

# INSUFICIENCIA CARDIACA

JOSUE DE LEON LOPEZ

INSUFICIENCIA  
CARDIACA ENSAYO

## DESARROLLO

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico en el que los pacientes presentan signos y síntomas como consecuencia de que el corazón no aporta un gasto cardíaco adecuado a las necesidades de los órganos tejidos, a pesar de presiones normales de llenado, y debido a una anomalía de la estructura o de la función cardíaca.

Su prevalencia se sitúa aproximadamente en el 1-2% de la población adulta en países desarrollados, y aumenta a más del 10% entre personas de 70 o más años de edad

Según su epidemiología La Insuficiencia Cardíaca (IC) es un síndrome complejo, con una alta prevalencia en la población, situándose en torno al 10% en mayores de 70 años, y esta continúa aumentando. Su incidencia en mayores de 65 años es del 1% al año

En países desarrollados es la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años, suponiendo el 5% del total de ingresos, y su porcentaje se incrementa cada año. La mayoría de los autores reconoce que las cifras alcanzan valores de epidemia, si bien es cierto que debido a su complejidad no es fácil de definir ni de cuantificar

LA VAMOS A CLASIFICACION:

IC con FEVI normal ( $\geq 50\%$ ) o IC con FE conservada (IC-FEc)

IC con FEVI reducida ( $< 40\%$ ) (IC-FEr)

IC con FEVI en rango medio (40-49%) (IC-FEm):

etiología va según las causas predisponentes etiológicas son las alteraciones estructurales, congénitas o adquiridas en las que existe una afección de los vasos periféricos, la circulación coronaria, el pericardio, el miocardio, el endocardio o las válvulas cardíacas, que produce una alteración de la fisiología normal del corazón.

La principal es la cardiopatía isquémica, responsable de más del 50%

La principal es la hipertensión arterial (HTA), especialmente prevalente en mujeres y en individuos de raza negra con IC DM2, chagas, obesidad, COVID, edad, herencia. Según el estudio Framingham, el riesgo de IC se duplica en la población que presenta HTA ligera y se cuadruplica cuando los valores de presión arterial superan los 160/95 mmHg.

## MANIFESTACIONES CARDINALES

Disnea, intolerancia al ejercicio, Ingurgitación yugular, edema y fatiga.

Previo a la aparición de manifestaciones clínicas se pueden presentar anomalías estructurales o funcionales (disfunción ventricular izquierda sistólica o diastólica) que son precursores de Insuficiencia cardíaca.

**TABLA 4. Criterios de Framingham para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca<sup>6</sup>**

---

### Criterios mayores

- Disnea paroxística nocturna u ortopnea
- Ingurgitación yugular
- Estertores
- Cardiomegalia
- Edema agudo de pulmón
- Galope por tercer tono
- Presión venosa central > 16 mmHg
- Tiempo de circulación > 25 s
- Reflujo hepatoyugular

### Criterios menores

- Edema maleolar
  - Tos nocturna
  - Disnea de esfuerzo
  - Hepatomegalia
  - Derrame pleural
  - Reducción de la capacidad vital en un tercio respecto a la máxima
  - Taquicardia (> 120 lat/min)
  - Pérdida de > 4,5 kg en 5 días en respuesta al tratamiento (también puede ser criterio mayor)
- 

Se precisan 2 criterios mayores o uno mayor y 2 menores. En los criterios menores deben descartarse otras posibles causas.

## DIAGNOSTICO

Existen cuatro maneras de clasificar la IC: de acuerdo al tiempo de evolución Aguda o Crónica. Clasificación funcional de la NYHA en base a la gravedad de los síntomas y actividad física (I-IV) es muy importante pedir los siguientes laboratorios.

## ELECTROCARDIOGRAMA

## PUREBA DE PEPTIDO NATRIURICO AURICULAR

## RADIOGRAFIA DE TORAX

Cuadro 1. Clasificación de IC según Fracción de eyección

Tipo de IC	IC-FEr	ICFEm	IC-FEc
CRITERIOS	1 Síntomas + 40% signos*	Síntomas ± signos*	Síntomas ± signos*
	2 FEVI ≤ 40%	FEVI 40-49%	FEVI ≥ 50%
	3 -	- Péptidos natriuréticos elevados* - Al menos un criterio adicional: 1. Enfermedad estructural cardíaca relevante (HVI o DAI) 2. Disfunción diastólica (véase la sección 4.3-2).	- Péptidos natriuréticos elevados* - Al menos un criterio adicional: 1. Enfermedad estructural cardíaca relevante (HVI o DAI) 2. Disfunción diastólica (véase la sección 4.3-2).

BNP: péptido natriurético de tipo B; DAI: dilatación auricular izquierda; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; HVI: hipertrofia ventricular izquierda; IC: insuficiencia cardíaca; IC-FEc: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada; ICr-FEr: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida; IC-FEm: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección en rango medio; NT-ProBNP: fracción N-terminal del propeptido natriurético cerebral.

1Los signos pueden no estar presentes en las primeras fases de la IC (especialmente en la IC-FEc) y en pacientes tratados con diuréticos.

2BNP > 35 pg/ml o NT-proBN ≥ 125 pg/ml.

Los objetivos del tratamiento de IC son mejorar el estado clínico, la capacidad funcional y la calidad de vida, prevenir las hospitalizaciones y reducir la mortalidad.

Es importante una buena historia clínica acompañada de los laboratorios con los criterios mencionados para pasar a dar manejo farmacológico ya que la guía de práctica clínica menciona que los betabloqueadores han demostrado reducir la mortalidad acompañado de un (IECA) han demostrado mejorar supervivencia en pacientes con IC Existe una nueva clase terapéutica de agentes que actúan en el SRAA y el sistema neutral endopeptidasa. El primero en la clase es el LCZ696, una molécula que combina Valsartan y sacubitril inhibiendo la Neprilisina.

LOS MINERALOCORTICOIDES: bloquean los receptores de aldosterona y con diferentes grados de afinidad, otros receptores de hormonas esteroideas. Espironolactona y Eplerenone son recomendados en todos los pacientes sintomáticos (a pesar del tratamiento con IECAS y beta bloqueadores) con FEVI reducida menos del 35%, para reducir mortalidad y hospitalizaciones; se debe tener precaución en pacientes con falla renal.

una nueva combinación recomendaciones basadas en directrices para una terapia medica optima llamada los 4 fantásticos

se recomienda que en ausencia de contraindicaciones los pacientes con ICFe sea tratados con cuadriterapia

1. ARNI (inhibidor dual de la neprilisina y del receptor de angiotensina, como Sacubitrilo/Valsartan) o Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA como enalapril, lisinopril, perindopril, ramipril )/antagonistas del receptor de angiotensina II ARA II como valsartan,candesartan.
2. Betabloqueadores como carvedilol, bisoprolol, metoprolol,
3. ARM (antagonista del receptor mineralocorticoide como espironolactona y Eplerrenone.
4. Inhibidores del con trasportador sodio-glucosa tipo 2(ISGL2) como dapagliflozina y empagliflosina.

## BIBLIOGRAFÍA

ACTUALIZACIÓN 2021 DE LAS GUÍAS CANADIENSES DE INSUFICIENCIA CARDIACA-  
CCS/CHFSDEFINICION DE UN NUEVO ESTÁNDAR FARMACOLÓGICO PARA IC CON FRACCIÓN DE  
EYECCIÓN REDUCIDA.