



**Mi Universidad**

## **Reseña clínica**

*Diego Adarcilio Cruz Reyes*

*Primer parcial*

*Cardiología*

*Dr. Alonso Díaz Reyes*

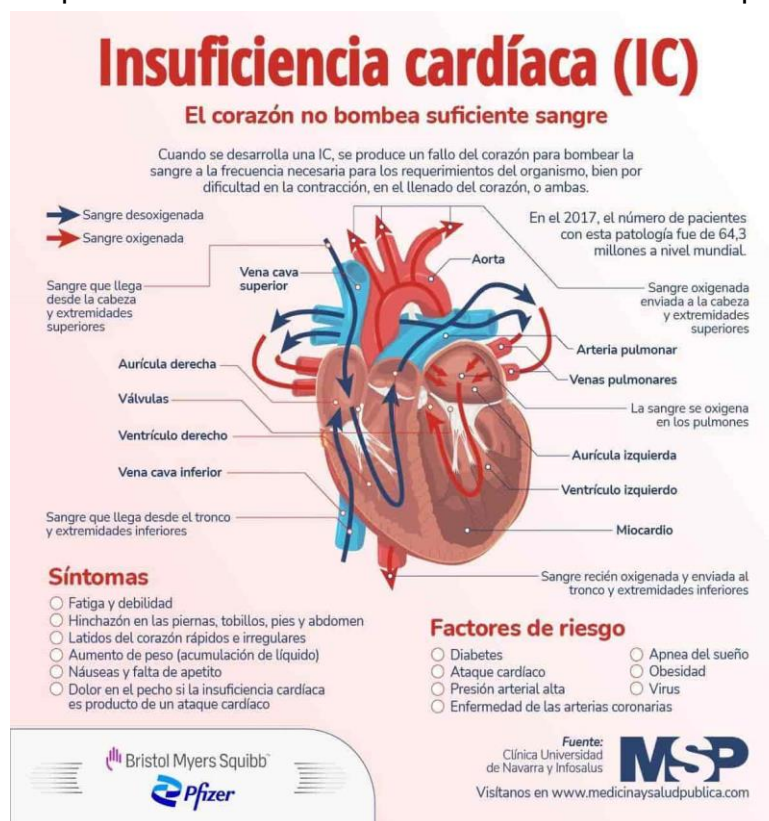
*Medicina Humana*

*Quinto Semestre*

*Comitán De Domínguez Chiapas 8 De Septiembre Del 2025*

## INSUFICIENCIA CARDIACA

En esta presente resumen se hablara sobre la insuficiencia cardiaca se define como la incapacidad del corazón para suministrar oxígeno a una frecuencia acorde con las necesidades, además dentro de sus causas mas comunes para desarrollar IC esta precipitantes que son múltiples, pero los más frecuentes son la cardiopatía isquémica y la hipertensión principalmente, la incidencia y prevalencia de esta enfermedad son importantes y crecientes en la actualidad, pero además su importancia viene determinada porque presenta unas tasas de mortalidad y hospitalización elevadas. De cierta manera la IC se puede clasificar atendiendo a la



fracción de eyección del ventrículo izquierdo, su curso clínico y sintomatología, si hablamos de las clasificaciones estas se pueden clasificar desde diversos puntos de vista; sin embargo, la clasificación de la severidad clínica propuesta por la Asociación del Corazón de Nueva York (NYHA por sus siglas en inglés)

representa una herramienta sumamente útil toda vez que con sólo una variable (disnea) tenemos información suficiente para definir si el paciente se encuentra estable o descompensado, del mismo modo, cada una de sus etapas tiene una importante traducción en cuanto al pronóstico vital de los enfermos, además de que también existen otras clasificaciones que toman en consideración aunque de manera arbitraria otras variables tales como el predominio de disfunción cardíaca

(sistólica o diastólica), las cavidades afectadas (IC izquierda, derecha o global), el estado clínico de los pacientes (compensados o descompensados) o la etiología (isquémica, no isquémica).

Si hablamos de su fisiopatología hablaremos sobre:

### **Mecanismos iniciales**

- Disfunción cardíaca primaria (sístole o diástole): el corazón no logra bombear o llenarse adecuadamente.
- ↓ Gasto cardíaco (GC) → menos perfusión tisular.
- ↑ Presiones de llenado → congestión venosa y aumento de presiones en aurículas y circulación pulmonar/sistémica.

### **Respuestas compensatorias**

#### **Activación neurohormonal:**

- Sistema nervioso simpático (SNS) → taquicardia, vasoconstricción, ↑ contractilidad.
- Sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) → retención de sodio y agua → ↑ precarga.
- Vasopresina (ADH) → retención hídrica adicional.
- Factores natriuréticos (BNP, ANP) se elevan como respuesta para contrarrestar la sobrecarga de volumen, pero resultan insuficientes.

### **Consecuencias hemodinámicas**

- Sobrecarga de volumen → dilatación ventricular.
- Sobrecarga de presión → hipertrofia ventricular.
- Remodelado ventricular → fibrosis, apoptosis y pérdida de contractilidad progresiva.

### **Manifestaciones principales**

- Congestión pulmonar (en IC izquierda): disnea, ortopnea, estertores.

- Congestión sistémica (en IC derecha): edemas, hepatomegalia, ingurgitación yugular.
- Hipoperfusión tisular: fatiga, frialdad, oliguria.

En otros artículos encontramos que la insuficiencia cardíaca es un síndrome heterogéneo resultante de daño estructural de la fibra miocárdica a través de diversos mecanismos como cardiomiopatía idiopática, infarto agudo del miocardio, hipertensión arterial sistémica o valvulopatía cardíaca, entre otras causas. La prevalencia de la insuficiencia cardíaca (IC) se ha ido incrementando en forma significativa a medida que la terapéutica actual ha reducido la mortalidad de la cardiopatía isquémica en particular del infarto agudo del miocardio (IAM). Las medidas terapéuticas para modificar el pronóstico de IC no han tenido el mismo nivel de éxito. A principios de los años 90, se contaban en los Estados Unidos cerca de 4.5 millones de pacientes con insuficiencia cardíaca, cerca de 500,000 casos nuevos anuales y 550,000 admisiones hospitalarias cada año.

Dentro de la prevención que realiza el médico tiene que ser desde el primer contacto ya que el médico familiar desde su enfoque integrativo, ante el paciente con riesgo de desarrollar IC o con IC establecida, debe implementar medidas preventivas comprobadas basadas en guías para evitar la aparición y progresión de la enfermedad. Se recomienda establecer dentro de los diagnósticos un perfil de «paciente con riesgo de IC, junto con la estimación del riesgo global de eventos cardiovasculares, que incluya a personas con mayor probabilidad de desarrollar IC y elaborar un plan de seguimiento que favorezca la detección precoz mediante el uso de escalas de riesgo, tamizajes imagenológicos y biomarcadores. También se debe iniciar el tratamiento en fases iniciales para favorecer el pronóstico, prevenir el desarrollo, la progresión de la enfermedad y para guiar la modificación de los factores de riesgo mediante ajustes en el estilo de vida (dieta, actividad física, peso, tabaquismo) y la terapia farmacológica con el apoyo de un equipo multidisciplinario para brindar una atención individualizada enfocada en el paciente y su entorno.

## Bibliografía

- Castillo, J. S. P. (2017). *Insuficiencia cardíaca. Generalidades. Medicine*.  
<https://doi.org/10.1016/j.medicine.2017.09.004>
- Gómez-García, D. M., Bejarano-Barragán, L., & García-Perdomo, H. A. (2024, enero-marzo). Estrategias de prevención de la insuficiencia cardíaca: enfoque integral en diferentes momentos de la enfermedad [Revisión]. REC: CardioClinics, 59(1), 61–70. <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2023.09.008>
- Méndez Ortiz, A. (2006). Fisiopatología de la insuficiencia cardíaca. Archivos de Cardiología de México, 76(Supl. 2), 182–187.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-99402006000600025](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402006000600025)