



**Universidad del sureste**  
**Campus Tuxtla Gutiérrez, Chiapas**  
**Escuela de Medicina Humana**



## **Título del trabajo:**

**Resumen insuficiencia cardiaca**

**Unidad I**

**Nombre de la asignatura: clínicas médicas  
complementarias**

**Nombre del alumno:  
Karla Zahori Bonilla Aguilar**

**Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"**

**Nombre del profesor: Dr. Ricardo Acuña De Saz.**

**Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 30 de Agosto de 2020.**

Es un síndrome que se caracteriza por síntomas típicos como la disnea y fatiga asociado a signos como presión venosa yugular elevada, estertores crepitantes pulmonares y edemas periféricos.

## FISIOPATOLOGÍA

El primero de los eventos que marcan la fisiopatología es el fallo de cualquier tipo que, como se ha comentado, hace que el gasto cardíaco sea inadecuado o se eleven las presiones diastólicas para conseguirlo.

## ETIOLOGÍA

Se puede hablar de una clasificación etiológica cuando se describe la primera causa de la IC. En otros casos hay que referirse al tipo de afectación funcional predominante.

- Cronología de los síntomas
- Localización anatómica de la disfunción
- Tipo de síntoma predominante

## IC SISTÓLICA (FEVI reducida) vs IC DIASTÓLICA (FEVI conservada)

En la primera, el origen es un fallo de la función contráctil del miocardio, con disminución del volumen sistólico y de la fracción de eyección y, habitualmente, dilatación ventricular progresiva.

## INSUFICIENCIA AGUDA VS CRÓNICA

- La IC aguda se define como la aparición rápida o el empeoramiento de los síntomas o signos de IC.
- La IC crónica es la forma más común de esta enfermedad. Los pacientes se encuentran en una situación más o menos estable, con una limitación variable de su capacidad funcional.

La forma más frecuente de IC es la que se asocia a gasto cardíaco disminuido (aunque existen amplias variaciones según el estado de

compensación del paciente). Se considera hipertensión pulmonar (HTP) a la presencia de una PAPm con valores superiores a 25 mmHg. Si la disfunción ventricular izquierda se mantiene, la elevación sostenida de la PCP precisa de un incremento en la PAPm por mecanismos "reactivos" para mantener el GTP: vasoconstricción arteriolar (reversible con vasodilatadores), y cambios anatomopatológicos (remodelado vascular con hipertrofia de la media y fibrosis intimal, no reversibles con vasodilatadores).

## CLINICA

Si el corazón no es capaz de bombear el suficiente volumen de sangre, aparecen dos tipos de síntomas: los derivados del deficiente aporte de sangre a los tejidos y los secundarios a la sobrecarga retrógrada de líquidos. La ortopnea o disnea que se muestra al adoptar el decúbito aparece más tarde que la disnea de esfuerzo, y se debe a la redistribución de líquido desde las extremidades inferiores y el abdomen hacia el tórax, y al desplazamiento del diafragma. Crisis de disnea paroxística nocturna, edema agudo de pulmón es un cuadro que aparece cuando la acumulación de líquido en el intersticio pulmonar.

## Criterios de Framingham

Mayores	Menores	Mixto
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPN</li> <li>• Distensión venosa yugular</li> <li>• Crepitantes</li> <li>• Cardiomegalia</li> <li>• Edema agudo de pulmón</li> <li>• Galope por S3</li> <li>• PVY &gt; 16 cm H<sub>2</sub>O</li> <li>• Reflujo hepatoyugular +</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema en MMII</li> <li>• Tos nocturna</li> <li>• Disnea de esfuerzo</li> <li>• Hepatomegalia</li> <li>• Derrame pleural</li> <li>• CV disminuida en 1/3</li> <li>• Taquicardia (&gt; o = 120 lpm)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adelgazamiento &gt; o = 4,5 kg de 5 días de tratamiento</li> </ul>

**Tabla 6.** Criterios de Framingham

## Exploración física

En la inspección puede ser evidentes:

- Cianosis
- Diaforesis
- Taquipnea
- Signos de hipoperfusión periférica
- (datos de congestión sistémica)

Los pacientes con insuficiencia cardíaca pueden tener arritmias, como fibrilación auricular y arritmias ventriculares. La muerte súbita (sobre todo por arritmias ventriculares) es responsable de casi la mitad de las muertes de pacientes con insuficiencia cardíaca.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ECG (puede haber datos inespecíficos).
- La radiografía (Rx) de tórax puede mostrar cardiomegalia y signos de hipertensión venosa pulmonar, como redistribución vascular, signos de edema peribronquial, perivascular y alveolar, derrame pleural o intercisural, etcétera.
- Se debe hacer una ecocardiografía a todos los pacientes con clínica sugerente de insuficiencia cardíaca (primer episodio).
- El péptido natriurético cerebral (BNP) tiene utilidad diagnóstica y pronóstica en la IC.
- En situaciones de fallo diastólico más grave pueden aparecer otros patrones en los que la onda E vuelve a ser mayor que la A, siendo a veces preciso realizar maniobras adicionales (Valsalva, estudios con Doppler tisular) para distinguirlos del patrón normal.
- La cardi resonancia magnética puede detectar las alteraciones morfológicas con mayor precisión que la ecocardiografía, y permite la estimación de masa, volúmenes y FEVI con la máxima exactitud.

## TRATAMIENTO

Identificar causa subyacente; Medidas terapéuticas

- Restricción de sal
- En personas obesas recomendar la pérdida de peso
- Limitar el consumo de alcohol
- Dejar de fumar
- Tratar la apnea del sueño
- Evitar antiinflamatorios no esteroideos y los inhibidores de la COX-2.

La espironolactona en dosis baja asociada a los IECA puede aumentar la supervivencia en la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida, pero hay que realizar controles periódicos de potasio y evitar su empleo en la insuficiencia renal importante. Eplerenona tiene menos riesgo de producir ginecomastia dolorosa que espironolactona, y es particularmente útil en individuos diabéticos o en caso de insuficiencia cardiaca por fallo sistólico tras el infarto de miocardio.

El desfibrilador automático implantable (DAI) y la terapia de resincronización son medidas que si mejoran el pronóstico.

El tratamiento de la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada o fracción de eyección de rango medio incluye el control de la frecuencia cardiaca para aumentar el tiempo diastólico, el empleo de fármacos con efecto lusotropeo (B-bloqueantes o calcioantagonistas son útiles para ambos objetivos), diuréticos en dosis no muy elevadas cuando exista congestión pulmonar y, por supuesto, corregir la causa.

En la IC se produce un estado de activación de diferentes sistemas neurohumorales que intentan restablecer la adecuada perfusión de los tejidos, pero desencadenan efectos deletéreos a largo plazo.

- ECA: al ser vasodilatadores mixtos (arterial y venoso) disminuyen la precarga y la poscarga, y favorecen el aumento del gasto cardíaco en el corazón insuficiente.
- B-bloqueantes: actúan inhibiendo los efectos adversos de sistema nervioso simpático en pacientes con IC. Sus beneficios a largo plazo son el incremento de la fracción de eyección así como el decremento de los volúmenes del ventrículo izquierdo.
- Antagonistas de los receptores de la aldosterona/mineral corticoides: es un diurético ahorrador de potasio que actúa en el túbulo distal y colector antagonizando a la aldosterona.

## TRATAMIENTO DEL EDEMA AGUDO DE PULMÓN DE ORIGEN CARDIOGÉNICO

El edema pulmonar cardiogénico es una urgencia médica, siendo necesario mantener una monitorización cuidadosa de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca y de la diuresis y, si es posible, de la presión de los vasos pulmonares mediante un catéter de Swan-Ganz. Es necesario instaurar rápidamente tratamiento:

- Oxígeno a alto flujo.
- Ventilación mecánica (no invasiva o invasiva) si es preciso.
- Colocar al paciente sentado, si es posible con las piernas colgando.
- El sulfato de morfina mejora los síntomas, tanto por su efecto vasodilatador como por su efecto sedante a nivel central. Deben emplearse diuréticos potentes como la furosemida, que tiene también un efecto vasodilatador. Cuando la PA no está baja (PAS > 90-100 mmHg) deben utilizarse vasodilatadores. Suele utilizarse la nitroglicerina por vía intravenosa.

### Bibliografía

Grupo CTO. (3ED). Manual CTO de medicina y cirugía México: CTO