



Insuficiencia cardíaca crónica

C. Robles Gamboa*

Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.

Palabras Clave:

- Insuficiencia cardíaca
- Fracción de eyección
- Antagonistas neurohormonales

Key words:

- Heart failure
- Ejection fraction
- Neurohormonal antagonists

Resumen

Introducción y diagnóstico. La etiología de la insuficiencia cardíaca (IC) es muy variada y su reconocimiento puede modificar el enfoque diagnóstico y terapéutico, así como condicionar el pronóstico. En la IC crónica, la disnea de esfuerzo es el síntoma más frecuente, aunque es muy inespecífico; otros síntomas son la ortopnea, la disnea paroxística nocturna, y edemas en los miembros inferiores. Las comorbilidades más frecuentes asociadas son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastornos respiratorios del sueño, disfunción renal, anemia/ferropenia, depresión y deterioro cognitivo. Las arritmias también son muy frecuentes y empeoran el pronóstico.

Tratamiento. Los fármacos que han demostrado mejorar la supervivencia en los pacientes con IC son los IECA/ARA-II, bloqueadores beta y antagonistas de la aldosterona. Recientemente, un nuevo compuesto (LCZ696) que combina un ARA-II (valsartán) y un inhibidor de la neprilisina (sacubitrilo) ha demostrado ser superior a un IECA (enalapril) para la reducción del riesgo de muerte y hospitalización por IC.

Abstract

Chronic heart failure

Introduction and diagnosis. The aetiology of heart failure (HF) is very varied and recognising it can change the diagnostic and therapeutic approach and affect prognosis. In chronic heart failure, dyspnoea on exertion is the most common symptom, although very non-specific. Other symptoms include orthopnoea, paroxysmal nocturnal dyspnoea and lower limb oedema. The most common associated comorbidities are high blood pressure, diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease, respiratory sleep disorders, kidney dysfunction, anaemia/ferropenia, depression and cognitive impairment. Arrhythmias are also very common and worsen the prognosis.

Treatment. IECA/ARA-II, beta-blockers and aldosterone antagonists are drugs that have been shown to improve survival in HF patients. Recently, a new compound (LCZ696) that combines an ARA-II (valsartan) and a neprilysin inhibitor (sacubitril) have proven better than an IECA (enalapril) in reducing the risk of death and hospitalisation due to HF.

Etiopatogenia

Las enfermedades que pueden conducir a una situación de insuficiencia cardíaca (IC) son muy variadas y su reconocimiento tiene gran trascendencia, pues puede modificar el enfoque diagnóstico, terapéutico y preventivo, así como condicionar el pronóstico¹.

La etiología de la IC es diversa y varía dentro de cada región y entre distintas regiones del mundo. No existe acuerdo sobre un sistema único de clasificación de las causas de la IC y algunas de las categorías potenciales se superponen (tabla 1). Numerosos pacientes presentan varias enfermedades diferentes, cardiovasculares y no cardiovasculares, que interactúan y causan IC. Generalmente, las miocardiopatías son la causa de la disfunción ventricular sistólica o diastólica y, entre ellas, la cardiopatía isquémica es la más frecuente. No obstante, las anomalías de válvulas, pericardio, endocar-

*Correspondencia

Correo electrónico: carolroga85@gmail.com

TABLA 1

Etiologías de la insuficiencia cardíaca

Miocardio enfermo		
Enfermedad cardíaca isquémica	Cicatriz miocárdica	
	Aturdimiento/hibernación miocárdica	
	Enfermedad arterial coronaria	
	Microcirculación coronaria anormal	
	Disfunción endotelial	
Daño tóxico	Abuso de sustancias tóxicas	Alcohol, cocaína, anfetaminas, esteroides anabólicos
	Metales pesados	Cobre, hierro, plomo, cobalto
	Medicación	Fármacos citostáticos (antraciclinas), fármacos inmunomoduladores (anticuerpos monoclonales, interferones, como trastuzumab, cetuximab), antidepresivos, antiarrítmicos, antiinflamatorios no esteroideos, anestésicos)
Daño inmunomediado e inflamatorio	Radiación	
	Relacionado con infección	Bacteriana, por espiroquetas, fúngica, protozoica, parasitaria (enfermedad de Chagas), por raquitismo, vírica (VIH/sida)
	No relacionado con infección	Miocarditis linfocítica/de células gigantes, enfermedades autoinmunitarias (enfermedad de Graves, artritis reumatoide, trastornos del tejido conectivo, lupus eritematoso sistémico), hipersensibilidad y miocarditis eosinofílica (Churg-Strauss)
Infiltración	Relacionada con enfermedad maligna	Infiltraciones y metástasis directa
	No relacionada con enfermedad maligna	Amiloidosis, sarcoidosis, hemocromatosis (hierro), enfermedad de depósito de glucógeno (enfermedad de Pompe), enfermedades de depósito lisosomal (enfermedad de Fabry)
Alteraciones metabólicas	Hormonales	Enfermedades de tiroides y paratiroides, acromegalia, deficiencia de GH, hipercortisolemia, enfermedad de Conn, enfermedad de Addison, diabetes, síndrome metabólico, feocromocitoma, enfermedades relacionadas con la gestación y el parto
	Nutricionales	Deficiencias en tiaminas, carnitina-L, selenio, hierro, fosfatos, calcio, desnutrición compleja (malignidad, sida, anorexia nerviosa), obesidad
Alteraciones genéticas	Diversas formas	MCH, MCD, VI no compactado, MAVD, miocardiopatía restrictiva (consultar literatura especializada), distrofias musculares y laminopatías
Condiciones de carga anormales		
Hipertensión		
Defectos estructurales de válvula o miocardio	Adquiridos	Valvulopatía mitral, aórtica, tricuspídea, pulmonar
	Congénitos	Comunicación interauricular o interventricular, otros (consultar literatura especializada)
Enfermedades pericárdicas y endomiocárdicas	Pericárdicas	Pericarditis constrictiva. Derrame pericárdico
	Endomiocárdicas	SHE, FEM, fibroelastosis endomiocárdica
Estados de gasto elevado	Anemia grave, sepsis, tirotoxicosis, enfermedad de Paget, fístula arteriovenosa, embarazo	
Sobrecarga de volumen	Insuficiencia renal, sobrecarga de fluidos iatrogénica	
Arritmias		
Taquiarritmias	Arritmias auriculares y ventriculares	
Bradiarritmias	Disfunciones del nódulo sinusal, alteraciones de la conducción	

FEM: fibrosis endomiocárdica; GH: hormona del crecimiento; MAVD: miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho; MCD: miocardiopatía dilatada; MCH: miocardiopatía hipertrófica; SHE: síndrome hipereosinofílico; VI: ventrículo izquierdo; VIH/sida: virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Adaptada de 2016 ESC Guidelines¹.

dio, ritmo cardíaco y conducción también pueden causar IC (y a menudo hay más de una anomalía). Identificar el problema cardíaco subyacente también es crucial por razones terapéuticas, ya que cada enfermedad concreta determina el tratamiento específico que se debe emplear.

Fisiopatología

La IC puede verse como un trastorno progresivo que se inicia después de que un acontecimiento índice dañe el músculo cardíaco. Cuando se produce por primera vez dicha agresión, se ponen en marcha una serie de mecanismos compensadores que, si bien inicialmente pueden conseguir la mejoría de la afectación cardíaca, de manera aislada o asociados a la progresión de la enfermedad pueden ser clave en el deterioro progresivo de la función cardíaca².

Cuando sucede la lesión cardíaca, los mecanismos de compensación conocidos incluyen la activación del sistema

adrenérgico que es la primera y más rápida manera de mantener el gasto cardíaco (GC), aunque sea a expensas de una vasoconstricción periférica. La activación del sistema nervioso simpático en la IC se acompaña de una inhibición concomitante del tono parasimpático. Se producen alteraciones en la recepción de los impulsos procedentes de los barorreceptores del seno carotídeo y los mecanorreceptores cardiopulmonares que lleva como consecuencia una pérdida de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (FC) y un aumento de la resistencia vascular periférica. El aumento de la activación simpática del receptor adrenérgico beta aumenta la FC y la fuerza de contracción miocárdica, con el resultado de un aumento del GC. La estimulación de los receptores adrenérgicos alfa 1 tiene un efecto inotrope positivo, así como vasoconstricción periférica. El impulso adrenérgico también puede desencadenar una taquicardia ventricular o incluso una muerte cardíaca súbita.

A continuación se ponen en marcha los fenómenos dirigidos a retener sal y agua (sistema de la renina y la angioten-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681395>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681395>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)