

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Presenta:

Erick Villegas Martínez

Materia:

Medicina interna

Docente:

Dr. Miguel basilio robledo

Tema:

Ensayo: insuficiencia cardiaca

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares en general tienen un índice alto de incidencia, marcándolo ahora incluso sin diferencia de edad presentándose en todas las edades posibles desde enfermedades congénitas que se pueden presentar mayormente en pediátricos, niños hasta adolescentes, como enfermedades agudas, crónicas y adquiridas que se presentan mayormente a edades mucho mayores e incluso con el paso del tiempo el tener una edad mas avanzada predispone un factor de riesgo para algunas enfermedades.

Con esto queremos llegar a que muchas de las patologías cardiacas como infarto agudo al miocardio, hipertensión arterial, valvulopatías, miocardiopatías e incluso enfermedades infecciosas van a tener un desarrollo de complicaciones y lo que muchas de estas tienen en común es que al final en ultima estancia terminan en la complicación mas grave que es la insuficiencia cardiaca, he aquí la importancia que le damos que como mencionamos en las clases, tarde que temprano si no se controla al paciente va a terminar con insuficiencia cardiaca y debemos estar preparados para poder identificarlo y dar un tratamiento adecuado, por eso el continuo estudio de la patología junto con las actualizaciones que se le van adjuntando cada vez mas trataremos de dar los datos mas actualizados hasta ahora acerca de la patología.

Empezando con su concepto, se le avia acuñado el término “insuficiencia cardiaca congestiva”, debido a los síntomas y signos de congestión que presentaba por esto la relación, actualmente el concepto se descartó, y solo nos quedamos con “insuficiencia cardiaca”, al cual nos referimos según nuestras literaturas juntando la idea y conceptos de las guías de americana college of cardiology foundation (ACCF) y la American Heart Association (AHA) como, un síndrome clínico complejo resultado de alteración estructural o funcional del llenado ventricular o de la expulsión de sangre, lo que a su vez ocasiona síntomas clínicos cardinales de disnea, fatiga y signos de insuficiencia cardiaca como edema y estertores. (jameson, KASPER, HAUSER, LONGO, & LOSCALZO, 2018)

Asociándolo entonces con su concepto tenemos una definición clínica con lo cual marcamos sus manifestaciones clínicas que puede presentar síntomas como, disnea en reposo o durante el ejercicio, fatiga, cansancio, e incluso hinchazón de tobillos. Signos como, taquicardia, taquipnea, estertores pulmonares, derrame pleural, elevación de la presión yugular venosa, edema periférico y hepatomegalia, todo esto lo podríamos estar asociando al defecto estructural que presenta el corazón lo cual aumenta tu carga de trabajo y tiene estas congestiones a nivel de las cámaras lo que hace que aumenten las presiones y prácticamente se regrese sangre de forma contraria y por eso la aparición de estos signos. Con esto podemos tener evidencias objetivas de una alteración cardíaca estructural o funcional del corazón en reposo, como la cardiomegalia, asociándolo a una adaptación del corazón para poder adaptarse a los cambios de presión sin embargo este intento de ayuda del corazón es lo que va complicando la patología, anomalías electrocardiográficas y concentraciones elevadas de péptidos natriuréticos, que serán biomarcadores importantes para el correcto diagnóstico de la patología.

Desarrollo

Debido a los cambios que hemos visto también la forma de clasificar y diagnosticar a cambiado entonces para poder hablar de insuficiencia cardíaca la tenemos que clasificar para esto la actualización nos dice que sería de la siguiente manera:

Las literaturas y como vimos en clases vamos a clasificarlo según el FEVI y tendremos 3 grupos:

- Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada
 - Con un FEVI >50%
- Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducido
 - Con FEVI <40%
- Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección en rango medio
 - Con FEVI de 40 – 49%

Ahora que ya podemos clasificar la enfermedad, la AHA y la NYHA tiene clasificaciones para poder clasificar con mayor precisión al paciente con esta

patología por lo cual la AHA y la ACC a clasificado de la siguiente manera, haciendo una graduación de estadios de la insuficiencia cardiaca.

- Estadio A – con alto riesgo de insuficiencia cardiaca. Anomalía estructural o funcional no identificada, sin signos y síntomas
- Estadio B – enfermedad cardiaca estructural desarrollada claramente en relación con insuficiencia cardiaca, pero sin signos o síntomas
- Estadio C – insuficiencia cardiaca sintomática asociada a enfermedad estructural subyacente
- Estadio D – enfermedad cardiaca estructural avanzada y síntomas acusados de insuficiencia cardiaca en reposo a pesar del tratamiento

(American Heart Association / American College of Cardiology)

La clasificación de la AHA va del estadio A al D, lo cual nos da una idea evolutiva de la enfermedad y no de la capacidad funcional del paciente, considerando como vimos al paciente con estadio A como de alto riesgo de insuficiencia cardiaca, y de B a D, va desde no presentar síntomas a presentarlos en reposo a pesar del tratamiento.

Otra clasificación que nos complementara es la de NYHA lo cual en resumen loa tenemos asi:

- Grado I: ausencia de síntomas – sin limitación para la actividad física
- Grado II: leve disnea a la actividad física normal
- Grado III: moderada disnea y menor capacidad de la actividad física
- Grado IV: grave incapacidad total, en reposo

(New York Heart Association, Inc. Diseases of the Heart and Blood Vessels: Nomenclature and Criteria for Diagnosis, 6th ed.)

Esta clasificación nos ayudara a dar una estratificación mas precisa junto a las demás, y asi como discutimos en clases, para darle nombre y apellido a la enfermedad y ser un poco más específicos a la hora de diagnosticar la enfermedad,

aparte de que también nos ayudara para guiarnos para dar un tratamiento individualizado.

Para el diagnóstico de la insuficiencia cardiaca tenemos varios aspectos y estudios que nos confirmaran la patología y nos ayudaran a descartar otras, incluso algunos nos ayudasen en la clasificación como el ecocardiograma.

En la clínica tenemos los criterios de Framingham lo cual nos ayudara, para esto tenemos criterios mayores y criterios menores, 2 criterios mayores o 1 mayor y 2 menores, nos dan partida para poder diagnosticar. Para poder diagnosticar por completo la insuficiencia cardiaca nos debemos apoyar de otras herramientas diagnosticas para dar un diagnóstico certero:

- Electrocardiograma: podemos encontrar arritmias, taquiarritmias y bloqueos, indicios que nos llevarían a la sospecha
- Radiografía de tórax: podemos encontrar cardiomegalia, datos de congestión pulmonar o derrame pleural
- Ecocardiograma: esta va a ser una herramienta fundamental, para dar diagnóstico
- Laboratorios: BH, ES, creatinina, TFG, glucosa, pruebas de función hepática y EGO
- Péptidos natriuréticos, BNP, ProBNP

Algo que se menciona en las GPC es que los péptidos natriuréticos no tienen una sensibilidad positiva tan alta ya que pueden salir positivos y sin embargo no daría un aspecto certero para diagnosticar insuficiencia cardiaca, sin embargo, menciona que un resultado negativo es certero y seguro para descartar que el paciente no tiene insuficiencia cardiaca. (Rev. Esp Cardiol .2022;75:458-6510.1016/j. reresp. 2021 .11.012)

Por último el tratamiento en los pacientes; se recomienda la instrucción al paciente como:

- Insistir que tome parte activa en su tratamiento y la importancia de este

- Restricción de la ingesta de sal – derivar al nutriólogo para tener una dieta balanceada y de acuerdo a su necesidad
- Limitar el consumo de alcohol
- Dejar de fumar
- La actividad física moderada adaptada a la situación funcional

En general son algunas recomendaciones para el paciente para mejorar un poco mas la calidad de vida que tendrá ya afectada. Por otra parte, tenemos el uso de los fármacos para evitar el continuo deterioro y el empeoramiento de la patología.

Las gpc recomiendan el uso de los IECA como primeros medicamentos, por continuidad tenemos las monoterapias dependiendo los estadios o la clasificación en la que se encuentra el paciente, un estadio B, recomienda el uso de IECA + beta-bloqueadores, en un estadio C IECA + beta bloqueadora + digoxina, un estadio D, IECA + beta bloqueadores + digoxina + inotrópicos, de igual manera se consideran los diuréticos en caso de retención de líquidos o en congestión.

Los B- bloqueadores como el metoprolol a dosis de 12,5 a 25 mg/día, nos ayudaran inhibiendo los efectos adversos del sistema nervioso simpático, aunque hay que tener en cuenta también sus usos si el paciente tiene asma o alguna afectación pulmonar no este recomendado. La espironolactona es un diurético recomendado también para la utilización de este con dosis de 25 mg/ día. Aunque hay que tener cuidado con los valores electrolíticos.

Conclusión

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad al nivel mundial con alta incidencia por eso su importancia de un buen diagnostico oportuno para evitar el continuo deterioro del paciente y poder ayudarlo.

De igual manera el tratamiento debe ser lo mas certero posible como ella utilización de los cuatro fantásticos que son:

- 1 ARNI

- 1 BETA BLOQUEADOR
- ESPIRINOLACTONA
- 1 ISGLT2

BIBLIOGRAFIA

- Rev Esp Cardiol. 2022;75:458-6510.1016/j.recesp.2021.11.012
- ROSMAN, C., & CARDELLACH, F. (2020). Farreras rosmán medicina interna. Barcelona, España: ELSEVIER.
- Jamieson, F., KASPER, HAUSER, LONGO, & LOSCALZO. (2018). HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. Mc Graw Hill educación.