



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA INTERNA

DOC. MIGUEL BASILIO ROBLEDO

ENSAYO

ANA LUISA ORTIZ RODRÍGUEZ.

INTRODUCCION

El análisis se enfocará en el tratamiento y manejo que debe de llevar un paciente con insuficiencia cardiaca, pero debemos determinar que es insuficiencia cardiaca, es un síndrome complejo o funcional del llenado ventricular o la expulsión de sangre. Como etiología la patología se puede presentar de forma cardiaca, extra cardiaca, y iatrogénica, en base a su clasificación se considera por la fracción de eyección, tenemos fracción de eyección <40% reducida, fracción de eyección ligeramente reducida 41-49% y fracción de eyección >50 preservada. El mecanismo de la enfermedad se tiene que tener en cuenta la edad, genética, comorbilidades, nutrición y el ambiente. La fisiopatología de la enfermedad va dar un inicio con la reducción en la capacidad de bombeo en el corazón, lo cual va provocar la disminución en el periodo de eyección, el cual va empezar a activar a los mecanismos compensadores, en donde entra en sistema adrenérgico, el sistema renina angiotensina aldosterona y citosinas, la activación de dichos sistemas, se presenta la disminución del gasto cardíaco, se disminuyen los barorreceptores a la reducción del flujo periférico, el cual manda señales inhibitoras aferentes al centro vaso motor, se activan los sistemas el riñón disminuye el flujo sanguíneo en extremidades, se aumenta la reabsorción de sodio, en el corazón se eleva la presencia de arritmias, fibrosis, lo cual los mecanismos buscan compensar. Teniendo en cuenta que unas de las principales causas de esta enfermedad es el infarto agudo al miocardio. Los biomarcadores son fundamental para el diagnóstico de la insuficiencia cardiaca el péptido natriurético auricular en 35 y el NT-proBNP son de primera línea para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca, tomando en cuenta otros laboratorios como el electrocardiograma, radiografía de tórax y el ecocardiograma.

En el cuadro clínico se presentan los siguientes signos disnea en 89% de los pacientes, estertores en un 68%, edema periférico en un 66%, se deben de tomar en cuenta los criterios de Framingham en cual dice dos criterios mayores y uno menor o dos criterios menores y uno mayor da positivo a un diagnóstico de insuficiencia cardiaca.

En base a los siguientes datos mencionados en base una sospecha de insuficiencia presentando los siguientes síntomas disnea, fatiga, edema se da el primer nivel de atención se genera la historia clínica, la exploración física se evalúa enfermedades cardiovasculares previas angina, hipertensión, diabetes, soplo o valvulopatías, se realiza ECG, radiografías de tórax, se piden laboratorios biometría hemática, ES, función renal, perfil tiroideo, BNP o NT-proBNP. Se realiza el diagnóstico clínico o sospecha de insuficiencia cardíaca se envía a un segundo nivel en cual se solicita la realización de un ecocardiograma para poder llevar a cabo la esquematización de tratamiento y manejo de la enfermedad.

DESARROLLO

En base a lo anterior el tratamiento de insuficiencia cardíaca busca como objetivo es reducir la mortalidad, evitar las recaídas y los reingresos, prevenir la progresión de la enfermedad, supresión o minimizar los síntomas y mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida. Las estrategias terapéuticas en insuficiencia cardíaca se basan en un tratamiento no farmacológico, tratamiento farmacológico.

Un aspecto que va condicionar el abordaje terapéutico es la fisiopatología, de acuerdo a la clasificación ya mencionada con anterioridad, el tratamiento no farmacológico va a compensar las comorbilidades que presente el paciente con insuficiencia cardíaca.

El inicio del tratamiento no farmacológico son el pilar básico para insuficiencia cardíaca, se debe seguir el autocuidado del paciente y la adherencia al tratamiento, debe de llevarse a cabo la estabilidad física, evitar el comportamiento que pudieran empeorar la enfermedad. En sus medidas dietéticas se debe dar una dieta hipo sódica, dieta hipocalórica para pacientes que sufren obesidad, disminuir el consumo de tabaco, el alcohol en pacientes con miocardiopatías alcohólica.

El ejercicio debe indicarse reposo sólo en pacientes inestables o con IC avanzada clase IV de la NYHA. Debe fomentarse el ejercicio en todos los pacientes estables clase II-III de la NYHA. El ejercicio aeróbico regular mantenido andar o montar en

bicicleta, 30 minutos, 3-4 veces/semana, mejora el estado físico y psíquico de los pacientes. Toda actividad física ha de estar limitada por la aparición de los síntomas. Hay que evitar los ejercicios isométricos.

En el tratamiento farmacológico se va indicar dependiendo de la FEVI, que se esté presentando en el paciente, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, mejoran la capacidad funcional, la dosis se ajustara en base a dosis efectivas, captopril iniciando una dosis 6,25mg/8horas una dosis de mantenimiento 25-50mg/8 horas enalapril 2,5mg/12 horas a dosis de mantenimiento 10mg/12 horas, presentando complicaciones como tos, hipotensión, empeoramiento de insuficiencia renal.

Los betabloqueadores bisoprolol, carvedilol, se consideran fármacos de primera línea en el tratamiento de la Insuficiencia cardiaca. Como complicaciones se presenta frecuencia cardiaca baja, hipotensión. Los diuréticos van a ser esenciales para un tratamiento sintomático en presencia de sobrecarga de líquidos, congestión pulmonar o edema periférico. Su empleo resulta en rápida mejoría de la disnea y aumento de la capacidad de ejercicio. Se deben utilizar en combinación con IECA y BB evitando la monoterapia con diurético, Los diuréticos convencionales provocan una clara activación neurohormonal que no es beneficiosa en cuanto a progresión de la enfermedad cardíaca, y se debe intentar utilizar los sólo en la medida de que existan signos/síntomas congestivos y no como tratamiento de fondo de la Insuficiencia cardiaca. Como ejemplo la furosemide, torasemida, hidroclorotiazida, como complicaciones hipopotasemia, una respuesta diurética insuficiente e hiponatremia.

Se recomienda el tratamiento con antagonistas de la aldosterona, además de IECA, BB y diuréticos, en la Insuficiencia cardiaca sintomática clase II-IV de la NYHA, con disfunción sistólica. Ejemplo la espirolactona, como complicaciones hiperpotasemia y ginecomastia. Los ARA II están indicados en pacientes con IC y FE < 50% que persistan sintomáticos a pesar del correcto tratamiento con IECAs y BB, siempre y cuando no estén tomando antialdosterónicos. Los riesgos del empleo de ARA II son similares a los atribuidos a IECAs hipotensión, disfunción renal,

hiperpotasemia salvo que no provocan tos. Como ejemplo valsartan, losartan e irbesartan.

La digoxina tiene un leve efecto de mejoría del estado sintomático en pacientes con Insuficiencia cardiaca, mejora la función ventricular. Como complicación presentan bradicardia, Bloqueo auriculoventricular de segundo y tercer grado, Enfermedad del nodo sinusal, Síndromes de pre-excitación Wolff-Parkinson-White.

Los calcioantagonistas sólo el amlodipino ha demostrado de forma convincente ser un fármaco seguro y posiblemente beneficioso.

La amiodarona es, junto con los betabloqueantes, el antiarrítmico de elección en Insuficiencia cardiaca con FE conservada. Es eficaz ante la mayoría de las arritmias supraventriculares y ventriculares y representa el único antiarrítmico que no produce efectos inotrópicos negativos clínicamente relevantes.

El esquema de primera línea para tratar insuficiencia cardiaca son los 4 fantásticos, ARNI donde entra el sacubitrilo, betabloqueador el cual podría ser un bisoprolol, BRA, valsartan y agregando a ISGLT2, Empaglifazona y dapaglifazona.

Son fármacos que van ayudar a mantener la estabilidad del paciente en base a los dosis y la esquematización y los síntomas que presente el paciente en base a la enfermedad.

CONCLUSION

El tratamiento para insuficiencia cardiaca debe ser detallado y complejo se debe tomar en cuenta las condiciones del paciente, en base la clasificación y predominio de la enfermedad, hacemos énfasis en gama de medicamentos que se puede utilizar para tratar la enfermedad recordando que solo se puede prevenir y controlar no curar, en base a eso se debe tomar las medidas y los esquemas de inicio de tratamiento que se le debe aplicar a un paciente con insuficiencia cardiaca iniciando con se inicia con un ARA II ajustando la dosis hasta alcanzar su estabilidad o en su caso un ECA, en caso de lo lograr los esquemas requeridos se agrega un segundo fármaco un betabloqueador de igual forma llegar a dosis máxima para poder obtener la estabilidad del paciente, en caso de que persistan los síntomas se hace uso de

un calcioantagonista para buscar la estabilidad del paciente, mediante el uso de estos fármacos se va valorando al paciente en base a su esquema de tratamiento y lograr la mejoría, en caso de que no se logre ya que el paciente agrava sus síntomas y las comorbilidades aumenta se debe emplear el esquema de los 4 fantásticos para poder darle una estabilidad terapéutica adecuada, agregando mejores condiciones a su tratamiento no farmacológico para complementar ambos y lograr los cambios necesarios en paciente.

BIBLIOGRAFIA

Harrison: Principios de Medicina Interna, 20ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 1998.

Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica (2008).

Manual de diagnóstico y tratamiento de insuficiencia cardíaca crónica, Servicio Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.