



Universidad del Sureste
Campus Comitán de Domínguez Chiapas
Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Insuficiencia Cardiaca.

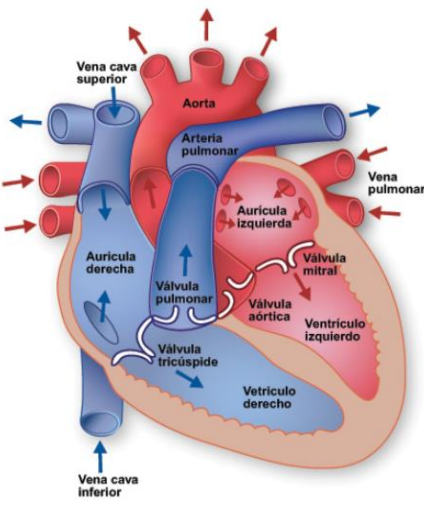
Nombre del alumno: José Alberto Cifuentes Cardona.

Grupo: "B" Grado: Cuarto Semestre.

Materia: Fisiopatología III.

Nombre del profesor: Dr. Gerardo Cancino Gordillo.

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de marzo del 2023



INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA

FE
VI
<
4
0

INCAPACIDAD PARA MOVER SANGRE DESOXIGENADA

SANGRE VENOSA → PULMONES

SIGNOS Y SÍNTOMAS

LA SANGRE QUE EYECTA LA VENA CAVA INF Y Y SUP A LA AURICULA DERECHA, PASA AL VENTRICULO DERECHO A TRAVEZ DE LA VALVULA TRICUSPIDE. LA SANGRE REGURGITA O REGRESA DEL VD A AD.
EDEMA=FLUJO RETROGADO

Plétora yugular (regurgitación yugular)
Px en sedestación 30°

CAUSAS

Principal causa de IC Derecha es la IC izquierda.
Procesos obstructivos pulmonares (epoc, Hpt pulmonar, cor pulmonar)

Edema periférico, prevenientes de áreas declives (Pies, MI y sacro)
Congestión visceral
Hepatomegalia (cirrosis)
Esplenomegalia
Hepatoesplenomegalia
Ascitis
Mala absorción
Alteraciones digestivas
Anorexia y perdida de peso

INSUFICIENCIA CARDIACA IZQUIERDA

Dificultad para mov sangre desde la circulación pulmonar a sistémica.

En AI desemboca VP → GC dismibuido

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Aquí regurgita la sangre del VI a AD
Va a los pulmones mediante las venas pulmonares
Presión venosa normal, pulmonar 25mmHg.

CAUSAS

HPTA
CARDIOPATIA ISQUEMICA (INFARTO)
CARDIOPATIA VALVULAR (INSUFICIENCIA O ESTENOSIS AORTICA O MITRAL)

Edema pulmonar (Disnea)
Extravazacion en intersticio alveolar
TOS + Fte al dormir, mejora al sentarse
Tos productiva (esputo asalmonelado)



IC DERECHA

BAJO GASTO (ANTEROGADO)
ESTADI GENERAL: POCO FRECUENTES: Fatiga, hipotensión e Hipoperfusión funcional.

CONGESTIÓN (RETROGADO)
NIVEL DE EXTREMIDADES, VENAS SISTEMICAS: Edema periférico, Godete +.
Hepato o Esplenomegalia, ascitis y derrame pleural.

EXPLORACIÓN FÍSICA
NIVEL DE CUELLO: Ingurgitación Yugular.
NIVEL ABDOMINAL, Palpación: Hepato o Esplenomegalia
Signo de la Ola + (ascitis)

IC Izquierda + IC Derecha IC GLOBAL.

Historia clínica

IC IZQUIERDA

BAJO GASTO (ANTEROGADO)
ESTADO GENERAL: Hipoperfusión, Fatiga, Astenia, Oliguria, Confusión, Insomnio, Pérdida de memoria y Shock Cardiogénico.

CONGESTIÓN (RETROGADO)
PULMONAR: Disnea al esfuerzo, Disnea paroxística nocturna y edema agudo pulmonar.

EXPLORACIÓN FÍSICA
PULMONAR: Estertores crepitantes
En algunos casos sibilantes
CARDIACO: Ritmo de galope R3 y R4.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA DIAGNOSTICO

Laboratoriales (Bh, PFH, Qs)

EKG (datos de bloqueo de rama, arritmia e H ventricular) normal poco probable.

Rx simple de tórax (cardiomegalia, EPOC,HP, Edema y Derrame pleural "sx alas de M"

Si hay datos Realizar Eco Cardiograma

Anomalías Estructurales, Funcionales y determinar función sistólica por FEV.

TRATAMIENTO

Depende de 2 cosas

- Rapidez d inicio de la IC
- Gravedad de la IC

Objetivo

Alivio de síntomas del paciente
Mejorar calidad de vida del paciente
Disminuir o eliminar factores de riesgo.

No farmacológico

Forma activa al tratamiento, cumplir con apego a el.
Restringir uso de de Na, alcohol y tabaquismo
En caso de obesidad perder peso, tx para apnea de sueño
Actividad física, tratar de prevenir depresión.

Farmacológico

IECAS (inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina)

V mixtos disminuyen precarga y poscarga , aumentan GC, en px asintomáticos inhibe el progreso de IC y en px con IC sistémica aumenta la supervivencia, reduce eventos vasculares. (enalapril, Ramipril, Captopril)

B bloqueadores (bisoprolol, metoprolol y carvedilol)

Inhiben los efectos adrenérgicos en SNS, aumenta fracciones de eyección V, IECA + Bbloqueadores aumenta supervivencia, contraindicado en px con bloqueos 2-3.

ARA (antagonistas de receptores de aldosterona)

Diurético ahorrador de K, actúa en el tubo contorneado distal colector.

Fibrilación ventricular + IC es útil el uso de Digoxina

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Sheila Grossman, C. M. Porth (2014). *Fisiopatología 9 Edición*. España: Wolterks Kluwer.