



Nombre del alumno:

Jesús López Gómez.

Nombre del profesor:

Doc. Fabián

Nombre del trabajo:

Materia:

Insuficiencia cardiaca.

Grado:

Grupo:

Insuficiencia cardíaca.

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; se inicia a partir de un episodio que produce una disminución en la capacidad de bomba del corazón 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.

Las manifestaciones cardinales de la IC son disnea y fatiga, que pueden limitar la capacidad de realizar esfuerzo físico (intolerancia al ejercicio), y pueden culminar en procesos que conducen a la congestión pulmonar y sistémica, y al aumento de la resistencia vascular periférica.

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.

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.

DIAGNÓSTICO

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.

EVENTOS	PUNTOS
Radiografía de tórax	
v Edema alveolar	4
v Edema intersticial	3
v Redistribución	2
Relación causal	
v Tercer ruido	3
v Presencia de causa potencial de IC	2
v Índice cardiotorácico >0,5	2
Disnea	
v Disnea de reposo u ortopnea	2
v Disnea paroxística nocturna	2
v Disnea de esfuerzo	1
Evidencia de IC bilateral (PVY elevada)	2
Otros	
v Estertores pulmonares (tras la tos)	1
v Crecimiento de aurícula izquierda (ECG)	1
v Frecuencia cardíaca en ritmo sinusal	
>90	1
>100	2

(Tabla II) Insuficiencia cardíaca congestiva . Criterios diagnósticos

<p>Criterios mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disnea paroxística nocturna. Distensión de venas del cuello. Estertores. Cardiomegalia en la radiografía. Edema agudo de pulmón. Galope por tercer ruido. Reflujo hepatoyugular. Pérdida de peso superior a 4,5 Kg tras 5 días de tratamiento.
<p>Criterios menores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Edema maleolar bilateral. Tos nocturna. Disnea para esfuerzos ordinarios. Hepatomegalia. Derrame pleural. Taquicardia (>120 lpm)

TRATAMIENTO

El tratamiento clásico que consistía en reposo, retirada absoluta de la sal en la dieta y tratamiento basado en diuréticos y digoxina ha quedado obsoleto. La tendencia actual es utilizar fármacos que inhiban la excesiva activación neurohumoral y hayan demostrado mejorías pronósticas en cuanto a supervivencia clínica, disminución de las recaídas y hospitalizaciones. Los diuréticos se reservan para el control de los síntomas congestivos a la mínima dosis necesaria.

Tratamiento no farmacológico

Actividad física

En este punto se ha producido un cambio importante desde las antiguas recomendaciones de disminución de la actividad física para disminuir el trabajo cardíaco. Esta recomendación no pareció tener ningún resultado beneficioso y sin embargo sí efectos desfavorables, como una menor adaptación al ejercicio físico y aumento de trombosis venosas profundas.

Entre los beneficios de un adecuado programa de entrenamiento físico se encuentran:

- Mejor tolerancia al ejercicio.
- Mayor extracción de O₂ por parte de los tejidos.
- Aumento del flujo sanguíneo muscular.
- Mejoría del metabolismo muscular, con corrección del metabolismo oxidativo o alteraciones enzimáticas, que probablemente se relacionen con los síntomas de fatiga muscular.

Por tanto es recomendable que (excluyendo a pacientes en clase funcional IV) en situación clínica estable se siga un programa de ejercicio físico aeróbico, guiado por una prueba de esfuerzo previa. Los programas habituales limitan el ejercicio a 3-5 días a la semana, de 20 a 60 minutos al día de ejercicio de tipo aeróbico. La frecuencia cardíaca puede ser guía para valorar la intensidad del ejercicio físico. No es recomendable sobrepasar el 80% de la frecuencia cardíaca máxima para su edad.

Tratamiento farmacológico

Como ya se ha señalado previamente el tratamiento actual se basa en inhibir la respuesta neurohormonal. Con esto se intenta evitar la progresión de los síntomas o retrasar la aparición de estos, con menor número de hospitalizaciones y mejoría de la supervivencia. Por lo tanto y para no extendernos en un tema ampliamente tratado en otros textos, el esquema de tratamiento sería el siguiente:

La utilización de vasodilatadores debe ser prioritaria una vez demostrada la presencia de insuficiencia cardíaca. De estos y con preferencia usaremos los IECAS aumentando la dosis hasta llegar a las recomendaciones de los estudios publicados (CONSENSUS, AIRE, etc.).