

NOMBRE DE ESTUDIANTE:

Adly Candy Vázquez Hernández

DOCENTE:

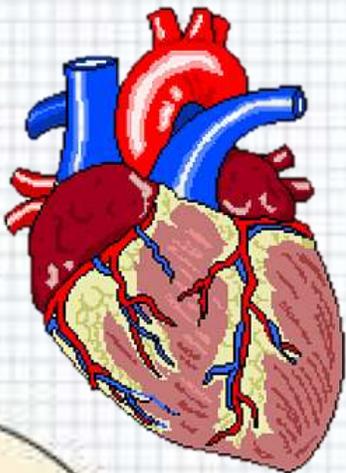
Dr. Ricardo Acuña Del Saz

MATERIA:

Clínicas Médicas Complementarias

TEMA:

“Insuficiencia cardiaca”



CARRERA:

Medicina Humana

SEMESTRE:

7°

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

16/09/2021

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.

CLASIFICACIÓN

- **ESTADIO A:** Con alto riesgo de insuficiencia cardíaca. Anomalía estructural o funcional no identificada; sin signos ni síntomas.

- **ESTADIO B:** Enfermedad cardíaca estructural desarrollada claramente en relación con insuficiencia cardíaca, pero sin signos ni síntomas.
- **ESTADIO C:** Insuficiencia cardíaca sintomática asociada a enfermedad estructural subyacente.
- **ESTADIO D:** Enfermedad cardíaca estructural avanzada y síntomas acusados de insuficiencia cardíaca en reposo a pesar de tratamiento médico máximo.

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. 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. Entre ellas se encuentran el aumento de las catecolaminas, la estimulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, de la vasopresina (ADH), endotelina, factor de necrosis tumoral, etc. Es típica la elevación de los péptidos natriuréticos que tratan de compensar el deterioro mediante un efecto antifibrótico y diurético.

ETIOLOGÍA

Existe diferentes clasificaciones de la IC. Se puede hablar de una clasificación etiológica cuando se describe la causa de la primera IC. En otros caso 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 predominante (IC anterógrada o retrógrada). Clasificamente se diferencia también la IC que se produce en el contexto de un bajo GC a uno elevado.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Los síntomas son disnea, fatiga, cansancio, hinchazón de tobillos; los signos son taquicardia, taquipnea, estertores, derrame pleural, Edema periférico, hepatomegalia, Ingurgitación yugular. En las alteraciones cardíaca estructural o funcional son cardiomegalia, > péptido natriuretico auricular, anomalías en EKG, ECG, RM. 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 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.

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". 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 alternante. causas globales o segmentarias responsables de la insuficiencia, así como determinar la función sistólica global mediante la estimación de la FEVI. La cardiorr 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. La ventriculografía isotópica puede aportar datos de disfunción sistólica y volúmenes.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la IC 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.

Medicación	Indicación	Fármaco y dosis (inicio/óptima)
IECA	• NYHA Clase II-IV	• Enalapril: 2.5 / 20 mgrs/día • Captopril: 2.5 - 6.25 / 25 - 50 mg / 8 horas.
β - Bloqueadores	• Para mantener la frecuencia cardiaca (FC) entre 55 y 75 Lm. • NYHA II-IV	• Carvedilol: 3.125 / 25 (50 en > 80 kilos) / 12 h • Metoprolol: 6.25 / 50 (75 en > 80 kilos) / 12 h • Bisoprolol: 1.25 / 5 (10 en > 80 kilos) / día
Diuréticos	• Retención hídrica (edema, ascitis, disnea) • Espironolactona: no como diurético, sino por la capacidad que tiene de aumentar la supervivencia de los pacientes que la reciben.	• Clortalidona: 30 / 100 mgr / día • Furosemida: 20 / 260 mgr / día • Dosis mínima efectiva posible • Espironolactona 25-100mg/d
Calcioantagonistas (verapamilo y diltiazem)	• Como control de la FC (entre 55 y 75 Lm.)	• Verapamilo: 80 / 120 cada 8 h • Diltiazem: 60 / 120 cada 8 h
Digoxina	• Como control de la FC si FA • (mantener entre 55 y 75 Lm)	• Digoxina: 0.125 / 0.25 mgrs / día • Ajustar según función renal. No existen evidencias científicas para el "descanso de fin de semana"
ARA II	• NYHA Clase II-IV, en pacientes con intolerancia a IECA	• Losartán: 12.5 / 50 mgrs / día

En todos los casos se iniciará en el tratamiento con dosis bajas y vigilando la aparición de hipotensión

MEDIDAS TERAPEUTICAS

- Instruir al paciente para que tome parte activa en su tratamiento e insistir en la importancia del cumplimiento terapéutico.
- Restricción en la ingesta de sal, de líquidos a menos de 1,5.2 Lts/día en px graves o con hiponatremia.
- Limitar el consumo de alcohol a 10-20g/día, y si tiene cardiopatía prohibir.
- En personas obesa con IMC>30, Recomendar pérdida de peso.
- Dejar de fumar. Vacunación antigripal y contra el neumococo.
- Se aconseja actividad física moderada adaptada a la situación funcional, diaria, y regular en los px.

- Evitar AINE, y los inhibidores de la COX-2, corticoesteroides, antiarrítmicos de clase 1, calcioantagonistas como verapamilo, diltiazem o nifedipino, antidepresivos tricíclicos y sales de litio.

Bibliografía

García, R., & Lazcano, G. A. (2011). *Cardiología* (3.a ed.). Mc Graw Hill.