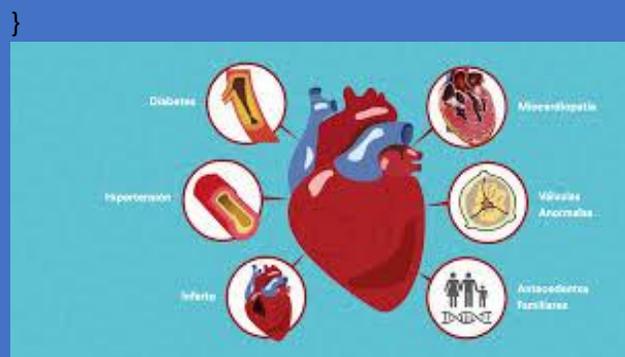


# CAP. 5 INSUFICIENCIA CARDÍACA



CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA

ALUMNA: NIDIA GABRIELA VALDEZ CALDERON

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.

### **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

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)**

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. Las causas más frecuentes son la isquemia miocárdica y la miocardiopatía dilatada. Es la situación más habitual, y el tipo de insuficiencia cardíaca en la que tienen una mayor utilidad la mayoría de los fármacos.

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.

Las causas más frecuentes de disfunción diastólica son la hipertrofia ventricular izquierda (por HTA o miocardiopatía hipertrófica) y la isquemia miocárdica, y también otras como pericarditis constrictiva, taponamiento cardíaco, miocardiopatía restrictiva, etc.

### **insuficiencia aguda vs. Crónica**

- 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).
- 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).

### **IC derecha vs. IC izquierda**

hace referencia a los síntomas derivados del fallo predominante de uno de los dos ventrículos (sobre todo en relación con la congestión pulmonar en la izquierda y hepática, esplácnica y en extremidades inferiores en la derecha. Si comparte ambos fallos, se denomina IC biventricular.

En condiciones normales, el flujo sanguíneo que expulsa el ventrículo derecho (VD) atraviesa el árbol pulmonar a baja presión por la existencia de un gradiente transpulmonar de unos 5-7 mmHg

Cuando aparece disfunción sistólica o diastólica del ventrículo izquierdo se elevan las presiones de llenado izquierdas (la PCP), por lo que ha de aumentar la PAPm para mantener ese GTP que permita el adecuado llenado izquierdo (hipertensión pulmonar: HTP "pasiva").

Se considera hipertensión pulmonar (HTP) a la presencia de una PAPm con valores superiores a 25 mmHg.

habitualmente la HTP precapilar supone un mecanismo de defensa frente al edema pulmonar, puesto que la disminución del gasto del VD que produce reduce el aporte de sangre a los capilares pulmonares. Otros factores protectores son el engrosamiento de la barrera alveolointersticial y un aumento del drenaje linfático intersticial pulmonar.

la HTP en las cardiopatías izquierdas produce deterioro de clase funcional y un empeoramiento del pronóstico y del resultado de las intervenciones quirúrgicas correctoras del defecto (e incluso del trasplante cardíaco). Además, en este último caso puede ser incluso causa de contraindicación del mismo.

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.

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.

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.

## **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 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 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**

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.

En la ecocardiografía se deben investigar anomalías estructurales cardíacas globales o segmentarias responsables de la insuficiencia, así como determinar la función sistólica global mediante la estimación de la FEVI.

## **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.

## BIBLIOGRAFÍA

Manual CTO de Medicina y Cirugía». 9ª Edición. Grupo CTO