

INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores: Amparo Pico Casanova. C.S Onil
Rosana Valero Valero. C.S La Fábrica

Fecha actualización: Junio 2014

La insuficiencia cardiaca (IC) es un complejo síndrome clínico caracterizado por la incapacidad del corazón para el llenado o vaciado ventricular correcto, resultante de una alteración estructural o funcional.

Clasificación

Estadios evolutivos. Clasificación de la AFCC/AHA:

Estadio A: Ausencia de síntomas. Sin alteraciones funcionales del pericardio, válvulas o miocardio. Alto riesgo de IC por la presencia de otras enfermedades: HTA, diabetes, cardiopatía isquémica, abuso de alcohol, fármacos cardiotóxicos, antecedentes familiares de miocardiopatía.

Estadio B: Aparición de daños estructurales íntimamente ligados al desarrollo de IC, pero sin síntomas clínicos.

Estadio C: Clínica actual o previa de IC, con anomalía estructural subyacente.

Estadio D: Daño estructural, marcados síntomas incluso en reposo a pesar de tratamiento óptimo. Requiere intervención especializada, desde ingreso hospitalario a trasplante.

Clasificación funcional según la NYHA:

- I. Asintomático con actividad física habitual.
- II. Clínica con la actividad física habitual.
- III. Clínica con pequeños esfuerzos.
- IV. Clínica en reposo.

Diagnóstico

Definición de IC (ESC Guidelines 2012) (Deben cumplirse los 3 puntos):

1. Síntoma típicos : Disnea de reposo o con el ejercicio, fatiga, cansancio, edemas maleolares.
2. Signos típicos de IC: Taquicardia, taquipnea, crepitantes pulmonares, derrame pleural, elevación de la PVC yugular, edema periférico, hepatomegalia.
3. Evidencia objetiva de anormalidad estructural o funcional del corazón en reposo: Cardiomegalia, 3º ruido, soplos cardíacos, ecocardiograma alterado, elevación del BNP.

En nuestro medio las 2 causas principales de IC son la HTA y la Cardiopatía isquémica.

La determinación de la Fracción de Eyección (FE: volumen al final de la diástole menos volumen al final de la sístole partido por volumen al final de la diástole) se considera importante en el manejo de los pacientes con IC debido a las diferentes comorbilidades, patología, pronóstico y respuesta a los tratamientos, y porque los ensayos clínicos seleccionan a los pacientes de acuerdo a su FE.

Hay dos modalidades de IC de acuerdo a la FE del VI:

- 1.- IC con FE reducida (ICFER): IC con FE $\leq 40\%$. La función diastólica suele estar conservada. La causa de 2/3 de ella es la enfermedad arterial coronaria pero otros factores de riesgo pueden llevar a una dilatación del VI y a una FER (quimioterapia, alcohol, cardiopatía dilatada.)
2. IC con FE preservada (ICFEP): Los criterios para definirla son estrictos:
 - a. Síntomas o signos de IC
 - b. Evidencia de FE conservada o normal.
 - c. Evidencia de disfunción diastólica del VI determinada por Ecocardio-Doppler o cateterización cardíaca.

La mayor causa de ICFEP es la HTA.

Pruebas complementarias

Analítica general con FRCV, función tiroidea e lones. (Nivel evidencia C)

ECG de 12 derivaciones. (Nivel evidencia C)

RX TÓRAX para valorar silueta cardíaca y congestión pulmonar. (Nivel evidencia C)

BNP o Pro- BNP útil en el diagnóstico diferencial de Insuficiencia Cardíaca (Nivel de evidencia A) y para clasificar el pronóstico y severidad (Nivel evidencia A). Su eficacia en la monitorización terapéutica de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva es controvertida (Nivel de evidencia C).

Ecocardio : Es la prueba que confirma el diagnóstico de Insuficiencia cardíaca

Eco cardio + Doppler: valorar la función valvular, espesor y contractilidad ventricular y la Fracción de eyección. (nivel de evidencia C)

Tratamiento farmacológico:

1.- IECAS .(disminuyen mortalidad) En todos los paciente, independientemente de la etiología y clase funcional (Nivel Evidencia A).

2.-B- bloqueantes. (disminuyen mortalidad) Pacientes con FE disminuida y todas las clases funcionales , incluso asintomáticas , en situación de euvolemia , independientemente de la etiología. (N. Evidencia A).Han demostrado su eficacia bisoprolol, carvedilol, metoprolol y nebivolol.

3.-Diuréticos preferible del ASA. En pacientes con retención hidrosalina o signos y síntomas congestivos. (N. Evidencia C)

4.-Antagonistas de la Aldosterona: (disminuyen mortalidad) recomendados en clases II- IV con fracción de eyección disminuida. Espironolactona (iniciar con 12.5 mgr. Dosis máxima 25 mg/día) o Eplerenona (dosis inicio 25, llegando a 50mg/día). Y en todos los pacientes con FE < 35% e IC grave sintomática en ausencia de hiperpotasemia e insuficiencia renal .

5.- ARA-II: En pacientes que no toleran los IECA. Si persisten síntomas tras BB y diuréticos.

6.- Ivabradina: Pacientes en RS (ritmo sinusal) que a pesar de estar con betabloqueantes siguen con FC > 70 lxm y Fracción eyección <=35 o bien en intolerantes a betabloqueantes.

7.- Digoxina: Pacientes en RS y Fracción eyección <=45 que no toleren b bloqueantes o pacientes en ACXFA sola o asociada a b-bloqueantes.

8.- Hidralacina y Dinitratos de Isosorbide: Pacientes afroamericanos con clase III –IV y FE <45% que lleven tratamiento con β bloqueantes +IECAS y sigan sintomáticos y en pacientes que no toleran IECAS o ARA II con Fracción Eyección <= 45 + Ventriculo izquierdo dilatado o Fracción eyección <= 35 y persistencia de los síntomas.

Bibliografía

- 1.- 2013 ACCF/AHA Guidelines for the management of heart failure .
- 2.- ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment for Acute and Chronic Heart Failure 2012