



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“INSUFICIENCIA CARDIACA”

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ
CELAYA**

SEMESTRE: 7º

UNIDAD: 1

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

**ASIGNATURA: CLINICAS MEDICAS
COMPLEMENTARIAS**

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, FEBRERO
2021**

La insuficiencia cardíaca (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 cardíaco (GC) o elevación de las presiones intracardiacas, en reposo o estrés, por consiguiente no es suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo. En la actualidad la ESC ha clasificado a la insuficiencia cardíaca 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%).

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

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 de 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).

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. En la IC por disfunción diastólica "pura" predomina una alteración de la distensibilidad miocárdica, por lo que se produce un aumento

de las presiones de las cámaras cardíacas con conservación de la función sistólica (este es un criterio obligado, por lo que se necesita alguna prueba de imagen que confirme la normofunción sistólica para poder hablar de IC diastólica)

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, necesitando progresivamente menos esfuerzo físico para que aparezca, hasta que en fases finales aparece disnea incluso en reposo. 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". 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).

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. El pulso en grados avanzados puede ser alternante. 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). 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. 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) y/o de los desencadenantes (crisis hipertensiva, arritmias, infección, anemia). 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.

Bibliografía

Manual CTO de Medicina y Cirugía. 3ª Edición. Grupo CTO editorial.