

**NOMBRE DE ALUMNO(A): GLORIBEL
LÓPEZ SANTIZ.**

**NOMBRE DEL PROFESOR: DR. FABIÁN
GONZÁLEZ SÁNCHEZ.**

**NOMBRE DEL TRABAJO: INSUFICIENCIA
CARDIACA.**

MATERIA: PATOLOGÍA DEL ADULTO.

PASIÓN POR EDUCAR

GRADO: 6° CUATRIMESTRE.

GRUPO: A

OCOSINGO, CHIAPAS A 03 DE JULIO 2020.

INSUFICIENCIA CARDIACA

Se define a la insuficiencia cardíaca (IC) como el estado fisiopatológico y clínico en el cual el corazón es incapaz de aportar sangre de acuerdo a los requerimientos metabólicos periféricos. La característica distintiva de esta enfermedad es el progresivo remodelado desadaptativo del miocardio que se inicia a partir de un episodio que produce una disminución en la capacidad de bomba del corazón³ y en consecuencia, compromete la capacidad de los ventrículos de llenarse y bombear sangre de manera satisfactoria; de igual forma, es considerada el extremo final común de muchas de las enfermedades más prevalentes, como son: la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria, la diabetes mellitus y las valvulopatías, entre otras.

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.

CLASIFICACIÓN

Existen numerosas clasificaciones de la insuficiencia cardíaca. Desde el punto de vista fisiopatológico es interesante dividir las en fallo izquierdo y/o derecho. Dentro de esta subdividirla en disfunción ventricular diastólica y/o sistólica.

Conviene clasificarlas en: causas potencialmente curables o con cierto grado de reversibilidad y causas progresivas e irreversibles. Dentro de las primeras destacaríamos valvulopatías con tratamiento quirúrgico o intervencionista, miocardiopatía alcohólica y miocardiopatía isquémica con evidencia de tejido viable y revascularizable. No es esperable alterar el curso evolutivo de la enfermedad, por ejemplo: miocardiopatía dilatada idiopática, valvulopatías "pasadas" con dilatación y disfunción ventricular severa, enfermedad coronaria no revascularizable o infartos extensos sin evidencia de tejido viable.

Según el ventrículo se diferencian IC derecha, IC izquierda e IC global o congestiva. En la IC derecha se objetivan datos de congestión sistémica, en la IC izquierda predomina la congestión pulmonar, y en la IC global o biventricular existe hipertensión venosa generalizada.

En la IC retrógrada la mayoría de los síntomas son atribuibles a la congestión, es decir, al aumento de presión venosa por detrás del ventrículo o ventrículos insuficientes. Se habla de IC derecha o izquierda según exista alteración primaria de uno u otro ventrículo, pero siempre habrá una disminución secundaria del gasto del ventrículo contrario.

En la IC izquierda los signos y síntomas están derivados del aumento de presión y de la congestión pasiva en venas y capilares pulmonares, e incluyen disnea/ortopnea, tos irritativa, hemoptisis, angina nocturna o de decúbito, y nicturia. La disnea es la sensación subjetiva de falta de aire. Es un síntoma precoz que traduce una elevación de la presión capilar pulmonar la cual, al disminuir la distensibilidad del pulmón, determina un aumento del trabajo respiratorio.

La IC derecha en general es secundaria a IC izquierda. Guarda relación con la mayor presión y la congestión de las venas y capilares sistémicos. Los síntomas se expresan básicamente a nivel gastrointestinal y son inespecíficos, pudiendo aparecer anorexia, náuseas, vómitos, distensión abdominal, pesadez postprandial o estreñimiento. El dolor en hipocondrio derecho se debe a congestión hepática con distensión de la cápsula de Glisson.

CUADRO COMPARATIVO DEL CUADRO CLINICO:

I.C. DERECHA	I.C IZQUIERDA
Hepatomegalia	Edema agudo del pulmón
Ascitis	hemoptisis
Esplenomegalia	Estertores
Edemás periféricos	Hipertrofia del ventrículo izquierdo
Ingurgitación yugular	Cianosis periférica
Disminución de la TA	Diaforesis
Oliguria y nicturia.	Oliguria
Aumento de la FC.	Astenia
	Anorexia, insomnios.

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA SITUACIÓN FUNCIONAL

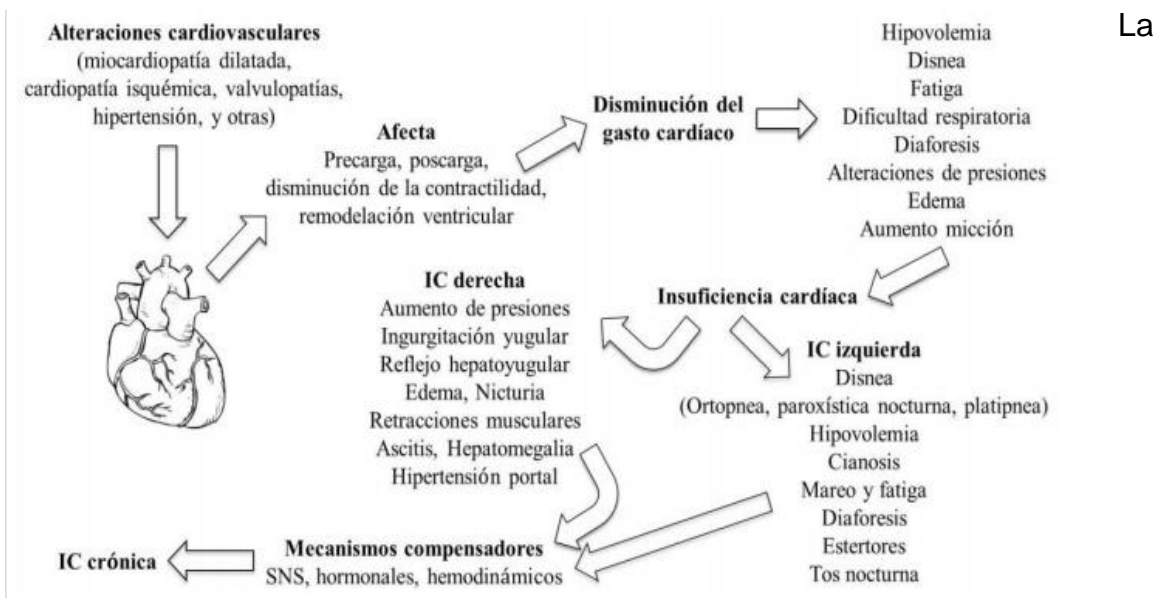
- Clase I: Sin limitación. El ejercicio físico normal no causa fatiga disnea o palpitaciones
- Clase II: Ligera limitación de la actividad física: La actividad física normal causa fatiga, palpitaciones o disnea. No síntomas en reposo.
- Clase III: Acusada limitación de la actividad física. Cualquier actividad provoca síntomas. No síntomas en reposo.
- Clase IV: Incapacidad para realizar cualquier actividad física. Síntomas en reposo

ETIOLOGÍA

Las 3 principales causas de IC son: la cardiopatía hipertensiva, la cardiopatía isquémica asociada con un infarto previo y la miocardiopatía dilatada. Otras causas son: arritmias, valvulopatías, infecciones, enfermedades por infiltración, alcoholismo, endocrinopatías y enfermedades genéticas.

✚ FISIOPATOLOGIA:

Desde el punto de vista fisiopatológico las alteraciones de los miocitos ocasionan la IC, estos pierden su capacidad de contracción normal debido a cambios bioquímicos, como en las miocardiopatías idiopáticas o debido a la alteración de los mecanismos fisiológicos que disminuyen la liberación de oxígeno para el miocardio, lo que altera el funcionamiento celular, como en la enfermedad coronaria



función del corazón es llevar la sangre que llega a los ventrículos desde el sistema venoso hasta el sistema arterial. El deterioro de la función cardiaca produce insuficiencia para vaciar el sistema venoso y reduce la liberación de sangre hacia la circulación pulmonar y sistémica (es decir, una insuficiencia cardiaca)

Cuando el corazón comienza a fallar y el gasto cardiaco (se denomina gasto cardiaco o debito cardiaco al volumen de sangré expulsada por minuto) a ser insuficiente para satisfacer las demandad metabólicas de los tejidos el organismo activa los mecanismos compensadores principales, como el sistema nervioso o el sistema renina-angiotensina -aldosterona.

✚ CUADRO CLÍNICO:

La insuficiencia cardíaca puede ser constante (crónica) o puede comenzar de manera repentina (aguda).

Algunos de los signos y síntomas de la insuficiencia cardíaca pueden ser los siguientes:

- Falta de aire (disnea) cuando haces esfuerzos o te acuestas
- Fatiga y debilidad

- Hinchazón (edema) en las piernas, los tobillos y los pies
- Latidos del corazón rápidos o irregulares
- Menor capacidad para hacer ejercicio
- Tos o sibilancia constantes con flema blanca o rosa manchada de sangre
- Mayor necesidad de orinar por la noche
- Hinchazón del abdomen (ascitis)
- Aumento de peso muy rápido por retención de líquido
- Falta de apetito y náuseas
- Dificultad para concentrarse o menor estado de alerta
- Falta de aire repentina y grave, y tos con moco rosa espumoso
- Dolor en el pecho si la insuficiencia cardíaca es producto de un ataque cardíaco

DIAGNOSTICO:

Para el clínico experimentado el diagnóstico de IC sobre todo en grados avanzados es sencillo, los antecedentes de cardiopatía previa y la clínica acompañante resultan esclarecedores. Pruebas complementarias resultan útiles para la valoración etiológica, pronóstica y de seguimiento terapéutico. Existen una serie de criterios diagnósticos útiles sobre todo para valorar en orden de importancia diagnóstica los determinados síntomas o signos de IC. El diagnóstico se hace mucho más complicado en situaciones de IC ligera, en la cual, discretos grados de disnea podrían ser los síntomas de una incipiente IC. En estos casos las pruebas complementarias como la radiografía de tórax, electrocardiografía y ecocardiograma pueden revelar alteraciones funcionales que expliquen los síntomas del paciente. En casos dudosos podría ser útil la medida de presiones pulmonares o el ensayo terapéutico con diuréticos para aliviar una supuesta congestión pulmonar. Para hacer el diagnóstico de insuficiencia cardíaca se requieren dos criterios mayores o uno mayor y dos menores. Los criterios menores solo se aceptan como tales si no pueden ser atribuibles a otra etiología.

Para la confirmación diagnóstica es imprescindible objetivar disfunción ventricular mediante una técnica de imagen, preferiblemente el ecocardiograma.

TRATAMIENTO:

Tratamiento farmacológico

En general, el tratamiento farmacológico de la IC tiene por objetivo limitar el edema y aumentar el gasto cardíaco mediante la reducción controlada de la precarga (diuréticos) y la postcarga (vasodilatadores) y el aumento de la contractilidad (digoxina). Las recientes aportaciones científicas al tratamiento de la IC han permitido mejorar su pronóstico, especialmente en las formas más avanzadas. Han surgido numerosos fármacos con demostrada utilidad en el alivio sintomático, pero a pesar de sus intentos de modificar la supervivencia, sólo unos pocos lo han logrado.

El tratamiento de la IC clásicamente ha estado dirigido a disminuir la presión venosa central con diuréticos, reducir la poscarga con vasodilatadores periféricos y aumentar la contractilidad cardíaca con agentes inotrópicos. Desafortunadamente, los estudios clínicos realizados con estos fármacos han arrojado resultados desalentadores, ya que se ha logrado poco en lo que respecta a la prolongación de la sobrevida de estos pacientes.

Diuréticos:

Se recomiendan en el tratamiento inicial de los pacientes con IC, asociados a IECAs, sólo en presencia de edemas o síntomas secundarios a la retención de líquidos (congestión pulmonar). Su objetivo es el control de la congestión central o periférica

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II (IECAs):

Todo paciente ambulatorio con disfunción sistólica ventricular izquierda (fracción de eyección $\leq 35\%$), sin considerar la presencia o no de síntomas de IC, debe ser tratado con IECAs, siempre que éstos no estén contraindicados, ya que, a dosis adecuadas, estos fármacos prolongan su supervivencia. Su indicación debe extenderse a todas las etapas de la IC, con independencia de otras variables como la edad, el sexo o la clase funcional.

Tratamiento no farmacológico

Las medidas terapéuticas no farmacológicas constituyen un pilar básico en el tratamiento de la IC. Los dos aspectos esenciales son el autocuidado del paciente y la adherencia al tratamiento; en ambos casos la herramienta básica para conseguirlos la proporciona la educación sanitaria. El autocuidado debe contemplar los siguientes aspectos:

- Acciones destinadas a mantener la estabilidad física
- Evitar comportamientos que pudieran empeorar la enfermedad
- Favorecer el conocimiento e identificación precoz de síntomas o signos de deterioro o descompensación.

✚ COMPLICACIONES:

- Fibrilación auricular (Un ritmo cardíaco irregular (arritmia))
- Fibrilación ventricular o taquicardia (Ritmos cardíacos irregulares (arritmias))
- Insuficiencia renal (Disminución del funcionamiento renal)
- Anemia
- Ataque cerebral
- Afección de las válvulas cardíacas
- Insuficiencia venosa y úlceras en las piernas

 **PREVENCIÓN:**

- Tratar HTA, diabetes y dislipidemias.
- Tratar enfermedades tiroideas
- Abandono de hábitos nocivos (tabaco, alcohol y otras drogas)
- Ejercicio físico regular.
- Control de frecuencia en taquiarritmias.
- Uso de IECAS en pacientes seleccionados.
- Restricción de sal.
- Diuréticos si hay retención de líquido.
- Cuidados en centros especiales.