los vasos sanguíneos componen el aparato cardiovascular. El corazón tiene una cara anterior, una posterior y dos bordes: derecho e izquierdo. En la superficie cardíaca se halla la grasa por la que avanzan las arterias y las venas que irrigan el corazón, es decir, las arterias coronarias, que llevan sangre al músculo cardíaco, y las venas coronarias, que la sacan (Aragoncillo, 2007).

La insuficiencia cardíaca es un síndrome caracterizado por la incapacidad del corazón para proveer las necesidades metabólicas del organismo y/o la incapacidad de realizarlo sin tener que mantener unas presiones de llenado anormalmente altas. Por tanto no es solamente la incapacidad de bombear sangre suficiente, sino que, por los distintos mecanismos de compensación, el organismo se puede adaptar a esta nueva situación. Se compensa a corto plazo, pero a largo plazo irá generando síntomas derivados del mantenimiento de presiones de llenado anormalmente altas. (Fernández. J & Moreno. R.).

En la actualidad, aproximadamente 5.7 millones de personas en los Estados Unidos viven con ella. De hecho, es una de las razones más comunes por la cual las personas de 65 años de edad o más ingresan al hospital. El desarrollo de la insuficiencia cardíaca puede llevar años. La insuficiencia cardíaca se denomina insuficiencia cardíaca congestiva cuando se acumulan líquidos en varias partes del cuerpo. La insuficiencia cardíaca crónica (ICC) es el motivo más frecuente de hospitalización y reingreso y representa la tercera causa de muerte cardiovascular en el anciano, suponiendo entre el 1,8 y el 3,1% del coste sanitario global.

Insuficiencia cardíaca congestiva

La insuficiencia cardíaca congestiva ocurre cuando el corazón no es capaz de bombear la sangre de manera eficaz. Esto produce que la sangre y los líquidos se acumulen en los pulmones, hígado y otros órganos, de modo que el corazón tiene que esforzarse más para bombear sangre al resto del cuerpo. Se caracteriza por la aparición gradual de un conjunto de síntomas y signos secundarios, a la presencia de alteraciones estructurales y funcionales del sistema cardiovascular. A la instalación del síndrome también contribuye la activación progresiva de los mecanismos neuroendocrinos que controlan la presión arterial y los líquidos corporales.

El síndrome de insuficiencia cardíaca puede ser debido a enfermedades del pericardio, endocardio y miocardio. Estas últimas son las más frecuentes. Las enfermedades que en nuestro medio y en general representan un factor de riesgo para la aparición del síndrome de insuficiencia cardíaca crónica, debido a enfermedades del miocardio, son: Hipertensión arterial esencial, Aterosclerosis coronaria, enfermedad de Chagas, Diabetes mellitus, Obesidad, Anormalidades de las Válvulas Cardíacas y Miocardiopatías Dilatadas Idiopáticas.

Etiología y patologías asociadas

El 70% de los casos de IC en el anciano se deben a hipertensión arterial y enfermedad isquémica coronaria, pero, a diferencia que en el paciente joven, la causalidad tiende a ser multifactorial.

Otras patologías subyacentes coadyuvantes o aisladas incluyen las valvulopatías, miocardiopatías, trastornos del ritmo, alcohol, fármacos (AINEs, antiarrítmicos, betabloqueantes, antagonistas del calcio, antidepresivos tricíclicos), insuficiencia renal, anemia, disfunción tiroidea, enfermedades del pericardio e hipertensión pulmonar.

La mortalidad en pacientes con ICC y diabéticos es mayor y los síntomas más frecuentes y severos que en los no diabéticos. La fibrilación auricular está presente hasta en un 30% de los pacientes incluidos en los mayores ensayos clínicos en ICC. No existe evidencia clínica que demuestre que restaurar el ritmo sinusal sea mejor que controlar la frecuencia cardíaca en ancianos con ICC y FA.

Fisiopatología

El proceso que conduce a la insuficiencia cardíaca se inicia con un acontecimiento que supone una agresión para el miocardio. Este acontecimiento, que en numerosas ocasiones no se puede definir con exactitud en el tiempo, puede ser de cuatro tipos:

- 1. Una sobrecarga de presión.** Ejemplos tipo de esta situación son la hipertensión arterial o la estenosis aórtica. En estos casos el miocardio inicialmente es normal, esto es, no existe un problema intrínseco de contractilidad; pero este miocardio normal debe

enfrentarse a una carga superior a la habitual. Tras un periodo de tiempo variable esta situación puede conducir a la insuficiencia cardiaca.

2. Una sobrecarga de volumen. Las regurgitaciones valvulares (insuficiencia mitral o aórtica), así como los cortocircuitos izquierda-derecha, constituyen ejemplos de esta situación en la que nuevamente el miocardio es normal al inicio.

3. Una pérdida localizada de miocitos. El infarto de miocardio, una de las causas más frecuentes de insuficiencia cardiaca, constituye el ejemplo más claro de esta situación. Aquí coexiste una parte del miocardio, la necrosada, cuya función se pierde por completo, con otra parte, el miocardio sano, que debe someterse a una sobrecarga para intentar suplir la contribución de la zona ausente. El resultado es que la función de las cámaras ventriculares se encuentra deprimida en mayor o menor medida, dependiendo de la cuantía de ambas zonas.

4. Una disminución generalizada de la contractilidad. Esto es lo que sucede en las miocardiopatías dilatadas de diverso origen. Aquí la función de la cámara es anormal como consecuencia de una anormal contractilidad del miocardio que la forma, sin que existan zonas normofuncionantes.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas típicas de la ICC pueden estar ausentes en el anciano; de esta manera, la disnea progresiva de esfuerzo, disnea paroxística nocturna y la ortopnea, que suelen indicar fallo ventricular izquierdo, o los edemas periféricos, dolor en hipocondrio derecho y ascitis, frecuentes en fallo ventricular derecho, pueden ser sustituidos por síntomas menos específicos, como la fatiga, debilidad muscular generalizada, la anorexia o el delirio. La presencia de otras enfermedades concomitantes (asma, EPOC) y la superposición de alteraciones frecuentes en la vejez (edema periférico, pérdida de apetito) pueden dificultar aún más el diagnóstico de IC.

Diagnóstico

Según las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología para el diagnóstico y tratamiento de la ICC existe una serie de puntos clave en el manejo diagnóstico de pacientes con ICC:

- Diagnóstico según criterios clínicos.
- Evaluación de la intensidad de los síntomas.
- Establecer patologías subyacentes y coadyuvantes.
- Identificar factores descompensadores de las exacerbaciones.

Criterios de diagnóstico

Tabla 2. Criterios de Framingham para diagnóstico de IC*

Criterios mayores	Criterios menores
Disnea paroxística nocturna.	Edema en piernas.
Ortopnea.	Tos nocturna.
Ingurgitación yugular.	Disnea de esfuerzo.
Crepitantes.	Hepatomegalia.
Tercer tono.	Derrame pleural.
Cardiomegalia radiológica.	Frecuencia cardiaca >120.
Edema pulmonar radiológico.	Pérdida de más de 4,5 kg tras 5 días de tratamiento.

* Para el diagnóstico de IC son necesarios dos criterios mayores o uno mayor y dos menores.

Tabla 3. Clasificación según la NYHA

Clase	Síntomas
I	Sin limitaciones en la actividad física.
II	La actividad física habitual causa disnea, cansancio o palpitaciones.
III	Gran limitación en la actividad física. Sin síntomas en reposo, pero cualquier actividad física provoca los síntomas.
IV	Incapacidad para realizar actividad física, síntomas incluso en reposo.

NYHA: New York Heart Association.

Pruebas Complementarias

Electrocardiograma

Entre las alteraciones electrocardiográficas que se pueden encontrar en IC se incluyen: la presencia de cambios isquémicos o necróticos, las alteraciones del ritmo, la hipertrofia de cavidades y los patrones de sobrecarga.

Radiografía de tórax

Permite valorar el tamaño y forma del corazón, vasculatura pulmonar y otras estructuras torácicas.

Laboratorio

La realización, cuando esté indicada, de enzimas cardíacas (troponina, CPK), bioquímica general, gasometría arterial, hemograma y pruebas de función tiroidea permite confirmar o excluir patología subyacente, precipitante o coadyuvante.

Ecografía cardíaca

La ecocardiografía es la prueba complementaria más importante en la evaluación de pacientes en los que se sospecha IC. Permite confirmar el diagnóstico y poner de manifiesto causas subyacentes. Un ecocardiograma puede facilitar información sobre la masa ventricular, la fracción de eyección, la existencia de alteraciones segmentarias y de la contractilidad, y presencia o ausencia de enfermedades valvulares y del pericardio.

Tratamiento

El propósito de la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento en ICC es la mejora de la calidad y expectativa de vida. Se trata de reducir los síntomas, aumentar la tolerancia al esfuerzo, disminuir las hospitalizaciones y reingresos, mejorar la experiencia de enfermos y cuidadores al final de la vida y aumentar la supervivencia media, reduciendo al mínimo los efectos secundarios y complicaciones propios de las medidas terapéuticas propuestas.

Tratamiento no farmacológico

- 1.-La educación** de enfermos, familiares y cuidadores es pieza fundamental en el tratamiento de la ICC.
- 2.-Ejercicio físico:** la inactividad lleva al descondicionamiento físico y, como consecuencia, a un empeoramiento de los síntomas y de la capacidad física.
- 3. Control del peso:** debe evitarse el sobrepeso y la obesidad con el fin de reducir el trabajo cardíaco, disminuir la tensión arterial y mejorar el control lipémico.
- 4. Alimentación:** la caquexia es una complicación común en la ICC que se acompaña de pérdida de masa muscular y tejido adiposo.
- 5. Consumo de sal y líquidos:** es aconsejable reducir la cantidad de sal usada al cocinar, evitar platos preparados y los sustitutos de la sal.
- 6. Alcohol:** se permite el consumo de alcohol (una cerveza o una o dos copas de vino al día), excepto en la miocardiopatía alcohólica en que se recomienda la abstinencia absoluta.
- 7. Inmunización:** se recomienda la vacunación antigripal (anual) y neumocócica (tan sólo una vez).
- 8. Apoyo psicológico:** la depresión es frecuente en ICC y debe ser tratada activamente.

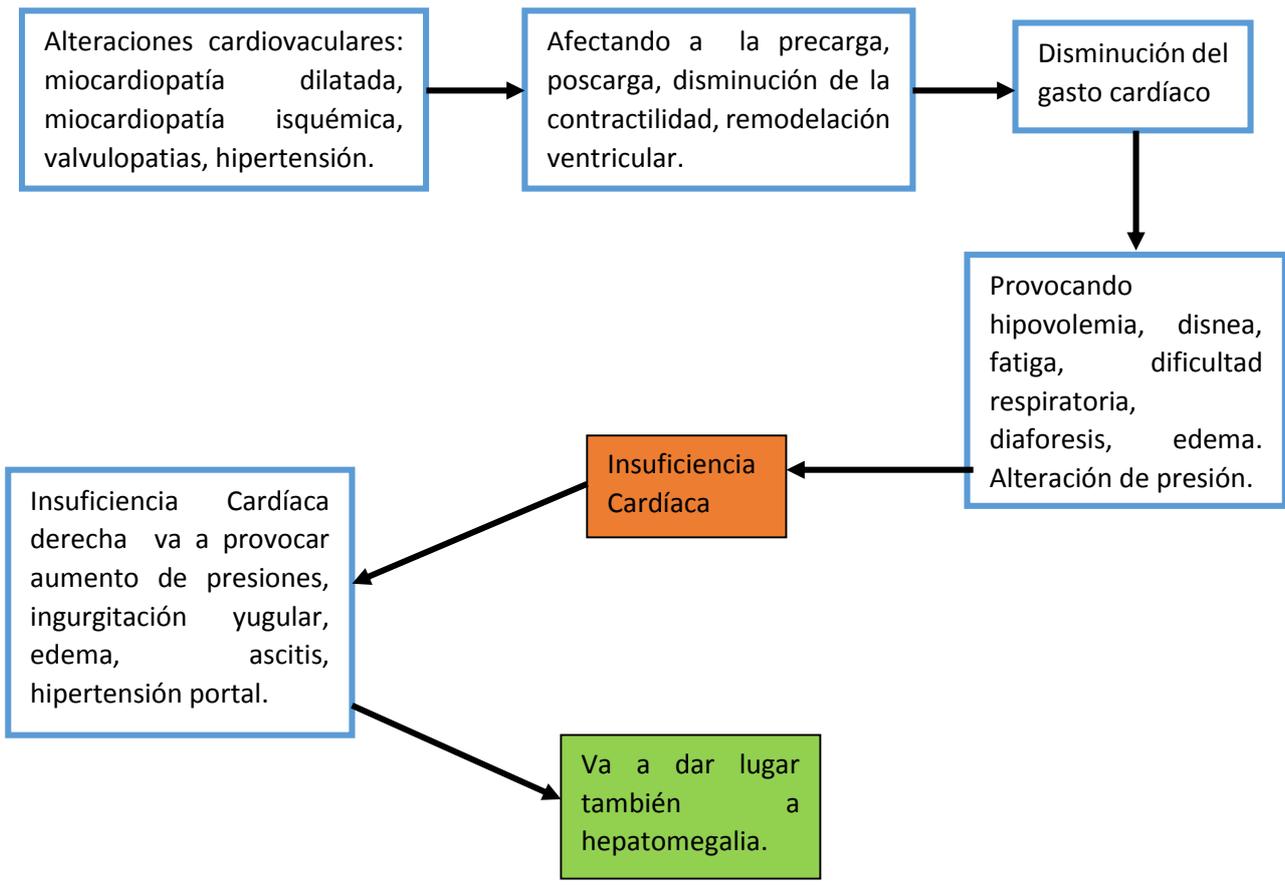
Tratamiento farmacológico

Tabla 5. Medidas terapéuticas en la ICC

- | |
|--|
| <p>1. Tratamiento no farmacológico:
Medidas y recomendaciones generales.
Inmunización.
Apoyo psicológico.
Rehabilitación.</p> |
| <p>2. Tratamiento farmacológico:
IECAs y ARA II.
Diuréticos.
Betabloqueantes.
Antagonistas de los receptores de aldosterona.
Digitálicos.
Otros antiarrítmicos.
Otros vasodilatadores (nitratos e hidralazina).</p> |
| <p>3. Dispositivos y cirugía:
Procedimientos de revascularización.
Cirugía valvular.
Resincronización ventricular.
Desfibrilador automático implantable (DAI).
Trasplante cardíaco, asistencia ventricular y corazón artificial.</p> |

Tabla 6. Dosis de IECAs en la ICC

Fármaco	Dosis de inicio	Dosis de mantenimiento
Captoprilo	6,25 mg/8 h	50-100 mg/8 h
Enalaprilo	2,5 mg/24 h	10-20 mg/12 h
Ramiprilo	1,25 mg/24 h	5 mg/12 h o 10 mg/24 h
Lisinoprilo	2,5 mg/24 h	30-35 mg/24 h



Conclusion

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad seria que afecta a millones de personas. Si no se controla puede progresar, causar incapacidad y algunas veces la muerte. Gracias a los avances de la medicina, los profesionales de salud pueden ayudar a los pacientes a controlar la insuficiencia cardíaca. Para la mayoría de los pacientes, el tratamiento consiste en tomar medicamentos y adoptar hábitos de vida sanos. Tomar medicamentos diarios es importante para controlar la insuficiencia cardíaca en muchos pacientes.

Los medicamentos deben tomarse como han sido prescritos y cualquier efecto secundario debe reportarse inmediatamente al médico. Sus profesionales de salud están disponibles para ayudarle a hacer cambios en su estilo de vida de acuerdo a sus necesidades. Además de su médico personal, su equipo de salud para manejar su insuficiencia cardíaca puede incluir: Profesionales en enfermería especializados en el manejo de su condición médica, educadores de salud, nutricionistas, trabajadores sociales, etc.

Es de suma importancia que el médico conozca de esta enfermedad que por no atenderse a tiempo, no llevar una vida saludable, o no llevar a cabo el tratamiento que es, existe complicaciones en la salud de la persona pudiendo llegar a provocar la muerte. Por eso es necesario que lleve un cambio de vida donde tenga una alimentación saludable, no consuma mucha sal, hacer ejercicio que el médico haya proporcionado y de acuerdo a la enfermedad que tiene, también es tener ayuda familiar, de los profesionistas.

Referencias Bibliograficas

1. Moraga. A & Rodríguez. C. "INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA" tratado de geriatría para residentes.
2. Dávila. D. & Gonzáles. M.(2010) "Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento médico de la insuficiencia cardiaca congestiva". Universidad de Los Andes Mérida, Venezuela.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16903110201000030001&lng=es&tlng=es.
3. Muñoz. R & Comin. A (2008)." Insuficiencia cardiaca" Revista Española de Cardiología. Pág. 48-57.
<https://www.revespcardiol.org/es-insuficiencia-cardiaca-articulo-13114642>.
4. Aragoncillo, (2007). "Anatomía del Corazón". Servicio de Anatomía Patológica II del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.
5. Fernández. J & Moreno. R. "Insuficiencia Cardíaca" Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón Madrid