



ACTUALIZACION INSUFICIENCIA CARDIACA

BRYAN ALAIN MORALES GONZALEZ



18 DE OCTUBRE DE 2022

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
TAPACHULA, CHIAPAS

Como tema principal hablaremos de la insuficiencia cardiaca, la cual es un ensayo de lo cual hemos visto en clase y de la cual se ha investigado por aparte, y empezaremos con la definición, la cual es la siguiente

DEFINICION:

Es un síndrome complejo, que resulta de la alteración en la función o en la estructura del llenado ventricular o en la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI)

La identificación de la etiología de la disfunción cardiaca subyacente es fundamental para el diagnóstico de la IC, ya que la afección específica puede determinar el tratamiento, normalmente, la IC está causada por una disfunción miocárdica, ya sea sistólica, diastólica o ambas, no obstante, las anomalías de válvulas, pericardio, endocardio, ritmo cardiaco y conducción también pueden causar o contribuir a la IC

Siendo las manifestaciones cardinales: disnea, intolerancia al ejercicio, Ingurgitación yugular, edema y fatiga y sabemos que estos puntos son muy importantes ya que nos puede llevar a un diagnostico de insuficiencia cardiaca , también en la cual se puede descartar, una vez teniendo estos síntomas podemos pensar lo siguiente; la aparición de manifestaciones clínicas se pueden presentar anormalidades estructurales o funcionales (disfunción ventricular izquierda sistólica o diastólica) que son precursores de Insuficiencia cardíaca

EPIDEMIOLOGIA:

Según los resultados de estudios sobre pacientes hospitalizados con IC, se cree que alrededor del 50% de los pacientes tienen IC-FEr y el otro 50%, IC-FEc e IC-FElr^{32,35,37,38}. El Long-Term Registry de la ESC realizado en el contexto ambulatorio indica que el 60% de los pacientes tienen IC-FEr, el 24% tienen IC-FElr y el 16% IC-FEc³⁹ y que más del 50% de los pacientes con IC son mujeres

La IC representa en los países desarrollados el 2% de la población general y en mayores de 65 años se encuentra entre el 6 al 10%, lo que si fuera trasladado a nuestra población en la Región de Centroamérica

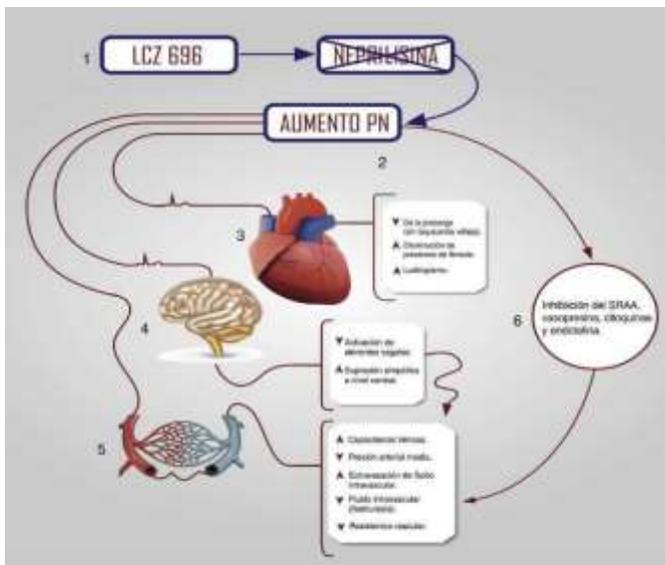
ETIOLOGIA

Como etiología podemos encontrar varios factores a predominar en insuficiencia cardiaca , los cuales lo mas importantes se mencionarán

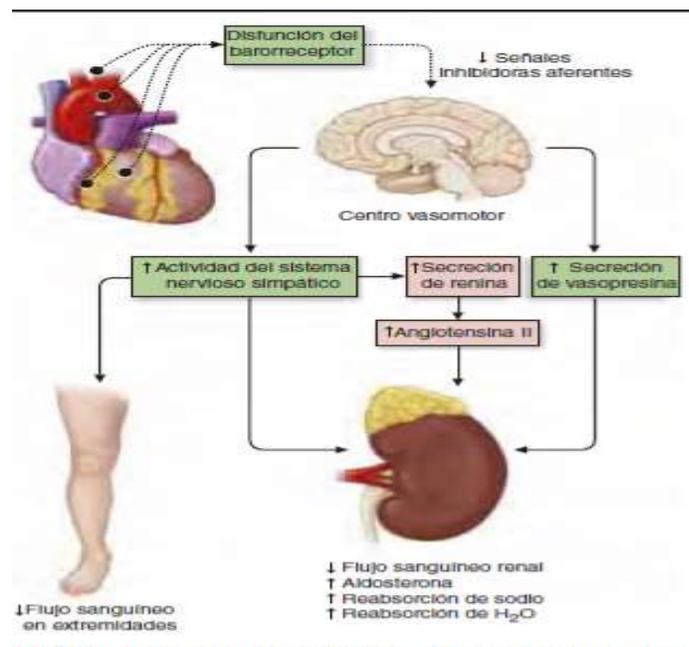
DIABETES MELLITUS	COVID
ENFERMEDAD DE CHAGAS	TABAQUISMO
ALCOHOLISMO	OBESIDAD
HIPERTENSION ARTERIAL	DISLIPEDEMIAS

FISIOPATOLOGIA

La fisiopatología es casi la misma con la de hipertensión arterial, solo que esta actúa más lo que es el péptido natriuretico auricular, el cual tiene un papel muy importante ya que como sabemos este es el responsable de mandar señales al riñón, pero antes de todo eso nuestro sistema compensatorio van hacer 3 los cuales son; corazón sistema nervioso autónomo y sistema renina angiotensina, en el cual los barorreceptores mandan señales al corazón el cual produce en este más latidos y más flujo de sangre que esto conlleva a un mayor gasto cardiaco a través de los mecanorreceptores del corazón, al igual lo hace con el riñón para ser más específico con la ALDOSTERONA, en la cual el riñón produce más aldosterona y eso hace mayor retención de líquidos, el cual se ve reflejado a nivel de las extremidades y al igual hay mayor cantidad de sodio y todo eso conlleva a un mayor gasto cardiaco lo cual entra ANP y manda señales al riñón y lo hace tener más diuresis por presión y natriuresis por presión lo que hace tener al corazón una mayor demanda.



Rev Cat Cardiol. 2010;23:128-7



CLASIFICACION

IC-FER: FEVI ABAJO O IGUAL AL 40%

IC-FEM FEVI 40-49%

IC-FEC FEVI ARRIBA O IGUAL 50%

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de ICC es más probable en pacientes con antecedentes de infarto de miocardio, hipertensión arterial, EC, DM, consumo excesivo de alcohol, enfermedad renal crónica (ERC) o quimioterapia cardiopatóxica y pacientes con historia familiar de miocardiopatía o muerte súbita.

IGUAL TENEMOS LA CLINICA DEL PACIENTE QUE PODEMOS HACER DIAGNOSTICO CON LOS CRITERIO DE FRAMINGANH LOS CUALES SON 2 MAOYRES Y UN MENOR O 1 MAYOR Y 2 MENOS

Electrocardiograma (ECG). El ECG puede revelar anomalías como FA, ondas Q, hipertrofia del VI

Está recomendada la determinación de péptidos natriuréticos (PN) siempre que sea posible. Concentraciones plasmáticas de péptido natriurético cerebral (BNP) < 35pg/ml, de fracción aminoterminal del propéptido natriurético cerebral (NT-proBNP) < 125pg/ml o de la región media del propéptido natriurético auricular (MR-proANP)<40pmol/l68 hacen poco probable el diagnóstico de IC.

Se recomienda hacer pruebas básicas, como la determinación de urea y electrolitos, creatinina, recuento sanguíneo completo, pruebas de la función hepática y tiroidea, para diferenciar la IC de otras entidades, obtener información pronóstica y guiar el posible tratamiento.

Se recomienda la ecocardiografía como prueba clave para la evaluación de la función cardiaca. Además de determinar la FEVI, la ecocardiografía ofrece información sobre otros parámetros, como la dimensión de las cámaras, HVI excéntrica o concéntrica, anomalías en la movilidad regional de la pared (que podrían indicar EC subyacente, síndrome de tako-tsubo o miocarditis), función del VD, hipertensión pulmonar, función valvular y marcadores de la función diastólica

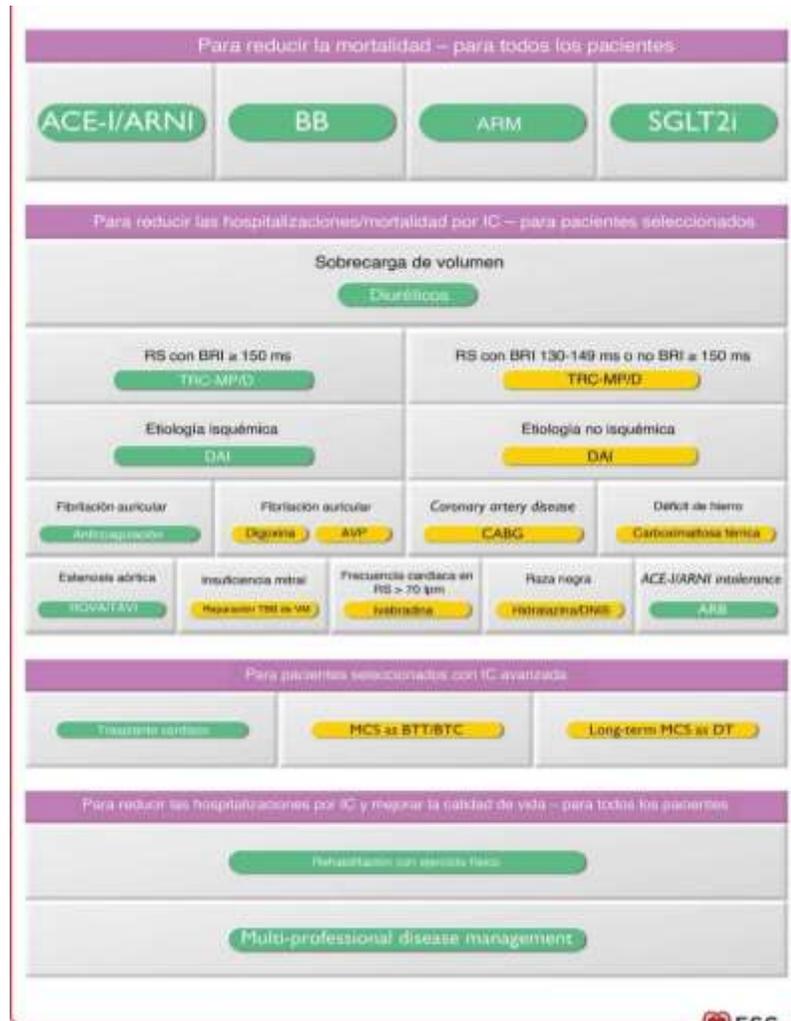
La radiografía de tórax está recomendada para investigar otras posibles causas de la disnea (p. ej., enfermedad pulmonar). También puede proporcionar evidencia en que apoyar el diagnóstico de IC (p. ej. congestión pulmonar o cardiomegalia).

Para descartar el diagnóstico, se recomienda determinar las concentraciones plasmáticas de PN como prueba diagnóstica inicial para los pacientes con síntomas indicativos de IC ,las concentraciones de PN elevadas respaldan el diagnóstico de IC y son útiles para el pronóstico

ANEXO TABLA CAUSAS DE PEPTIDO NIA TRURETRICO

Cardiacas	Insuficiencia cardiaca Síndromes coronarios agudos Embolia pulmonar Miocarditis Hipertrofia ventricular izquierda Miocardiopatía hipertrófica o restrictiva Valvulopatías Enfermedad cardiaca congénita Taquiarritmias auriculares y ventriculares Contusión cardiaca Cardioversión, shock por DAI Procedimientos quirúrgicos que implican al corazón Hipertensión pulmonar
No cardiacas	Edad avanzada ictus isquémico Hemorragia subaracnoidea Disfunción renal Disfunción hepática (fundamentalmente cirrosis hepática con ascitis) Síndrome paraneoplásico Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Infecciones graves (incluidas neumonía y sepsis) Quemaduras graves Anemia Alteraciones metabólicas y hormonales graves (p. ej., tirotoxicosis, cetoacidosis diabética)

TRATAMIENTO LOS 4 FANTASTICOS



Tratamientos farmacológicos indicados para pacientes con insuficiencia cardiaca (NYHA II-IV) y fracción de eyección reducida (FEVI \leq 40%).

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Para los pacientes con IC-FEr, se recomienda un IECA para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte ¹¹⁰⁻¹¹³	I	A
Para los pacientes con IC-FEr estable, se recomienda un bloqueador beta para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte ¹¹⁴⁻¹²⁰	I	A
Para los pacientes con IC-FEr, se recomienda un ARM para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte ^{121,122}	I	A
Para los pacientes con IC-FEr, se recomiendan la dapagliflozina o la empagliflozina para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte ^{108,109}	I	A
Para los pacientes con IC-FEr, el sacubitrilo-valsartán está recomendado como sustituto de los IECA para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte ¹⁰⁵	I	B

Los IECA son la primera clase de fármacos de los que se ha demostrado que reducen la morbimortalidad de los pacientes con IC-FEr también se ha demostrado que reducen los síntomas. Están recomendados para todos los pacientes siempre que no haya contraindicaciones o intolerancia. La dosis de IECA debe aumentarse hasta alcanzar la dosis máxima tolerada.

BETABLOQUEADORES

Los BB reducen la morbimortalidad de los pacientes con IC-FEr, además del tratamiento con IECA y diuréticos.

También mejoran los síntomas hay consenso sobre la instauración de tratamiento con IECA y BB en cuanto se confirme el diagnóstico de IC-FEr sintomática.

No hay consenso sobre el inicio del tratamiento con un BB antes que con un IECA, y viceversa, un metanálisis de datos de pacientes individuales incluidos en los estudios más importantes sobre BB en pacientes con IC-FEr no ha demostrado beneficio alguno en cuanto a hospitalizaciones y mortalidad de pacientes con IC-FEr que están en FA

