

INSUFICIENCIA CARDIACA



Actualmente la IC se categoriza tanto en función de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), parámetro que se relaciona con la etiología, las características demográficas y las comorbilidades del paciente, como en función de la gravedad de los síntomas y la intolerancia al ejercicio.

Clasificación de la IC según la FEVI: IC con FEVI normal ($\geq 50\%$) o IC con FE conservada (IC-FEC): anteriormente denominada IC diastólica. La causa más común es la HTA y la fibrilación auricular (FA). Es más frecuente en personas de edad avanzada, mujeres, hipertensos y obesos.

IC con FEVI reducida ($< 40\%$) (IC-FEr): anteriormente denominada IC sistólica. La cardiopatía isquémica es la principal causa, siendo más frecuente en hombres y en pacientes más jóvenes.

IC con FEVI en rango medio (40-49%) (IC-FEm): Los pacientes con fracción de eyección en el intervalo 40-50 % representan una zona gris, poco estudiada, al no haber sido incluidos en los principales estudios pacientes de este rango.

Crterios de la new york heart association

Clase I - Sin limitación: el ejercicio físico normal no causa fatiga, disnea o palpitaciones indebidas.

Clase II - Ligera limitación de la actividad física: sin síntomas en reposo, la actividad física normal causa fatiga, palpitaciones o disnea.

Clase III - Acusada limitación de la actividad física: sin síntomas en reposo, cualquier actividad física provoca la aparición de los síntomas.

Clase IV - Incapacidad de realizar actividad física: los síntomas de la insuficiencia cardiaca están presentes incluso en reposo y aumentan con cualquier actividad física.

Las condiciones comórbidas pueden contribuir al deterioro clínico, complicar el manejo y, a menudo, se asocian con un mal pronóstico. Cada vez son más frecuentes los pacientes que padecen IC asociada a otras patologías crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, enfermedad renal con compromiso del filtrado glomerular u otras), lo que complica la elección de los fármacos a emplear y obliga a una mayor monitorización con ajuste de las dosis utilizadas, ya que algunos fármacos empleados para tratar las comorbilidades pueden empeorar la IC.

MANEJO DE LAS DESCOMPENSACIONES

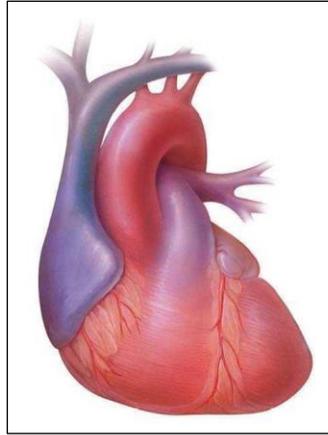
Los diuréticos del asa (furosemida, torasemida, bumetanida) son los fármacos más utilizados para el alivio de la congestión en los episodios de descompensación de la IC por su potencia y rapidez de acción, si bien hay pocos ensayos clínicos robustos que guíen este uso.

El manejo de los diuréticos del asa presenta cierta complejidad, ya que necesitan alcanzar una concentración plasmática mínima por debajo de la cual no tienen efecto; por tanto, se debe encontrar la dosis efectiva para cada paciente.

Por otra parte, la dosis efectiva se encuentra muy cerca de su techo terapéutico (la curva dosis-respuesta de estos fármacos es logarítmica) y una vez alcanzado ese techo, no se conseguirán mayores diuresis pese a aumentar la dosis. La alternativa es pautar cada 6 horas, o bien añadir tiazidas o diuréticos ahorradores de potasio.

¿Cuáles son los síntomas de la insuficiencia cardíaca?

- Falta de aire, sobre todo cuando la persona se acuesta.
- Sensación de cansancio, agotamiento (fatiga).
- Tos o silbidos, especialmente cuando la persona hace ejercicios o se acuesta.
- Hinchazón en los pies, tobillos y piernas.
- Aumento de peso debido a la retención.
- Confusión o falta de claridad mental.



¿Cuáles son las causas?

Las dos causas más comunes de insuficiencia cardíaca en Estados Unidos son la presión arterial alta y la enfermedad de arteria coronaria (CAD).

La enfermedad de arteria coronaria se manifiesta cuando las arterias que proveen de sangre al corazón se estrechan por la acumulación de depósitos grasos denominados placas.

Factores de riesgo comunes que llevan a una IC.

DIABETES

HIPERTENSION

CONSUMO DE CIGARRO O ALCOHOL

Tabla 3. Criterios de Framingham para el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca

Mayores	Menores
Disnea paroxística nocturna	Disnea de esfuerzo
Estertores crepitantes	Edemas miembros inferiores
Edema agudo de pulmón	Derrame pleural
Cardiomegalia (radiografía)	Hepatomegalia
Tercer ruido	Tos nocturna
Ingurgitación yugular	Taquicardia (> 120 lat/min.)
Aumento de la presión venosa	
Reflujo hepatoyugular	
Pérdida de peso (> 4,5 kg) tras tratamiento	

***Para establecer el diagnóstico de IC se necesitan 2 criterios mayores o 1 mayor y 2 menores.**

• Presentan una excelente sensibilidad y valor predictivo positivo (96.4 y 97% respectivamente) pero escasa especificidad (38.7 %) para el diagnóstico de IC sistólica cuando se enfrenta su presencia o ausencia con el valor de 45 % de FEVI, obtenido mediante ecocardiografía, como método de certeza.

Así la ausencia de los CCF podría excluir el diagnóstico de IC sistólica (en el valor de FEVI 45%), aunque su presencia no lo confirma (gran número de falsos positivos).

TRATAMIENTO LOS 4 FANTASTICOS

ARNI (superior a IECA)

Beta bloqueador

ARM

ISGLT2

TRATAMIENTO SECUNDARIO

Dieta baja en sodio

Realizar ejercicio físico

Eliminar sustancias citotóxicas

Reducción de grasa en la dieta.

Reducción del volumen de las comidas.

Reducción de peso si existe sobrepeso u obesidad.

