



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA



DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

ALUMNOS: CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 7º

UNIDAD: 1

MATERIA: CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

TITULO DEL TRABAJO: RESUMEN

INSUFICIENCIA CARDIACA

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 consiguiente 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. Para su diagnóstico es importante identificar la causa subyacente para orientar el tratamiento específico de esta, considerando que es la miocardiopatía la causante de la disfunción ventricular sistólica o diastólica sin embargo esta puede ser causada por anomalías en las válvulas, pericardio, endocardio y trastornos del ritmo cardiaco.

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%).

FISIOPATOLOGIA

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. Todo ello provoca que aparezcan una serie de modificaciones endocrinometabólicas que tratan de compensar el aporte deficiente de sangre a los tejidos. Estas alteraciones inicialmente consiguen mejorar la perfusión tisular, pero a largo plazo dejan de ser beneficiosas y, de hecho, están implicadas en el agravamiento de la clínica, evolución y el pronóstico del paciente.

ETIOLOGIA

Existen diferentes clasificaciones de la insuficiencia cardíaca. Se puede hablar de una clasificación etiológica cuando se describe la causa primera de la IC.

INSUFICIENCIA AGUDA Y CRONICA

La IC aguda se define como la aparición rápida o el empeoramiento de los síntomas o signos de IC. Esta comúnmente se presenta primera manifestación de la IC (de novo) o, más frecuentemente, como consecuencia de una descompensación aguda de la IC crónica y puede estar causada por una disfunción cardíaca primaria (isquemia, toxica, inflamatoria, insuficiencia valvular aguda) o precipitada por factores extrínsecos (infección, hipertensión no controlada o trastornos del ritmo). Se produce un aumento brusco de la precarga, de la poscarga provocando fallo cardíaco.

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. Generalmente experimentan "reagudizaciones" durante su evolución, bien por el deterioro progresivo de la función miocárdica o por la concurrencia de factores desencadenantes (algunos de los más frecuentes son la presencia de una infección concomitante, el abandono o la mala realización del tratamiento prescrito o la realización de una dieta con alto contenido de sal o el empleo de antiinflamatorios).

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). Sin embargo, en determinadas enfermedades que condicionan un estado hiperdinámico, se puede producir el cuadro de IC en presencia de un gasto

cardíaco elevado (aunque insuficiente para las necesidades en ese momento del organismo).

INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA VS IZQUIERDA

Esta clasificación hace referencia a los síntomas derivados del fallo predominante de uno de los dos ventrículos (sobre todo en relación con la congestión retrógrada): congestión pulmonar en la izquierda y hepática, esplácnica y en extremidades inferiores en la derecha.

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 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).

Criterios de Framingham: Presentan una excelente sensibilidad y valor predictivo positivo (96,4% y 97% respectivamente) pero escasa especificidad (38,7%) para el diagnóstico de IC sistólica cuando se enfrenta su presencia o ausencia con el valor de 45% de FEVI, obtenido mediante ecocardiografía, como método de certeza. Así, la ausencia de los CCF podría excluir el diagnóstico de IC sistólica (en el valor de FEVI 45%), aunque su presencia no lo confirma (gran número de falsos positivos).

Exploración física: La presión arterial puede ser normal si la situación hemodinámica está compensada, pero con cierta frecuencia la sistólica está disminuida (por reducción de volumen sistólico) y la diastólica elevada (por vasoconstricción arterial con aumento de las resistencias periféricas), por lo que la presión de pulso o diferencial puede estar disminuida. En casos de reagudización, puede haber una hipotensión arterial importante, lo que confiere un peor

pronóstico. En la inspección pueden ser evidentes la cianosis, la diaforesis, la taquipnea y los signos de hipoperfusión periférica (frialdad, cianosis acra, oliguria, etc.) junto con algunos datos producidos por la congestión sistémica: presión venosa yugular elevada, edemas en miembros inferiores, ictericia (por congestión e hipoxia hepática), etcétera. En la palpación puede apreciarse taquicardia (frecuentemente arrítmica por la presencia de FA), pulso alternante, hepatomegalia (más rara la es plenomegalia), ascitis, edemas con fóvea en miembros inferiores. En la auscultación cardíaca se pueden escuchar 3R y 4R, por lo que los ruidos cardíacos adquieren una característica agrupación que se denomina galope, sobre todo en los estadios más avanzados o en fases de reagudización.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

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 diagnóstico de insuficiencia cardíaca. 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 intercostal, etcétera. En el edema agudo de pulmón aparece un patrón de infiltrado alveolar difuso perihiliar bilateral en "alas de mariposa".

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 puede mejorar el pronóstico de los pacientes con IC.

Los grupos farmacológicos que han probado aumentar la supervivencia de pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida son IECA, ARA II o la asociación de hidralacina con nitratos (especialmente en pacientes de raza

negra), los β -bloqueantes y los antialdosteronicos (espironolactona-eplerenona) y la ivabradina ha demostrado disminuir la mortalidad por insuficiencia cardiaca, en caso de frecuencia sinusal por encima de 70 latidos por minuto en reposo. " El empleo de β -bloqueantes e IECA se recomienda en caso de disfunción sistólica en cualquier clase funcional.

Los diuréticos son fármacos muy eficaces para el alivio sintomático por la congestión que produce la insuficiencia cardiaca, pero no se ha demostrado que mejoren la supervivencia. "La digoxina también es útil para aliviar los síntomas pero tampoco aumenta la supervivencia. " Dos medidas que si mejoran el pronóstico son el desfibrilador automático implantable (DAI) y la terapia de resincronización.

El tratamiento habitual del edema agudo de pulmón con cifras de tensión elevadas incluye el oxígeno, la morfina, los diuréticos de asa y los vasodilatadores (usualmente nitroglicerina).

BIBLIOGRAFIA:

Grupo CTO. (2017). Cardiología CTO. 2021, de BOOKMEDICOS.ORG Sitio web: https://www.dropbox.com/sh/9odkyyadmdfegdr/AABCAC_asdjHgrsY0ZHCtkpma?dl=0

