

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ASIGNATURA: CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEPTIMO SEMESTRE.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

TEMA: INSUFICIENCIA CARDIACA

PRIMER PARCIAL.

MEDICINA HUMANA.

INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardiaca (IC) 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.

Esto debido a disfunción estructural o funcional miocárdica que produce una reducción del gasto cardiaco (GC) o elevación de las presiones intracardiacas, en reposo o estrés, por con siguiente no es suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo.

La definición actual de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) se limita a las fases de la enfermedad en la que están presentes los signos y síntomas.

La definición clínica por la Sociedad Europea de Cardiología, del síndrome de este síndrome consiste en la presencia de las siguientes características en los pacientes:

- Síntomas de IC. Disnea en reposo o durante el ejercicio, fatiga, cansancio, hinchazón de tobillos.
- Signos de IC. Taquicardia, taquipnea, estertores pulmonares, derrame pleural, elevación de la presión yugular venosa, edema periférico, hepatomegalia.
- Evidencia objetiva de una alteración cardíaca estructural o funcional del corazón en reposo. Cardiomegalia, anomalías electrocardiográficas o en cualquiera de las pruebas de imagen (ecocardiografía, resonancia, etc.), concentraciones elevadas de péptidos natriuréticos.

En la actualidad la ESC ha clasificado a la insuficiencia cardiaca en 3 grupos de acuerdo a la fracción de eyección (FEVI) 1) IC con fracción de eyección conservada (IC-FEc) (FEVI >50%) 2) IC con fracción de eyección reducida (IC-FEr) (FEVI < 40%) 3) IC con fracción de eyección en rango medio (FEVI 40-49%).

Existen diferentes clasificaciones de la insuficiencia cardíaca. Se puede hablar de una clasificación etiológica cuando se describe la causa primera de la IC. En otros casos hay que referirse al tipo de afectación funcional predominante (IC sistólica o diastólica), a la cronología de los síntomas (IC aguda o crónica), a la localización anatómica de la disfunción (IC izquierda o derecha) o al tipo síntomas predominantes (IC anterógrada o retrógrada). Clásicamente se diferencian también

la IC que se produce en el contexto de un gasto cardíaco bajo, frente a las de gasto cardíaco elevado (situaciones hiperdinámicas).

Clínica: 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 disnea es el síntoma más frecuente de la insuficiencia cardíaca y se debe a la acumulación de líquido en el intersticio pulmonar, que dificulta la distensión de los pulmones. La disnea aparece como consecuencia de la elevación de la presión venosa y capilar pulmonares, y al principio aparece con esfuerzos importantes (clase funcional I de la NYHA), necesitando progresivamente menos esfuerzo físico para que aparezca (clases funcionales II-III de la NYHA), hasta que en fases finales aparece disnea incluso en reposo (clase funcional IV de la NYHA). 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. Las crisis de disnea paroxística nocturna consisten en crisis episódicas de disnea y tos que despiertan al paciente por la noche y que se suelen aliviar al sentarse sobre la cama o ponerse en pie. Cuando en este cuadro aparecen sibilancias se denomina "asma cardíaco". El edema agudo de pulmón es un cuadro que aparece cuando la acumulación de líquido en el intersticio pulmonar es tan importante que se extravasa líquido a los alvéolos pulmonares, cursando con disnea y ortopnea intensas. Este cuadro puede ser mortal si no se trata con rapidez. Otros síntomas aparecen debido a la acumulación de líquidos por insuficiencia del ventrículo derecho, como edemas en las piernas y zonas declives, dolor en el hipocondrio derecho (por congestión hepática), sensación de plenitud gástrica e hinchazón y dolor abdominales, o incluso malabsorción intestinal con enteropatía pierde-proteínas debido a un edema de la pared del tubo digestivo (si bien esto último es infrecuente y aparece únicamente en fases avanzadas de la enfermedad). Por hipoperfusión periférica puede producirse debilidad muscular y fatiga, impotencia y otros síntomas. Por hipoperfusión cerebral puede existir confusión, disminución de la memoria y de la capacidad de concentración, ansiedad, insomnio, cefalea, etc. La respiración cíclica, periódica o

de Cheyne-Stokes consiste en la alternancia de periodos de apnea con periodos de hiperventilación e hipocapnia, y parece que se produce por, una disminución de la sensibilidad del centro respiratorio al CO₂ secundaria a la hipoperfusión cerebral, siendo un dato de mal pronóstico. En el ECG puede haber datos inespecíficos, como alteraciones de la repolarización, bloqueos de rama, taquicardia sinusal u otras arritmias, signos de hipertrofia ventricular, etcétera. Un ECG normal hace poco probable el diagnostico de insuficiencia cardiaca 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. En el edema agudo de pulmón aparece un patrón de infiltrado alveolar difuso perihiliar bilateral en "alas de mariposa". Se debe hacer una ecocardiografía a todos los pacientes con clínica sugerente de insuficiencia cardíaca (primer episodio), pues frecuentemente diagnostica la etiología y aporta datos útiles para el pronóstico tratamiento: El tratamiento de la insuficiencia cardíaca incluye como medidas iniciales la corrección de la causa subyacente, si es posible (IAM, enfermedad valvular, pericarditis constrictiva, etc.) y/o de los desencadenantes (crisis hipertensiva, arritmias, infección, anemia, etc.). La presencia de desencadenantes es muy frecuente en los pacientes con IC diagnosticada previamente reagudizada y es un aspecto muy importante, debido a que conseguir establecer un desencadenante y tratarlo es un aspecto que mejorar el pronóstico de los pacientes con IC.

Bibliografía:

Rafael Salguero Bodes (2017). Manual de Cardiología. Madrid: editorial grupo CTO