

INSUFICIENCIA CARDIACA ACTUALIZACIONES



**EMMANUEL GALDAMEZ
GONZALEZ**

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA COMPLEMENTARIA

**DR. MIGUEL
BASILIO
ROBLEDO**

TABLA DE CONTENIDO

1. INSUFICIENCIA CARDIACA

- 1.1. Definición
- 1.2. Etiología
- 1.3. Fisiopatología
- 1.4. Prevalencia
- 1.5. Diagnóstico
- 1.6. Tratamiento
- 1.7. Criterios de Framingham

2. IC ACTUALIZACIONES

- 2.1. Clasificación en base a la fracción de eyección del ventrículo izquierdo
- 2.2. Tipos de insuficiencia cardíaca
- 2.3. Los cuatro fantásticos
- 2.4. Manejo de la insuficiencia cardíaca aguda

1. INSUFICIENCIA CARDIACA

1.1. DEFINICION

La IC no es un diagnóstico patológico único, sino que se trata de un síndrome clínico caracterizado por síntomas típicos (disnea, inflamación de tobillos y fatiga) que puede acompañarse de signos como presión yugular elevada, crepitantes pulmonares y edema periférico, causados por una anomalía cardíaca estructural o funcional que producen una elevación de las presiones intracardiacas o un gasto cardíaco inadecuado en reposo o durante el ejercicio.

1.2. ETIOLOGIA

Las presiones intracardiacas Las 3 principales causas de IC son: la cardiopatía hipertensiva, la cardiopatía isquémica asociada con un infarto previo y la miocardiopatía dilatada

Otras causas son: arritmias, valvulopatías, infecciones, enfermedades por infiltración, alcoholismo, endocrinopatías y enfermedades genéticas

La IC puede clasificarse de diferentes formas: por disfunción sistólica hace referencia a un síndrome clínico caracterizado por síntomas y signos de IC en el contexto de una enfermedad estructural cardíaca, que provoca una disminución de la función contráctil del ventrículo izquierdo

1.3. FISIOPATOLOGIA

Desde el punto de vista fisiopatológico las alteraciones de los miocitos ocasionan la IC, estos pierden su

capacidad de contracción normal debido a cambios bioquímicos, como en las miocardiopatías idiopáticas o debido a la alteración de los mecanismos fisiológicos que disminuyen la liberación de oxígeno para el

IC aguda (SEC)	IC crónica (ACC/AHA)
IC aguda descompensada	Estadio A. Sin daño estructural o alteración funcional.
IC aguda hipertensiva	Estadio B. Alteración estructural fuertemente relacionada con el desarrollo de IC.
Edema agudo de pulmón	Estadio C. IC sintomática asociada con daño estructural cardíaco.
Shock cardiogénico	Estadio D. IC con sintomatología en reposo a pesar de tratamiento máximo, alteración estructural cardíaca avanzada.
IC aguda con gasto elevado	
IC aguda derecha	

miocardio, lo que altera el funcionamiento

1.5. DIAGNOSTICO

Ecocardiografía: Permite diferenciar 4 grupos de mecanismos fisiopatológicos: disfunción sistólica, diastólica, alteraciones valvulares, y pericárdicas.

Radiografía de tórax: La radiografía de tórax es útil como el primer método complementario a recurrir ante la sospecha de IC en un paciente con disnea y permitirá descartar su origen pulmonar.

Electrocardiograma: Las alteraciones electrocardiográficas que frecuentemente se pueden encontrar en IC incluyen: la presencia de cambios isquémicos o necróticos.

Resonancia magnética: La resonancia magnética cardíaca es una técnica de imagen versátil que permite evaluar con la mayor exactitud y reproducibilidad los volúmenes, la masa, y la función global y regional de ambos ventrículos.

1.6. TRATAMIENTO

1.4. PREVALENCIA

La prevalencia en los Estados Unidos está estimada en los 4 a 5 millones de pacientes al año, casi 500.000 casos nuevos son diagnosticados anualmente.

La disfunción cardíaca es la razón para 12 a 15 millones de visitas al médico, y 6,5 millones de días de hospitalización, además de representar de 2-3 % de los ingresos hospitalarios

Tabla 3. Estrategias de tratamiento de la IC.

Estadio A Prevención primaria	Estadio B Prevención secundaria	Estadio C y D Prevención terciaria
<ul style="list-style-type: none"> - Tratar HTA, diabetes y dislipidemias. - Tratar enfermedades tiroideas. - Abandono de hábitos nocivos (tabaco, alcohol, otras drogas) - Ejercicio físico regular. - Control de frecuencia en taquiarritmias. - Uso de IECA en pacientes seleccionados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas del estadio A - IECA - Betabloqueadores 	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas estadio A - IECA + betabloqueadores - Restricción de sal - Diuréticos si hay retención de fluidos - Persistencia de síntomas: ARA II, hidralacina y nitratos, digital. - TRC-DAI, en pacientes seleccionados. - Transplante - DAI - Infusión continua de inotrópicos - Cuidados en centros especiales

DAI, desfibrilador automático implantable; HTA, hipertensión arterial; IECA, inhibidor de la enzima convertora de angiotensina; TRC, terapia de resincronización cardíaca.

Tabla 2. Criterios clínicos de Framingham.

Mayores	Menores	Mayores o menores
Disnea paroxística nocturna	Edema en miembros inferiores	Adelgazamiento $\geq 4,5$ kg después de 5 días de tratamiento.
Distensión venosa yugular	Tos nocturna	
Crepitantes	Disnea de esfuerzo	
Cardiomegalia	Hepatomegalia	
Edema agudo de pulmón	Derrame pleural	
Galope por S ₃	Capacidad vital disminuida 1/3	
Presión venoso yugular > 16 cmH ₂ O	Taquicardia	
Reflujo hepatoyugular		

2. IC ACTUALIZACIONES

2.1. CLASIFICACION EN BASE A LA FRACCION DE EYECCION DEL VENTRICULO IZQUIERDO

A pesar de las limitaciones reconocidas de la medición de la fracción de eyección (FE) del ventrículo izquierdo (VI), se la reconoce como herramienta para la clasificación en IC con FE reducida (ICFER), levemente reducida (ICFEI) y preservada (ICFEP).



2.2. TIPOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida (FEVI < 40%) (IC-FER), ligeramente reducida (41-49%) (IC-FEII), conservada ³ 50% (IC-FEC).

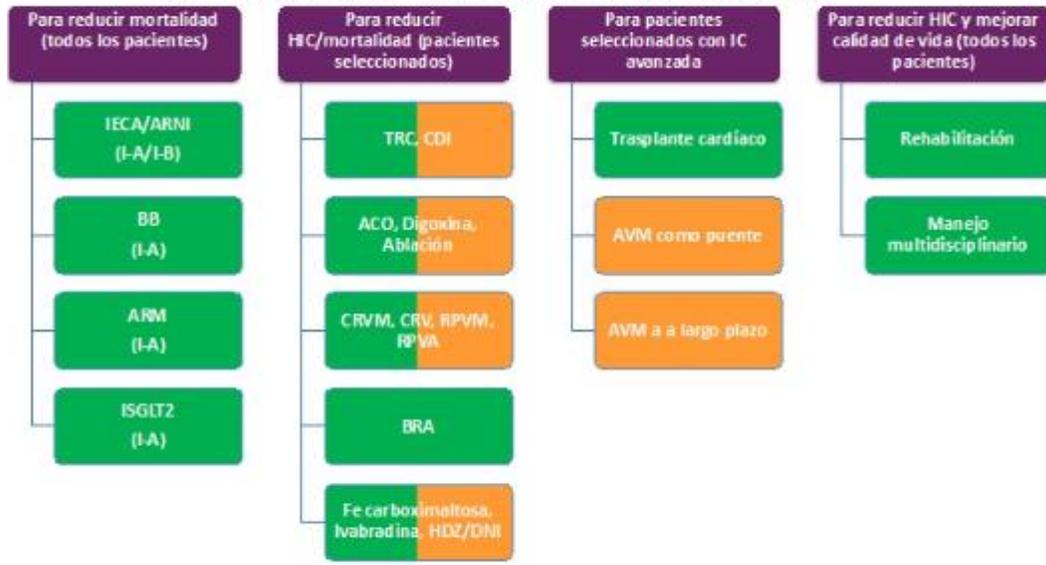
2.3 LOS CUATRO FANTASTICOS

SGLT2, betabloqueantes, antagonistas mineralocorticoides e inhibidores de la neprilina y del receptor de la angiotensina (ARNI). El sacubitrilo/valsartán tiene indicación I-A, siendo la primera opción de tratamiento por delante del IECA, dejando el IECA solo en caso de no existir posibilidad de tratamiento con ARNI. Además, el ARNI es coste efectivo respecto al IECA por la reducción en eventos cardiovasculares.

EL PRIMER PASO DEL TRATAMIENTO DE IC FER

En el esquema básico se incluye a inhibidor de la enzima de conversión de angiotensina (IECA) o inhibidor de neprilina y receptor de angiotensina (ARNI) - reconociendo que este último debería ser preferido sobre el primero-, betabloqueantes, antagonistas de los receptores mineralocorticoides (ARM) e inhibidores del co-transportador 2 de sodio y glucosa (SGLT2).

Figura 3: Estrategias de manejo de la ICFeR
(Recomendaciones Clase I en verde y IIa en naranja)



2.4. MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Figura 4: Manejo de la IC aguda

