



**TITULO:**

**INSUFICIENCIA CARDIACA E  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

**23 / 03 / 2023**

**NOMBRE DEL ALUMNO: MUSSOLINI MACNEALY PAZ.**

**NOMBRE DEL DOCENTE: RICARDO ACUÑA DEL SAZ.**

**MATERIA: URGENCIAS MÉDICAS. .**

**SEMESTRE: 8VO PARCIAL: 1ER.**

**CARRERA: MEDICINA HUMANA.**

**UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD DEL SURESTE.**



# “Insuficiencia cardiaca”

La insuficiencia cardiaca (IC) supone uno de los retos asistenciales más importantes para los cardiólogos, internistas y médicos de familia por su elevada prevalencia, la alta tasa de rehospitalización y la elevada necesidad de consultas médicas, representando para el sistema sanitario un proceso de gran coste económico. Con los datos que exponemos a continuación se ilustran muy bien estos aspectos. En España se registran cerca de 80.000 ingresos hospitalarios anuales por IC, lo que supone el 5% de las hospitalizaciones<sup>1</sup>, y en los mayores de 65 años acostumbra a ser la primera causa de ingreso. Además, desde los años 1980 hasta final de los años 1990 los ingresos por IC han venido incrementándose, no sólo en nuestro país sino en los países de nuestro entorno<sup>2</sup>. Otra característica importante de este proceso es la alta tasa de rehospitalizaciones, pudiéndose registrar hasta un 45% de reingresos en los primeros seis meses del alta hospitalaria.

La IC es el estadio final de muchas cardiopatías, por lo que sus causas son variables y su frecuencia depende del medio en el que hagan los estudios y de la población evaluada. Podemos analizar grandes series en las cuales las causas más importantes de IC por orden decreciente son la cardiopatía isquémica (40%), la miocardiopatía dilatada (32%), las valvulopatías (12%), la cardiopatía hipertensiva (11%) y otras (5%). Entre éstas se encuentran miocarditis, infección por VIH, conectivopatías, tóxicos (alcohol y drogas) y fármacos, caso de la doxorubicina. En nuestro medio las causas más frecuentes de la IC son la cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial, variando su importancia según la población estudiada. Entre la población más joven destaca la cardiopatía isquémica, mientras que entre la población anciana lo hace la hipertensión arterial. Otras causas de IC también a considerar son la miocardiopatía dilatada idiopática, las valvulopatías, y etiologías menos frecuentes como la amiloidosis, las cardiopatías tóxicas (por alcohol o

fármacos) o la infección por VIH o su tratamiento. En nuestra unidad, que admite pacientes provenientes de cardiología y medicina interna con edades comprendidas entre 24 y 93 años, destaca con mucho la cardiopatía isquémica (55%), seguida de lejos por la cardiopatía hipertensiva (10%) y la miocardiopatía dilatada idiopática (9,5%)<sup>13</sup>. En el registro BADAPIC de la Sociedad Española de Cardiología se analizan las enfermedades que podrían tener influencia sobre la función cardíaca y estar en el origen de la insuficiencia cardíaca, destacando por su frecuencia también la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica, siendo otros antecedentes destacables la dislipemia, la diabetes mellitus (DM) y las valvulopatías. Por otra parte, el peso específico las etiologías ha venido cambiando a lo largo de los años. Desde los años cincuenta hasta la actualidad la cardiopatía isquémica ha ido ganando protagonismo, mientras que la hipertensión y las valvulopatías, a excepción de las valvulopatías degenerativas en los ancianos, han ido perdiendo peso. También ha venido ganado protagonismo la DM, enfermedad de importante y conocido riesgo vascular, como enfermedad asociada a la IC. Un aspecto destacable es que hoy día algo más de la mitad de los casos de IC son en forma de fracción de eyección preservada, sobre todo en ancianos y más aún en ancianas. Por otra parte, cada vez son más los enfermos, especialmente entre ancianos, que además de la IC padecen otras enfermedades, siendo casi una rareza que un paciente con IC tenga solamente una enfermedad. Entre ellas las más frecuentes son la hipertensión arterial (55%), la DM (31%), la EPOC (26%), la artrosis (16%), enfermedades del tiroides (14%), demencia (9%) o insuficiencia renal (6%).

Las manifestaciones clínicas clásicas de la IC son la astenia y la fatigabilidad, y los síntomas congestivos como disnea de esfuerzo progresiva hasta el reposo, ortopnea, tos nocturna, disnea paroxística nocturna, distensión abdominal o edemas maleolares por retención hidrosalina, que pueden conllevar ganancia de peso, o dolor abdominal por hígado de estasis o ascitis a tensión. Cuando la enfermedad

prograsa pueden aparecer anorexia y pérdida de peso, debido a pérdida de masa magra. En ancianos la presentación clínica puede ser atípica, sobre todo si coexiste demencia y depresión, pudiendo presentarse como síndrome confusional o episodios de ansiedad. En estos pacientes, aunque la expresión clínica puede ser atípica, la exploración física y las exploraciones complementarias son lo suficientemente características para permitir orientar claramente el diagnóstico.

En la exploración física pueden aparecer taquipnea y respiración de Cheyne-Stokes, taquicardia y la posible presencia de un galope por tercer ruido. También es frecuente la presencia de soplos, bien por la propia cardiopatía, bien por la aparición de insuficiencia mitral por dilatación ventricular. Además podemos objetivar signos congestivos, como ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular, crepitantes húmedos diseminados, o sibilantes (asma cardíaco), en algunos casos, derrame pleural (con matidez a la percusión e hipofonesis), hepatomegalia congestiva que puede ser dolorosa, edemas maleolares o edema en región sacra en pacientes encamados y ascitis en casos evolucionados.

La IC es una enfermedad de aparente diagnóstico sencillo, pero la práctica nos enseña que establecer con fiabilidad un diagnóstico clínico de este proceso no siempre resulta fácil, pues ni la clínica, ni los signos exploratorios ni algunas de las exploraciones complementarias tienen la suficiente sensibilidad y especificada como para permitirnos afirmar, en muchas ocasiones, con seguridad que nos encontramos ante una IC. Los signos y síntomas de la IC no son específicos, pues son numerosos los procesos que se pueden presentar con disnea o retención hidrosalina y que nos pueden hacer plantear un diagnóstico diferencial amplio. Además, el proceso diagnóstico se puede complicar aún más si tenemos en cuenta que muchos de estos pacientes pueden presentar a la vez dos de estos procesos, por ejemplo una IC y una EPOC.

El tratamiento de la IC es quizá uno de los aspectos que más ha cambiado en la enfermedad, no sólo por las modificaciones derivadas del concepto fisiopatológico neurohormonal y la consecuente introducción del correspondiente bloqueo neurohormonal, sino también porque la gran carga asistencial que conlleva esta enfermedad ha motivado cambios en el acercamiento a estos enfermos con la introducción de las unidades de IC y la participación multidisciplinar en su atención. Disponemos de elementos farmacológicos y no farmacológicos, pero, como con toda enfermedad crónica, el tratamiento de la IC requiere el planteamiento de un cambio permanente en el estilo de vida, con la idea de comprometerse a seguir un régimen de vida que podríamos denominar genéricamente «sano», que supone sobre todo el abandono de los hábitos de vida nocivos, como el tabaquismo y el abuso de alcohol, en el seguimiento de una dieta adecuada y la consecución de un nivel suficiente de autocuidado.

Grupos farmacológicos fundamentales empleados en la insuficiencia cardíaca.

<i>Diuréticos</i>	
De asa	Furosemida, torasemida
Tiazídicos	Hidroclorotiazida
Antagonistas de la aldosterona	Espironolactona, eplerenona
IECA	Captopril, enalapril, ramipril, perindopril
<i>Betabloqueantes</i>	Carvedilol, bisoprolol, metoprolol, nebivolol
Digoxina	
ARA-II	Candesartán, losartán, valsartán

## “hipertensión arterial sistémica”

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una enfermedad crónica, controlable de etiología multifactorial, que se caracteriza por un aumento sostenido en las cifras de

la presión arterial sistólica (PS) por arriba de 140 mmHg , y/o de la presión arterial diastólica (PD) igual o mayor a 90 mmHg. Los factores asociados a la hipertensión arterial sistemática va asociada Dependiendo de los factores asociados a su desarrollo, la HAS puede clasificarse como esencial (primaria) y secundaria.

Las primarias (esenciales) representan entre el 90-95% de los casos y son de etiología multifactorial; están relacionadas con:

- Antecedentes hereditarios de hipertensión.
- Sobrepeso y obesidad.
- Sedentarismo.
- Estrés mental.
- Hábitos alimenticios: consumo excesivo de alimentos ricos en sodio y bajos en potasio, pobre ingesta de verduras y frutas.
- Abuso en el consumo de alcohol y drogas.
- Tabaquismo.

Otros factores de riesgo que precipitan la aparición de HAS en individuos mayores de 30 años son:

- Uso de medicamentos (vasoconstrictores, antihistamínicos, esteroides, AINES).
- Diabetes mellitus (DM).
- Síndrome cardiometabólico.

En la mayoría de los casos, no se presentan síntomas. En la mayoría de las personas, la hipertensión arterial se detecta cuando visitan a su proveedor de atención médica o se la hacen medir en otra parte. Debido a que no hay ningún síntoma, las personas pueden sufrir enfermedad cardíaca y problemas renales sin

saber que tienen hipertensión arterial. La hipertensión maligna es una forma peligrosa de presión arterial muy alta. Los síntomas incluyen:

- Dolor de cabeza fuerte.
- Náuseas o vómitos.
- Confusión.
- Cambios en la visión.
- Sangrado nasal.

Un diagnóstico temprano de presión arterial alta puede ayudar a prevenir enfermedad cardíaca, accidentes cerebrovasculares, problemas visuales y enfermedad renal crónica. Su proveedor medirá la presión arterial muchas veces antes de diagnosticarle hipertensión arterial. Es normal que su presión arterial sea distinta según la hora del día. Todos los adultos mayores de 18 deberían medirse la presión arterial cada año. Todos aquellos que tienen un historial de lecturas de presión arterial alta o los que tienen factores de riesgo de presión arterial alta deben medirse más a menudo. Las lecturas de la presión arterial que usted se toma en su casa pueden ser una mejor medida de su presión arterial actual que las que se toman en el consultorio del proveedor.

- Cerciórese de conseguir un tensiómetro casero de buen ajuste y de buena calidad. Debe tener el manguito del tamaño apropiado y un lector digital.
- Practique con su proveedor para corroborar que esté tomando su presión arterial correctamente.
- Usted debe estar relajado y sentado algunos minutos antes de tomar la lectura.

También se pueden hacer exámenes para buscar:

- Niveles altos de colesterol

- Enfermedad cardíaca (cardiopatía), mediante exámenes como ecocardiografía o electrocardiografía
- Enfermedad renal (nefropatía), mediante exámenes como pruebas metabólicas básicas y análisis de orina o ultrasonido de los riñones.

El tratamiento de la hipertensión arterial puede mejorar cambiando el estilo de vida puede ayudar a controlar la presión arterial alta. Igual de una forma farmacológica, los medicamentos que se utilizan para tratar la presión arterial alta incluyen los siguientes:

- Diuréticos.
- Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.
- Antagonistas de receptores de angiotensina II (ARA-II).
- Bloqueadores de los canales de calcio.

## ***Bibliografía:***

- Urrutia. D. Ejarque. J. Rosés. L. (2011) ABC de la insuficiencia cardiaca. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. (12) 42-49.
- Rosas. M. Martínez. J. Herrera. A. (2004) Archivos de cardiología en México. Hipertensión arterial en México. Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. (74) 134-157.