



Universidad del Sureste Escuela de Medicina



TVP Y EP/ IC

PRESENTA

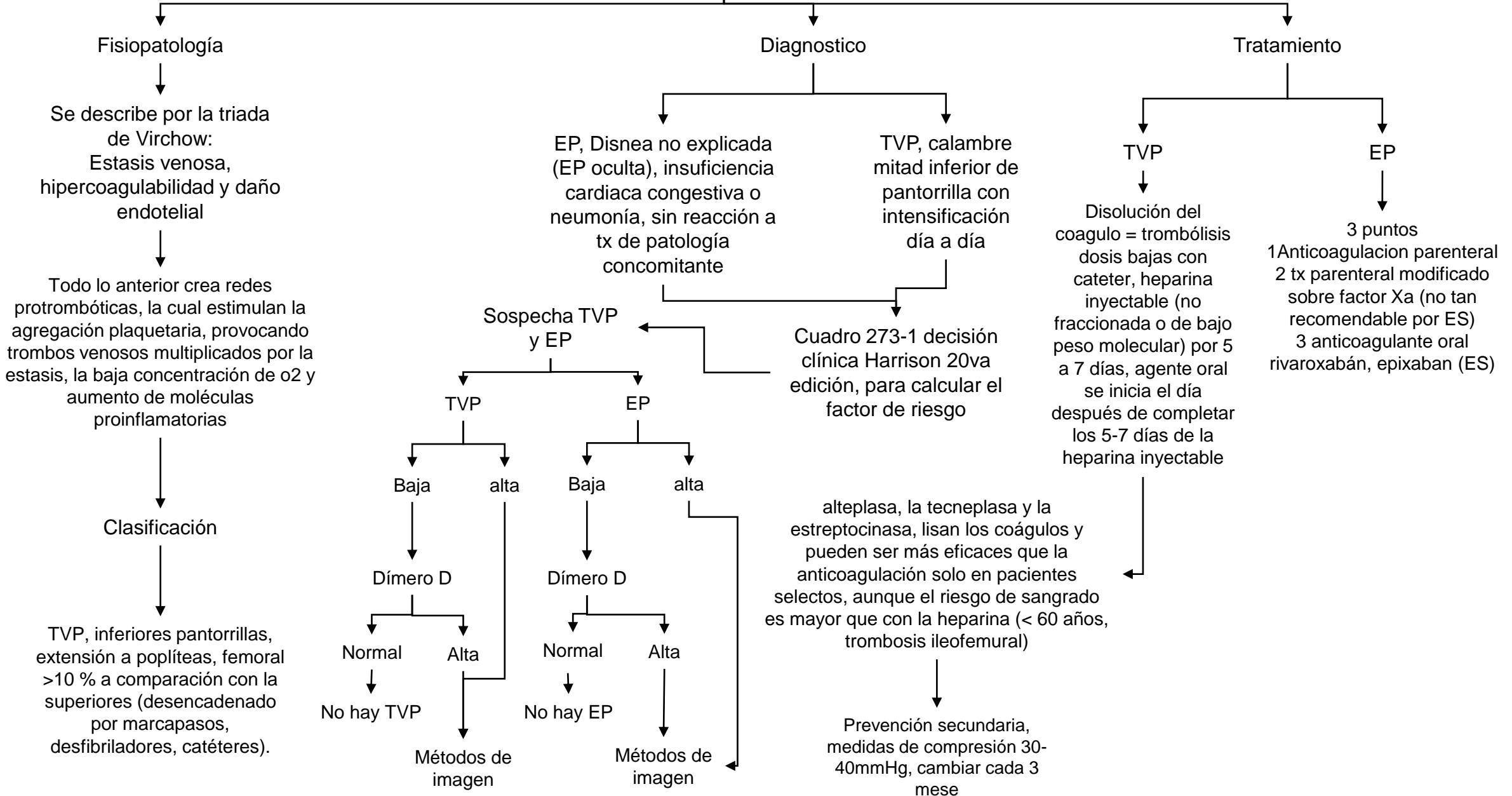
Angel Jose Ventura Trejo

Clínicas complementarias

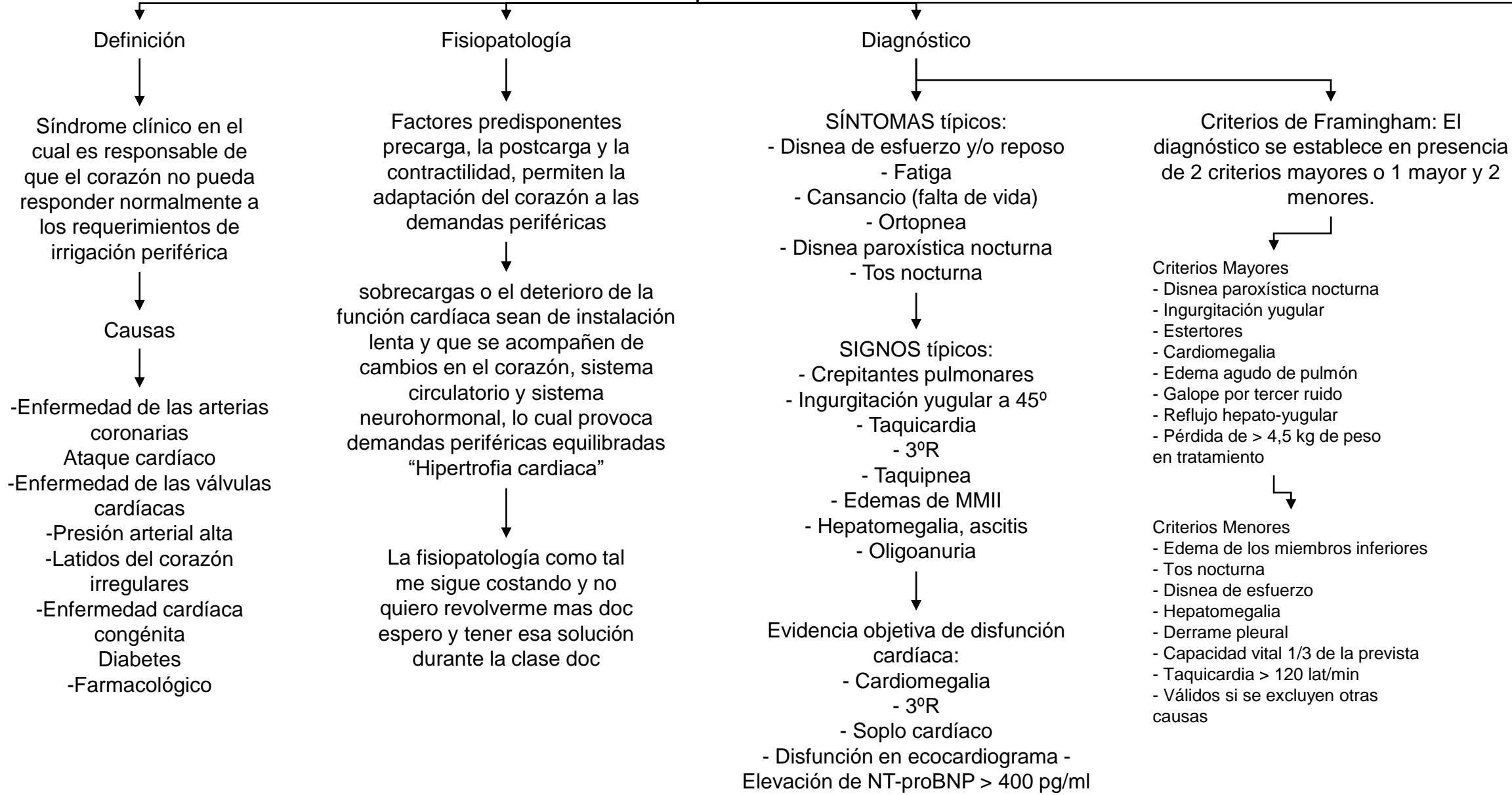
Dr. Natanael Ezri Prado Hernández

Comitán De Domínguez, Chiapas, 12 de noviembre de 2021

Trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar



Insuficiencia cardíaca



Definición

Síndrome clínico en el cual es responsable de que el corazón no pueda responder normalmente a los requerimientos de irrigación periférica

Causas

- Enfermedad de las arterias coronarias
- Ataque cardíaco
- Enfermedad de las válvulas cardíacas
- Presión arterial alta
- Latidos del corazón irregulares
- Enfermedad cardíaca congénita
- Diabetes
- Farmacológico

Fisiopatología

Factores predisponentes precarga, la postcarga y la contractilidad, permiten la adaptación del corazón a las demandas periféricas

sobrecargas o el deterioro de la función cardíaca sean de instalación lenta y que se acompañen de cambios en el corazón, sistema circulatorio y sistema neurohormonal, lo cual provoca demandas periféricas equilibradas "Hipertrofia cardíaca"

La fisiopatología como tal me sigue costando y no quiero revolverme mas doc espero y tener esa solución durante la clase doc

Diagnóstico

SÍNTOMAS típicos:

- Disnea de esfuerzo y/o reposo
- Fatiga
- Cansancio (falta de vida)
- Ortopnea
- Disnea paroxística nocturna
- Tos nocturna

SIGNOS típicos:

- Crepitantes pulmonares
- Ingurgitación yugular a 45°
- Taquicardia
- 3°R
- Taquipnea
- Edemas de MMII
- Hepatomegalia, ascitis
- Oligoanuria

Evidencia objetiva de disfunción cardíaca:

- Cardiomegalia
- 3°R
- Soplo cardíaco
- Disfunción en ecocardiograma
- Elevación de NT-proBNP > 400 pg/ml

Criterios de Framingham: El diagnóstico se establece en presencia de 2 criterios mayores o 1 mayor y 2 menores.

Criterios Mayores

- Disnea paroxística nocturna
- Ingurgitación yugular
- Estertores
- Cardiomegalia
- Edema agudo de pulmón
- Galope por tercer ruido
- Reflujo hepato-yugular
- Pérdida de > 4,5 kg de peso en tratamiento

Criterios Menores

- Edema de los miembros inferiores
- Tos nocturna
- Disnea de esfuerzo
- Hepatomegalia
- Derrame pleural
- Capacidad vital 1/3 de la prevista
- Taquicardia > 120 lat/min
- Válidos si se excluyen otras causas

Insuficiencia cardiaca

Diagnóstico

Tratamiento

Diagnostico etiológico

Historia clínica

antecedentes personales y familiares de interés

Factores de riesgo

Síntomas, signos y exploración física antes descritos en los criterios de Framingham y los criterios mayores y menores

- a- Factores de riesgo cardiovascular (FRCV) mayores (tabaco, HTA, DM, HLP, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz (varones < 55 años, mujeres < 65 años)).
- b- Hábitos tóxicos (alcohol y otras drogas).
- c- Enfermedad cardiovascular previa (Cardiopatía, Ictus, Arteriopatía periférica, Nefropatía, Retinopatía).
- d- Tratamientos previos (tto cardiológico, y de FRCV, de EPOC y posibles desencadenantes como AINEs, Antidepresivos, Antiarrítmicos, Citotóxicos, Radioterapia).
- e- Antecedentes familiares de muerte súbita o cardiopatía.
- f- Otras comorbilidades: EPOC. Insuficiencia Renal, patología tiroidea, otras

Complementarios

1. Bioquímica con glucemia
2. electrolitos séricos (Na, K, Ca, Mg)
3. pruebas de función hepática y renal (FG)
4. perfil lipídico completo
5. hormonas tiroideas
6. ferrocinética, enzimas musculares (CPK)
7. En pacientes diabéticos: HbA1c. Estudio de coagulación
8. Analítica de orina y sedimento

biomarcadores: BNP, Pro BNP.
En aquellos pacientes que ofrezcan dudas diagnósticas, pueden ser útiles por su alto valor predictivo negativo.

EKG: Identifica la posible etiología de la IC y ayuda al tratamiento específico (trastornos del ritmo, HVI, isquemia, alteraciones de la conducción). Permite guiar terapias específicas (resincronización ventricular). No existe ningún hallazgo electrocardiográfico específico de IC, aunque un ECG normal hace improbable el diagnóstico de IC.

Rx de tórax
Debe realizarse Inicialmente en todos los pacientes con sospecha de IC, y en cualquier momento si hay empeoramiento clínico. Permite detectar cardiomegalia, confirma congestión pulmonar, y permite evaluar otras causas de disnea (EPOC, enfisema, neumonía, TEP).

Ecocardiograma se debe realizar:

- En todos los pacientes con sospecha de IC para confirmar el diagnóstico.
- En situaciones de evolución clínica desfavorable, sin causa desencadenante aparente.
- En aquellos casos en los que sea previsible un cambio significativo en su función ventricular.
- Siempre que su realización pueda condicionar un cambio en la actitud terapéutica.

Insuficiencia cardiaca

Tratamiento

Objetivos

- Reducir la mortalidad.
- Evitar las recaídas y los reingresos.
- Prevenir la progresión de la enfermedad.
- Supresión o minimizar los síntomas.
- Mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida.

Tratamiento no farmacológico

CTEV

Restricción hídrica

Dieta hiposódica

restricción de líquidos a 1,5-2 l/día en pacientes con síntomas graves. No indicada en pacientes con síntomas leves o moderados.

clase funcional I de la NYHA.

IECAS

Captopril: 6,25 ó 12,5 mg/8 h y a lo largo de semanas aumentar hasta 50 mg/8h.

Enalapril 2,5 mg/12 h y aumentar hasta 10 mg/12 h.

Si no se toleran (hipotensión sintomática, azotemia, hiperkaliemia, tos, erupción o edema angioneurótico) dar nitratos e hidralacina o ARA II.

La utilización de diuréticos sólo si no se corrigen los síntomas congestivos con restricción de Na. La digoxina es un fármaco de gran utilidad si el paciente está en FA.

ARA II

Son la alternativa a los IECA si los pacientes presentan intolerancia a estos

Diuréticos

Se recomienda su uso en pacientes en IC solo cuando aparecen edemas o síntomas secundarios a la congestión pulmonar (disnea, ortopnea, etc.)

Si no se toleran, dar nitratos e hidralazina. Comenzar con 5-10 mg / 8h de nitrato de isosorbide y 10 mg/ 6h de hidralazina; si se toleran aumentar gradualmente hasta 40 mg / 8h de dinitrato y 75 mg/ 6 h de hidralazina.