

UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

**SEMESTRE CURSANTE:
8VO SEMESTRE – UNIDAD 1**

**MATERIA:
URGENCIAS MEDICAS.**

**TEMA DEL TRABAJO:
RESUMEN DE INSUFICIENCIA CARDIACA.**

**FECHA DE ENTREGA:
23/03/2023**

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

**NOMBRE DE LA ALUMNA:
JALIXA RUIZ DE LA CRUZ.**

INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardíaca, a veces llamada “insuficiencia cardíaca congestiva”, se produce cuando el músculo del corazón no bombea sangre tan bien como debería hacerlo. Cuando esto sucede, la sangre a menudo retrocede y el líquido se puede acumular en los pulmones, lo que causa falta de aliento.

Fisiopatología; En la insuficiencia cardíaca, el corazón puede no proporcionarles a los tejidos la cantidad adecuada de sangre para cubrir sus necesidades metabólicas, y la elevación de la presión venosa pulmonar o sistémica relacionada con esta enfermedad puede promover la congestión de los órganos. Este cuadro puede deberse a trastornos de la función cardíaca sistólica o diastólica o, con mayor frecuencia, de ambas. Si bien la anomalía primaria puede ser un trastorno de la función de los miocardiocitos, también se producen modificaciones en el recambio del colágeno de la matriz extracelular. Los defectos cardíacos estructurales (p. ej., defectos congénitos, valvulopatías), los trastornos del ritmo cardíaco (incluso la taquicardia persistente) y el aumento de las demandas metabólicas también producen insuficiencia cardíaca.

La clasificación más común de insuficiencia cardíaca actualmente en uso estratifica a los pacientes en

- Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida ("insuficiencia cardíaca sistólica")
- Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada ("insuficiencia cardíaca diastólica")

La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICrFE) se define como insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo $\leq 40\%$.

La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICpFE) se define como insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo $\geq 50\%$.

Los pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo entre 41 y 49% se encuentran en una zona intermedia, y recientemente se han categorizado como fracción de eyección levemente reducida.

Síntomas y signos; Las manifestaciones de la insuficiencia cardíaca difieren según la magnitud de afectación inicial del ventrículo izquierdo y el ventrículo derecho. La gravedad

clínica varía de manera significativa y en general se clasifica de acuerdo con los criterios del sistema de la New York Heart Association ([NYHA] Asociación de Cardiología de Nueva York) (véase tabla Clasificación de la insuficiencia cardíaca NYHA); los ejemplos de actividad habitual pueden modificarse para adultos ancianos y debilitados. Debido a que la insuficiencia cardíaca puede tener una gama tan amplia de niveles de gravedad, algunos expertos sugieren subdividir la clase III del sistema NYHA en IIIA o IIIB. La clase IIIB se reserva típicamente para aquellos pacientes que recientemente tuvieron una exacerbación de la insuficiencia cardíaca. El American College of Cardiology/American Heart Association ha abogado por un sistema de estadificación para la insuficiencia cardíaca (A, B, C o D) para resaltar la necesidad de prevención la insuficiencia cardíaca.

- A: Alto riesgo de insuficiencia cardíaca, pero sin anomalías cardíacas estructurales o funcionales ni síntomas
- B: anomalías cardíacas estructurales o funcionales sin síntomas de insuficiencia cardíaca
- C: Cardiopatías estructurales con síntomas de insuficiencia cardíaca
- D: insuficiencia cardíaca refractaria que requiere terapias avanzadas (p. ej., soporte circulatorio mecánico, trasplante cardíaco) o cuidados paliativos

La insuficiencia cardíaca grave puede producir edema de pulmón o shock cardiogénico.

Diagnostico;

- En ocasiones, la evaluación clínica es suficiente
- Radiografía de tórax
- Ecocardiografía, gammagrafía cardíaca, y/o resonancia magnética
- Se requiere la medición de las concentraciones de BNP o N-terminal-pro-BNP (NT-pro-BNP)
- ECG y otras pruebas para detectar la etiología según se considere necesario

Los hallazgos en la evaluación clínica sugieren insuficiencia cardíaca pero habitualmente no se manifiestan en el período inicial de la enfermedad. Algunos síntomas similares pueden ser el resultado de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) o neumonía recurrente o puede atribuirse erróneamente a obesidad o a vejez. El médico debe tener un alto grado de sospecha de insuficiencia cardíaca en pacientes con antecedentes de infarto de miocardio, hipertensión arterial, valvulopatías o soplos y un grado de sospecha

moderado en todo paciente anciano o con diabetes. Deben obtenerse radiografías de tórax, electrocardiograma y una prueba objetiva de la función cardíaca, realizada típicamente mediante ecocardiografía. Los análisis de sangre no son útiles para el diagnóstico, excepto la concentración de BNP, pero sirven para identificar la causa y los efectos sistémicos.

Tratamiento;

- Dieta y cambios en el estilo de vida
- Tratamiento de la causa
- Terapia farmacológica
- En ocasiones se requiere trasplante cardíaco
- Atención multidisciplinaria

Se requiere la internación de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda o que empeora debido a ciertos trastornos y también de aquellos con edema de pulmón, síntomas graves, e insuficiencia cardíaca de comienzo reciente o que no responde al tratamiento ambulatorio. Los pacientes con exacerbaciones leves de cuadros de insuficiencia cardíaca previamente diagnosticada pueden tratarse de manera ambulatoria. El objetivo primario es diagnosticar y corregir o tratar la enfermedad que produjo la insuficiencia cardíaca.

Los objetivos a corto plazo consisten en aliviar los síntomas y mejorar el estado hemodinámico, con prevención concomitante de la hipopotasemia, la disfunción renal y la hipotensión arterial sintomática y corrección de la activación neurohumoral. Los objetivos a largo plazo incluyen la corrección de la hipertensión arterial, con prevención del infarto de miocardio y de la progresión de la aterosclerosis, la mejoría de la función cardíaca, la reducción de las hospitalizaciones y la prolongación de la supervivencia con mejor calidad de vida. El tratamiento requiere cambios en la dieta y el estilo de vida, fármacos, dispositivos y, en ocasiones, una intervención coronaria por vía percutánea o cirugía.

El tratamiento se adapta al paciente, las causas, los síntomas y la respuesta a los fármacos, incluso los efectos adversos. Actualmente hay varias terapias basadas en la evidencia para la ICrFE crónica. Hay menos tratamientos basados en la evidencia para la ICpFE crónica, los síndromes de insuficiencia cardíaca aguda y la insuficiencia del ventrículo derecho.

HIPERTENCION ARTERIAL

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.

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

Únicamente son secundarias el 5-10% de los casos, y están asociadas a las siguientes causas:

- Apnea del sueño
- Insuficiencia renal crónica
- Aldosteronismo primario
- Enfermedad renovascular
- Feocromocitoma
- Coartación de la aorta
- Enfermedad tiroidea o paratiroidea
- Terapia con esteroides o síndrome de Cushing

Diagnostico; Debido a que alrededor del 60% de los pacientes hipertensos desconocen su condición, es necesario medir la presión arterial (PA) a todos los pacientes que acudan a consulta.

Exámenes de laboratorio

- Biometría hemática
- Orina (micro y macro albuminuria)
- Química sanguínea: glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, calcio y ácido úrico
- Cálculo de la depuración de creatinina
- Perfil lipídico: colesterol, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos
- Índice aterogénico de Castelli (colesterol total/ HDL \leq 4 y LDL/HDL \leq 3)
- Fibrinógeno
- Proteína C reactiva de alta sensibilidad (< 3 mg/dl)

Tratamiento; El tratamiento debe iniciar con recomendaciones de un cambio en el estilo de vida. En el tratamiento farmacológico se deben considerar tanto las cifras de presión arterial como la presencia de otros factores de riesgo, el daño a órganos blanco y las condiciones clínicas asociadas. Se sugiere iniciar el tratamiento farmacológico con monoterapia y debe ser individualizado, tomando en cuenta, las indicaciones y contraindicaciones, los efectos adversos, las interacciones farmacológicas, las enfermedades concomitantes y el costo económico. Inicialmente se deberá utilizar la menor dosis recomendada; en caso de ser necesario y si es tolerada, se puede aumentar la dosis o prescribirse un medicamento adicional. Un diurético tipo tiazida debe ser considerado como la terapia inicial en la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial no complicada.

Bibliografía; Fine, N. M. (2023, 6 febrero). *Insuficiencia cardíaca*. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-cardiovasculares/insuficiencia-card%C3%ADaca/insuficiencia-card%C3%ADaca>

- Dib, M. W., Riera, R., & Ferraz, M. B. (2010). Estimated annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil. *Revista panamericana de salud pública (Impresa)*, 27(2). <https://doi.org/10.1590/s1020-49892010000200006>