

La insuficiencia cardíaca aguda. Causas y consecuencias

Dr. F. Javier Martín-Sánchez

Médico especialista en Geriátrica. Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos, Madrid

La insuficiencia cardíaca aguda

El corazón es un órgano situado en el centro del pecho, detrás del esternón y ligeramente desplazado a la izquierda. Consta de cuatro cavidades: dos aurículas y dos ventrículos. Su principal función es bombear la sangre a los tejidos a través de las arterias. La actividad cardíaca es rítmica, y en ella se suceden una fase de contracción de los ventrículos, denominada *sístole*, en que la sangre es expulsada del corazón, y una fase de relajación, llamada *diástole*, en que aquéllos se llenan de sangre procedente de las aurículas. El conjunto de ambas fases recibe el nombre de *ciclo cardíaco*. El corazón de una persona sana late 60-80 veces por minuto, bombeando cerca de 7.500 l de sangre diariamente.

La insuficiencia cardíaca se define como aquella afección en la que el corazón es incapaz de bombear las cantidades necesarias de sangre para satisfacer las demandas del organismo. Cuando empleamos el término *agudo*, significa que el comienzo de los síntomas y los signos es rápido. Es una situación que podría poner en peligro de forma inmediata la vida del individuo y, por ello, requiere a menudo tratamiento urgente.

La insuficiencia cardíaca es una importante causa de mortalidad en los países occidentales y constituye la principal razón de ingreso hospitalario en los pacientes ancianos. En España, es responsable de veinte mil fallecimientos aproximadamente (en concreto, de un 5% de las muertes totales y de un 15% de las de origen cardiovascular) y de

cien mil hospitalizaciones al año (un 3-5% de los ingresos médicos por urgencias), lo que origina un gasto sanitario notable (el 1-2% del total del presupuesto sanitario).

Manifestaciones clínicas de la insuficiencia cardíaca

La insuficiencia cardíaca es un síndrome progresivo de evolución variable. El inicio de las manifestaciones clínicas puede ser brusco o insidioso, y cursa con períodos de grave deterioro alternando con fases asintomáticas. En algunas ocasiones, después de presentarse, y tras corregirse la causa original, se puede normalizar la función del corazón, si bien la norma es el deterioro funcional y anatómico progresivo e irreversible.

Las consecuencias del fallo del corazón como bomba dan lugar a una serie de manifestaciones que pueden agruparse en:

- Secundarias a la disminución de aporte de sangre a los tejidos (hipoperfusión tisular).
- Atribuibles a la acumulación de sangre en los pulmones (congestión pulmonar) y en el organismo (congestión sistémica).
- Signos obtenidos al explorar un ventrículo insuficiente, bien por falta de distensibilidad, bien por contractilidad. Las formas clínicas más graves son el edema agudo de pulmón, donde destacan los síntomas de congestión, y el *shock* cardiogénico, donde predomina la hipoperfusión tisular.

Las manifestaciones clínicas secundarias a la hipoperfusión tisular o disminución del gasto cardíaco izquierdo (volumen de sangre que expulsa el ventrículo izquierdo en cada contracción) son: la sensación de falta de aire, la fatiga, la debilidad muscular, la hipotensión arterial, el color azulado de la piel o cianosis (por el aumento de la extracción de oxígeno a la sangre), los trastornos neurológicos y mentales (mareo, somnolencia, agitación, disminución de la capacidad de concentración) y las alteraciones urinarias (disminución de la diuresis u oliguria y aumento de la diuresis nocturna o nicturia).

Los síntomas que surgen como consecuencia de la congestión pulmonar son: la dificultad para respirar, que aumenta con la posición de tumbado y mejora con la erecta (ortopnea), y las exacerbaciones por la noche en forma de crisis (disnea paroxística nocturna). En la auscultación se pueden oír crepitantes (ruidos que se escuchan en la auscultación de los campos pulmonares periféricos e indican una situación patológica) por la



Es importante un control médico periódico del paciente con insuficiencia cardíaca.

mezcla de aire y líquido en los pulmones. Si se realizase una radiografía de tórax, se objetivarían signos sugerentes de líquido en el intersticio y los alvéolos pulmonares (edema pulmonar). En algunas ocasiones, el paciente puede presentar tos por irritación de la mucosa, así como expectoración con sangre (hemoptisis) por rotura de los vasos de los bronquios.

En la clínica, o conjunto de las manifestaciones de una enfermedad, producida por la congestión sistémica encontramos:

- La hinchazón de las venas yugulares a ambos lados del cuello, que no desaparece cuando el paciente se incorpora (ingurgitación yugular) y que aumenta tras la presión abdominal (test abdominoyugular positivo).
- La hinchazón de las partes del cuerpo declives, es decir, las piernas en sujetos que deambulan; en la región de la espalda en pacientes que permanecen tumbados (edema periférico); o generalizado (anasarca).
- La ganancia de peso.
- Las manifestaciones digestivas (pérdida de apetito, pesadez tras la ingesta, náuseas o malabsorción intestinal).
- Las alteraciones hepáticas (crecimiento del hígado o aumento de la bilirrubina).

Los signos en relación con un ventrículo insuficiente son: la presencia de taquicardia, la auscultación de un tercer tono, el crecimiento del tamaño del corazón en la radiografía de tórax o, en el caso de realizar un ecocardiograma, la presencia de un aumento de las presiones de llenado del ventrículo y, en algunas ocasiones, su disfunción.

En los pacientes ancianos, los síntomas son más difíciles de interpretar y existe un mayor número de manifestaciones atípicas como consecuencia de la comorbilidad (presencia de otras patologías) y, fundamentalmente, del deterioro cognitivo. Así, es frecuente que los motivos de consulta sean la confusión, las alteraciones del comportamiento, los trastornos del sueño, las caídas o el deterioro de la capacidad en la realización de las actividades de la vida diaria.

Es muy importante dirigirse al médico de atención primaria ante la presencia de estos síntomas, y acudir a urgencias si la dificultad respiratoria es de mínimos esfuerzos o de reposo, si el latido cardíaco es irregular o mayor de 100 por minuto, o si hubiese presencia de palpitaciones,

dolor o sensación de presión en el pecho, pérdida de conocimiento, debilidad o parálisis en las extremidades o evolución tórpida con el tratamiento ambulatorio.

Causas de la insuficiencia cardíaca

El corazón, para cumplir su función de bombear la sangre al organismo, necesita integrar tres elementos:

- La contracción y relajación del músculo cardíaco.
- La formación y conducción de los estímulos.
- La integridad de las válvulas.

La insuficiencia cardíaca aguda puede ser consecuencia de la descompensación de una insuficiencia cardíaca crónica previamente establecida, o la primera manifestación de una enfermedad cardíaca, es decir, *de novo*.

Además, es importante clasificar la insuficiencia cardíaca en función del gasto cardíaco:

- La insuficiencia cardíaca con bajo gasto cardíaco, en la que el corazón bombea menos sangre de lo normal, bien por una disminución de la contractilidad del músculo cardíaco (sistólica) —por ejemplo, el infarto de miocardio—, o bien debido a la falta de llenado del corazón (diastólica) —por ejemplo, las enfermedades del pericardio o las valvulopatías—.
- La insuficiencia cardíaca con alto gasto cardíaco, cuando existe un bombeo de sangre adecuado o incluso superior a lo normal, pero insuficiente para aportar lo necesario al organismo (por ejemplo, la anemia y las enfermedades de la glándula tiroidea u óseas).

Las causas más frecuentes de desarrollo de una insuficiencia cardíaca son la tensión arterial alta (hipertensión arterial), la obstrucción de las arterias coronarias (cardiopatía isquémica), las enfermedades de las válvulas (valvulopatías) y las enfermedades del músculo cardíaco (cardiomiopatías).

La descompensación de la insuficiencia cardíaca se puede deber a varios factores precipitantes. Entre ellos destacan: las arritmias, las infecciones, la anemia, la toma de fármacos inadecuados (antiinflamatorios no esteroideos) y el abandono o el mal cumplimiento terapéutico. Además existen otras causas como la cardiopatía isquémica y la crisis hipertensiva.



Radiografía de tórax donde se objetivan signos de congestión pulmonar.

Por tanto, a todo cuadro de insuficiencia cardíaca aguda se le debe poner el nombre, es decir, si es descompensada o *de novo*, así como el grado y los apellidos, sabiendo identificar tanto la causa como los posibles factores desencadenantes.

Pruebas complementarias para el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca

El diagnóstico de la insuficiencia cardíaca se basa en criterios clínicos y se confirma con la realización de pruebas complementarias, como la radiografía de tórax, donde se pueden objetivar el agrandamiento del corazón (cardiomegalia), el líquido en los pulmones (edema pulmonar) o en la pleura (derrame pleural); los marcadores bioquímicos, como el péptido natriurético de tipo B; y el ecocardiograma, examen de ultrasonidos que muestra las alteraciones en las estructuras del corazón y del flujo sanguíneo a través de éste.

Ante todo paciente con sospecha de insuficiencia cardíaca aguda, es muy importante la realización de una minuciosa historia clínica y de una exploración física exhaustiva. El objetivo es buscar la presencia de síntomas y de signos de congestión pulmonar y/o hipoperfusión periférica secundarios al deterioro de la función cardíaca, —que permitan obtener el diagnóstico correcto, así como la búsqueda de los posibles factores precipitantes como, por ejemplo, tos, expectoración y fiebre, en el caso de una infección respiratoria—, o por la toma de fármacos no

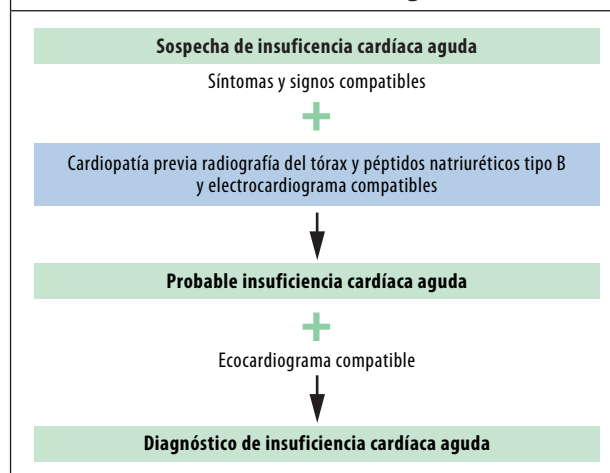
recomendables, las trasgresiones dietéticas o el incumplimiento terapéutico.

Es fundamental no sólo hacer un correcto diagnóstico del síndrome, sino además caracterizar el tipo y la gravedad de las alteraciones funcionales, e identificar las causas y los factores precipitantes. Por ello debemos practicar una serie de pruebas diagnósticas complementarias de rutina: analítica sanguínea que incluya hemograma, número de leucocitos y fórmula, iones (sodio, potasio, cloro y glucosa), parámetros de función renal (creatinina y urea), de la función hepática (transaminasas y bilirrubina) y de daño cardíaco (troponina y creatincinasa), y tiempos de coagulación. También serán necesarias la gasometría arterial —que facilite cuantificar el grado de oxigenación en la sangre—; la radiografía de tórax —que permita identificar signos que apoyen el diagnóstico, y que sirva de ayuda para descartar otras patologías pulmonares concomitantes—; el electrocardiograma, que es una herramienta de ayuda al diagnóstico —si es normal, excluye prácticamente el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, y además ayuda a identificar trastornos del ritmo o la presencia de infarto agudo de miocardio, que pueden ser causantes del cuadro de disfunción cardíaca—; y el ecocardiograma Doppler, que se debe practicar a todo paciente con insuficiencia cardíaca aguda, ya que es una técnica asequible y no cruenta, que ayuda a valorar la función del ventrículo (disfunción sistólica o diastólica) y a detectar posibles alteraciones estructurales (cardiopatía isquémica, valvulopatías, patología de pericardio o de grandes vasos).

En los últimos años se ha introducido la determinación de los péptidos natriuréticos —péptidos natriuréticos de tipo P (BNP) y propéptidos natriuréticos de tipo P (pro-BNP)—. Son moléculas secretadas por el corazón, específicamente por los ventrículos, en respuesta al estrés al que éstos se ven sometidos por el exceso de volumen de sangre. Se han situado como óptimos marcadores diagnósticos y pronósticos, ya que se correlacionan con la mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de reingreso.

En pacientes seleccionados sería necesario realizar pruebas de imagen cruentas, como la coronariografía, que permite identificar si el mecanismo responsable es la isquemia miocárdica o falta de aporte sanguíneo al corazón. Dicho procedimiento consiste en acceder al corazón a través de una vía venosa con un dispositivo llamado *cater*ter que permite valorar la función del corazón, ver las arterias coronarias y si existe la posibilidad de revascularizar el músculo cardíaco en caso de obstrucción.

FIGURA 1. Algoritmo diagnóstico de una insuficiencia cardíaca aguda



Fuente: elaboración propia, basado en Nieminen, M. S., M. Böhm, M. R. Cowie, H. Drexler, G. S. Filippatos, G. Jondeau, Y. Hasin, et al. «Executive summary of the guidelines on the diagnosis and treatment of acute heart failure». *European Heart Journal* 26 (2005): 384-416.

Tratamiento de la insuficiencia cardíaca

El pronóstico del episodio agudo de insuficiencia cardíaca depende de diversas variables clínicas. Una de ellas probablemente sea la pronta actuación, por lo que es muy importante la consulta al médico habitual ante la sospecha de empeoramiento clínico.

Los objetivos del tratamiento van encaminados a mejorar la situación hemodinámica y a controlar los síntomas, fundamentalmente la disnea, para mejorar la supervivencia del paciente, tanto a corto como a largo plazo, y la calidad de vida. Además, siempre se debe velar por la función del órgano (protección del corazón) y, en los pacientes ancianos, del individuo (monitorización de la situación funcional a través de las actividades de la vida diaria).

Los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda *de novo*, o aquellos con descompensación de una insuficiencia cardíaca crónica y síntomas moderados agudos, requieren ingreso hospitalario con el fin de tratar los síntomas, y estudiar y solucionar los factores desencadenantes y causales. En caso de infarto agudo u otras situaciones puntuales, que se asocian a inestabilidad hemodinámica o respiratoria, el paciente puede ingresar en la unidad coronaria, donde va a ser exquisitamente monitorizado y donde la capacidad de respuesta a cualquier evento adverso es inmediata.

Los tratamientos de la fase aguda, encaminados a mejorar los síntomas y la situación hemodinámica, pueden dividirse en medidas generales de primera y segunda línea. Las medidas generales consisten en:

- Medidas posturales: el paciente debe permanecer en cama incorporado a 45 grados hasta la desaparición de los síntomas en reposo.
- Medidas dietéticas: por norma general debe existir restricción de sodio y agua, y el contenido calórico ingerido ha de ser adecuado a la situación de cada sujeto.
- Medidas de monitorización: es fundamental controlar las constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura), así como cuantificar la emisión de orina diaria (diuresis) y el peso. Es muy importante asegurar una adecuada oxigenación de los tejidos y, por ello, siempre que se esté por debajo de los niveles de la normalidad, habrá que administrar oxígeno valorando las posibilidades disponibles para mantener una saturación de oxígeno del 95-98%.

El tratamiento de primera línea incluye los fármacos diuréticos, indicados en caso de sobrecarga de volumen y cuya función es eliminar el líquido excesivo a través de la excreción de sodio, y los vasodilatadores, cuando existe congestión pulmonar y/o crisis de hipertensión arterial, ya que éstos ensanchan los vasos sanguíneos y permiten un mejor control del llenado y vaciado del ventrículo. La situación clínica del paciente determinará la vía de administración, aunque generalmente será intravenosa. Es frecuente el uso de sulfato de morfina en situaciones de malestar físico y/o psicológico asociado a la dificultad respiratoria, ya que alivia los síntomas de congestión pulmonar al disminuir la entrada de sangre al corazón.

El tratamiento de segunda línea está habitualmente indicado cuando existe un fracaso terapéutico con el tratamiento de primera línea, o en situaciones de extrema gravedad, como el *shock* cardiogénico. Dichos tratamientos comprenden los fármacos inotrópicos, que aumentan la capacidad de bombeo al ayudar al músculo cardíaco a latir más energicamente, y los vasopresores, que producen una contracción de las arterias, aumentando la tensión arterial y mejorando la perfusión de los órganos vitales. Por norma general, todos

estos medicamentos deben ser prescritos en una unidad coronaria y monitorizados con métodos invasivos.

En lo que respecta al tratamiento etiológico o causal, es vital detectar y tratar las causas y los factores precipitantes. Así, por ejemplo, si el origen del problema fuera un infarto agudo de miocardio, habría que desobstruir la arteria coronaria. Por otro lado, si el desencadenante fuese la anemia, habría que valorar la posibilidad de una transfusión de sangre. Si se tratara de una infección respiratoria, habría que instaurar el tratamiento antibiótico adecuado. Por último, si fuese una arritmia, habría que prescribir un antiarrítmico para el control de la frecuencia en caso de exceso o valorar la posibilidad de un marcapasos en caso contrario.

Los betabloqueantes, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los antagonistas del receptor de la angiotensina (ARA) y los bloqueadores de la aldosterona son fármacos que han demostrado disminuir la mortalidad a largo plazo en los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica con disfunción sistólica o tras un infarto agudo de miocardio. En la actualidad, su indicación en la insuficiencia cardíaca aguda se produce en las situaciones anteriormente descritas, pero una vez que el paciente se haya estabilizado clínica y hemodinámicamente.

Los pacientes con insuficiencia cardíaca grave, que ocasiona una situación crítica sin respuesta al tratamiento convencional, pueden requerir dispositivos de asistencia circulatoria mecánica. Explicado de forma sencilla, son máquinas que reemplazan parcialmente la función del corazón y, así, éste puede descansar y recuperarse del trabajo excesivo. En situaciones muy concretas puede indicarse el tratamiento quirúrgico urgente, como,

TABLA 1. Recomendaciones de prevención

Reconocer los síntomas de alarma
Seguir el tratamiento farmacológico
Controlar los factores de riesgo (tensión arterial, peso, colesterol y glucosa)
Seguir hábitos dietéticos saludables (bajar el consumo de grasas saturadas y de sal y restringir los líquidos)
Abstenerse de tomar tóxicos (evitar el alcohol, el tabaco y la cafeína)
Realizar ejercicio físico
Evitar el estrés laboral
Vacunarse (contra la gripe y el neumococo)

por ejemplo, ante una enfermedad valvular o la rotura de la arteria aorta.

En la actualidad se están investigando fármacos capaces de mejorar la contractilidad del corazón y de aumentar la excreción de sodio y agua, con menos efectos adversos que los tratamientos actuales.

Prevención de la insuficiencia cardíaca

El porcentaje de reingreso varía entre el 30-60% en los primeros meses tras un episodio de insuficiencia cardíaca aguda. Una de las principales causas de descompensación de la insuficiencia cardíaca es la mala adhesión al tratamiento. Por ello, todo paciente con insuficiencia cardíaca debe ser educado y bien informado sobre su enfermedad con el fin de evitar ingresos.

La principal recomendación es explicar al paciente su enfermedad y el pronóstico, y concienciarle de que un estilo de vida saludable es un factor determinante en la evolución positiva de la enfermedad.

En lo referente al tratamiento farmacológico, el paciente debe tomar la medicación prescrita y no consumir fármacos sin haber realizado una consulta previa al médico. Además, debe haber recibido explicaciones sobre los efectos esperables, las dosis, la posología, los posibles efectos secundarios, los signos de intoxicación, así como sobre lo que debe hacer ante el olvido de alguna dosis. Se ha documentado que cerca del 50% de los pacientes presenta problemas de seguimiento del tratamiento prescrito.

Se ha de concienciar al paciente de que, ante la mínima sospecha de empeoramiento clínico, siempre debe ponerse en contacto de forma precoz con su médico habitual (véase la tabla 2).

La dieta debe tener el aporte calórico adecuado para cada individuo. De forma general, debe contener una baja cantidad de grasas saturadas tanto de origen animal como vegetal (aceites tropicales de coco, palma y palmiste) y de azúcares de absorción rápida. Las principales fuentes de las grasas saturadas son las carnes y sus derivados (embutidos), los lácteos (mantequilla, manteca y nata) y toda la repostería industrial. La alimentación debe basarse en carnes magras (pollo, pavo, ternera, cerdo y cordero magro), productos lácteos desnatados o bajos en grasa, y aceite de oliva, preferiblemente de la variedad *virgen* o *virgen extra*.

La ingesta de líquidos debe ser limitada, no más de 1,5 l diarios, incluyendo agua, zumo, leche o sopa. No

TABLA 2. Síntomas de alarma de insuficiencia cardíaca aguda

Dificultad para respirar en reposo o por la noche
Necesidad de aumentar el número de almohadas para dormir
Tos irritativa persistente principalmente nocturna
Palpitaciones o pulso mayor de 100 latidos por minuto
Dolor o sensación de presión en el pecho
Rápida ganancia de peso
Disminución de la producción de orina
Inflamación de las piernas y/o zonas sacras
Alteración del estado de alerta, del comportamiento o del sueño, caídas o deterioro de la capacidad en la realización de las actividades de la vida diaria

hay que tomar sal y se debe tener cuidado con los sustitutos, ya que contienen potasio y pueden no ser beneficiosos para el paciente con insuficiencia renal o para aquellos que están sometidos a otras medicaciones de forma concomitante.

Además, es muy importante controlar la tensión arterial (la sistólica debe ser inferior a 130 mmHg y la diastólica menor de 80 mmHg), el colesterol —los niveles de colesterol LDL (*low-density lipoproteins*) deben ser inferiores a 70 mg/dl—, el azúcar (la hemoglobina glucosilada debe ser menor de 6) y el peso de forma periódica. Los pacientes fumadores activos deben plantearse el abandono del hábito fumador, y en lo que respecta al consumo de bebidas alcohólicas, éste debe ser excepcional. La cafeína tampoco es recomendable y se han de eliminar todos los productos que la contengan, como el café y las bebidas a base de cola.

Otros hábitos saludables son reducir el estrés de la vida laboral y la práctica regular de un programa de ejercicios aeróbicos como, por ejemplo, pasear o realizar bicicleta estática durante al menos 20 minutos diarios. Los pacientes con insuficiencia cardíaca deben prevenir las infecciones y, por tanto, recibir el calendario de vacunas en lo referente a la gripe y al neumococo.

La calidad de vida del paciente también se ha identificado como un factor pronóstico importante, tanto de mortalidad como de hospitalización, y es fundamental por tanto velar por ella. Dicha información es subjetiva y depende de las expectativas del paciente respecto al estilo de vida y la capacidad funcional. Se han desarrollado sencillos cuestionarios que facilitan su conocimiento.

Se han creado en la última década consultas o programas de insuficiencia cardíaca, que son unidades estructurales multidisciplinarias de atención ambulatoria a los pacientes, y cuyos objetivos son mejorar la capacidad funcional, la calidad de vida y la reducción de las hospitalizaciones recurrentes y la mortalidad. La incorporación al mundo sanitario de los avances en el campo tecnológico y de la comunicación ha permitido generar seguimientos telefónicos e incluso monitorización domiciliaria (telemedicina), demostrando una disminución de las hospitalizaciones y de la mortalidad total en un 20% aproximadamente.

Consultas más frecuentes

¿La insuficiencia cardíaca aguda es un proceso grave?

La insuficiencia cardíaca aguda es un proceso grave asociado a una mortalidad significativa a corto y largo plazo; ésta se estima en el 2-5% durante el ingreso, y en el 5-15% a los 90 días. Se habla de una supervivencia aproximada del 50% a los cinco años del diagnóstico. Además, también se asocia a una disminución importante de la calidad de vida del paciente.

¿Es necesario ingresar por un episodio de insuficiencia cardíaca aguda?

Los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda requerirán a menudo ingreso hospitalario para tratar los síntomas y los factores precipitantes, y en algunas ocasiones para profundizar en el estudio de las causas. A veces, como por ejemplo en los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica descompensada, sin síntomas graves y con un buen soporte extrahospitalario, se puede manejar el episodio de forma ambulatoria.

¿El paciente debe seguir tomando su medicación del corazón habitual cuando es ingresado por un episodio de insuficiencia cardíaca aguda?

El paciente, cuando ingresa por un episodio de insuficiencia cardíaca, va a recibir tratamiento, generalmente por vía intravenosa, de diuréticos, vasodilatadores, inotrópicos y/o vasopresores. Respecto al tratamiento crónico con los betabloqueantes, los IECA y los ARA se mantendrán siempre que la situación del paciente lo permita, ya que su suspensión probablemente afecte a la supervivencia del paciente a largo plazo.

¿Con qué frecuencia debe consultar el paciente al médico tras un episodio de insuficiencia cardíaca aguda?

El paciente con insuficiencia cardíaca debe consultar al médico siempre ante cualquier síntoma o signo de alarma, así como ante cualquier duda sobre la prescripción terapéutica. Inicialmente, tras un proceso de insuficiencia cardíaca aguda, el paciente debe ir a la consulta al menos una vez por semana para verificar la tolerabilidad y el cumplimiento terapéutico. Tras la correcta adhesión

a éste, puede ser necesario visitarlo con una menor frecuencia (entre uno y seis meses).

¿El paciente debe tener algún tipo de cuidado especial tras un episodio de insuficiencia cardíaca aguda?

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica y, al igual que otros procesos, debe ser correctamente tratada y vigilada por especialistas en la materia. Los objetivos del tratamiento de la insuficiencia cardíaca son mejorar la supervivencia y la calidad de vida del paciente y evitar los reingresos. Por ello, es fundamental seguir de por vida una serie de recomendaciones farmacológicas y de estilo de vida.

Glosario

Anasarca: hinchazón de la carne. Se aplica al edema generalizado.

Anorexia: falta de apetito.

Arritmia: cualquier ritmo diferente al normal. Engloba tanto los ritmos en que el corazón va demasiado rápido (taquicardia) o demasiado lento (bradicardia), como los resultantes de una interrupción en la transmisión normal del impulso eléctrico a lo largo del corazón (bloqueos).

Bradicardia: ritmo cardíaco lento, por debajo de 60 latidos por minuto.

Cardiomegalia: aumento del tamaño del corazón.

Cardiomiopatía: enfermedad del músculo cardíaco.

Cianosis: coloración azulada de la piel y las mucosas como consecuencia de una deficiente oxigenación de los tejidos. Se suele producir por enfermedades pulmonares o cardíacas avanzadas.

Congestión: acúmulo de líquidos.

Derrame pleural: acúmulo de líquido en la pleura.

Diástole: fase del ciclo cardíaco durante la cual se produce la relajación de los ventrículos, que se llenan con sangre procedente de las aurículas.

Disnea: sensación de dificultad respiratoria o falta de aire.

Disnea paroxística nocturna: exacerbaciones en forma de crisis de la dificultad respiratoria por la noche.

Diuresis: término que se aplica a modificaciones de la cantidad de orina.

Diurético: sustancia que al ser ingerida aumenta la excreción de sodio y agua en la orina.

Ecocardiograma: método no invasivo mediante el cual es posible visualizar la morfología y el funcionamiento del corazón por medio de ultrasonidos.

Edema: hinchazón de alguna parte del cuerpo (habitualmente, las piernas) por un aumento del líquido procedente de venas o

vasos linfáticos. Su causa más frecuente son las varices (insuficiencia venosa crónica), aunque también puede indicar una enfermedad cardiovascular.

Edema agudo de pulmón: forma clínica de insuficiencia cardíaca donde destacan los síntomas y signos de congestión pulmonar.

Hemoptisis: emisión de sangre por la boca, normalmente con un acceso de tos. El origen del sangrado está en el árbol bronquial o en los pulmones.

Hipertensión arterial: aumento de presión de la sangre en el interior de las arterias. Puede producirse como consecuencia de algunas enfermedades, como las enfermedades del riñón. En este caso se llama *hipertensión secundaria*. La hipertensión arterial más frecuente no tiene causa conocida y recibe el nombre de *hipertensión esencial*. Es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cerebrovascular y uno de los factores de riesgo mayores para la cardiopatía coronaria.

Hipoperfusión: disminución del aporte de sangre a los tejidos.

Hipotensión arterial: cifras de tensión arterial bajas.

Ingurgitación yugular: hinchazón de las venas yugulares a ambos lados del cuello, que no desaparece cuando el paciente se incorpora.

Inotrópico: medicamento que aumenta la contracción del corazón.

Nicturia: aumento de la emisión de orina por la noche.

Oliguria: disminución del volumen diario de orina por debajo de 400 cm³.

Ortopnea: dificultad para respirar que aumenta con la posición de tumbado y mejora con la erecta.

Shock cardiogénico: situación patológica en la que el corazón está gravemente dañado y es incapaz de bombear suficiente sangre para cubrir las necesidades del organismo.

Sístole: fase del ciclo cardíaco durante la cual se produce la contracción ventricular con expulsión de la sangre a la circulación arterial.

Taquiarritmia, taquicardia: frecuencia cardíaca (número de latidos del corazón por minuto) superior a 100 latidos por minuto.

Valvulopatías: enfermedades de las válvulas del lado derecho (tricúspide y pulmonar) o izquierdo (mitral y aórtica) del corazón. Si disminuye el diámetro del orificio hablamos de *estenosis*, y si se reduce la capacidad de la válvula para cerrarse, de *insuficiencia*.

Vasodilatador: medicamento que dilata las arterias y las venas.

Bibliografía

BOVER, R., A. RAMOS, I. VILACOSTA, J. MARTÍN, J. ARMENGOL, J. GONZÁLEZ, A. FERNÁNDEZ-ORTIZ, et al. «Programas de insuficiencia cardíaca. Presente y futuro». *Cardiología Práctica* 17 (2008): 4-14.

CONTHE, P., y F. TEJERINA. «Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardíaca». *Revista Española de Cardiología Supl.* 7 (2007): 57E-66E.

LLORENS, P., F. J. MARTÍN-SÁNCHEZ, J. J. GONZÁLEZ-ARMENGOL, P. HERRERO, J. JACOB, A. B. ÁLVAREZ, J. PAVÓN, et al. *Perfil clínico del paciente con insuficiencia cardíaca aguda en los servicios de urgencias: datos preliminares del estudio EAHFE (Epidemiology Acute Heart Failure Emergency)*. *Emergencias 2008*. (En prensa.)

NIEMINEN, M. S., M. BÖHM, M. R. COWIE, H. DREXLER, G. S. FILIPPATOS, G. JONDEAU, Y. HASIN, et al. «Executive summary of the guidelines on the diagnosis and treatment of acute heart failure». *European Heart Journal* 26 (2005): 384-416.

TORPY, J. M. «Heart Failure». *Journal of the American Medical Association* 297 (2007): 22.

Resumen

- La insuficiencia cardíaca aguda constituye la principal razón de ingreso hospitalario en los pacientes ancianos. Se define como aquella afección en la que el corazón es incapaz de bombear las cantidades necesarias de sangre.
- Los síntomas y signos se caracterizan por su presentación rápida y son consecuencia de la disminución de aporte de sangre a los tejidos, de la acumulación de sangre en los pulmones y en el organismo, y de los signos obtenidos al explorar un corazón con insuficiencia.
- El diagnóstico se basa en criterios clínicos y se confirma con la realización de pruebas complementarias. Se reconoce como una situación clínica que puede poner en peligro de forma inmediata la vida del individuo y que requiere a menudo tratamiento urgente.
- Los objetivos del tratamiento van encaminados a mejorar la situación hemodinámica y a controlar los síntomas para mejorar la supervivencia del paciente, a corto y a largo plazo, así como la calidad de vida.
- El paciente requiere frecuentemente ingreso hospitalario y tratamiento por vía intravenosa en forma de diuréticos, vasodilatadores, inotrópicos y/o vasopresores. En los últimos años se han desarrollado unidades de insuficiencia cardíaca con el fin de mejorar la adhesión al tratamiento.