

Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC)

Congestive Heart Failure (CHF)

Adelmo Lara da Silva , Lúcio Kazuo Sória Kawamoto , Caroline Minati Colman , Ronald Ramón Cabrera Pimentel , Santiago Santos Machado , Santanna Rayniffer Lima , Priscila Duarte 

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay,
Pedro Juan Caballero, Amambay, Paraguay

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Enfermedades cardiovasculares

RESUMEN

La Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) es un síndrome clínico complejo que resulta de alteraciones cardíacas estructurales y funcionales, comprometiendo las funciones del corazón. En este caso clínico, se presenta un paciente que tiene ICC e Hipertensión Arterial Sistémica (HTA) hace 22 años, el caso es acompañado rutinariamente por los médicos de la Clínica 1 de la Universidad Central del Paraguay (UCP) sede Pedro Juan Caballero (PJC)

PALABRAS CLAVE: Enfermedad coronaria, Hipertensión, Cardiomegalia.

ABSTRACT

Congestive Heart Failure (CHF) is a complex clinical syndrome that results from structural and functional heart disorders that compromise the capacity of the heart. In this clinical case, there is a patient who has CHF and Systemic Arterial Hypertension (HTN) 22 years ago, the case is routinely followed by the doctors of clinic 1 of the UCP - PJC.

KEYWORDS: Coronary heart disease, Hypertension, Cardiomegaly.

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) es un síndrome clínico complejo que resulta de alteraciones cardíacas estructurales y funcionales que comprometen la capacidad del corazón para suplir la demanda metabólica del organismo(1). Teniendo síntomas típicos que pueden ir acompañados de signos clínicos, que demuestran un descenso del gasto cardíaco y/o aumento de las presiones intracardíacas en reposo o en el esfuerzo(2). El cuadro clínico más común es el edema agudo de pulmón, crepitaciones, disnea paroxística nocturna, auscultación cardíaca de un 3º ruido, cardiomegalia, aumento de la presión venosa, pérdida mayor que 4,5 kg corporales en 5 días con el tratamiento, turgencia yugular, edema de miembros inferiores, tos nocturna, disnea a los esfuerzos, hepatomegalia, derrame pleural y taquicardia(1). La ICC posee diversas etiologías en el mundo, pero la más común es la Enfermedad Arterial Coronaria y la Hipertensión Arterial Sistémica(3).

INFORME DEL CASO

Paciente masculino de 62 años, vino para una consulta de rutina en la Clínica 1 de la Universidad Central del Paraguay de la ciudad de Pedro Juan Caballero.

Refiere tener insuficiencia cardiaca, hipertensión hace veinte y dos años y que la descubrió después de haber sido operado para extirpar un aneurisma. Además, hace dos años presentó edema agudo de pulmón después de haber tenido una práctica intensa de ejercicios físicos.

El paciente se ha presentado lúcido, orientado en el tiempo espacio y persona, con signos vitales dentro de los parámetros normales, presentó tórax en tonel, hematoma en hemitórax derecho en la línea hemiclavicular, excursión respiratoria disminuida, expansibilidad disminuida en ambos hemitórax, frémito toraco vocal preservados, sonoridad en ambos hemitóraxes, presencia de estertores crepitantes en base de ambos hemitóraxes, choque de punta no visible, palpable y desplazado para la línea axilar media, abdomen globoso y hepatomegalia (aumento del hígado).

Informa hacer uso continuo de los siguientes medicamentos: Omeprazol 20mg, Valsartan 160mg, Nibivolol 5mg, Sinvastatina 10mg, Ácido Acetilsalicílico 125mg, Cloridrato de Clonidina, Furosemida 20mg, Espironolactona 25mg.

CONCLUSIÓN

El caso del paciente se parece en general con los casos registrados a nivel nacional e internacional donde observamos esta patología. (2) En relación a la edad, la mayoría de los estudios relatan pacientes con edad a partir de 60 años y muchas veces las comorbilidades mal manejadas favorecen su aparición. El bajo grado de escolaridad y baja renta familiar son factores de riesgo y agravantes para el desarrollo de IC. (2)

Generalmente la mayoría de los casos tiene como etiología la patología arterial coronaria que envuelve cardiopatía isquémica, valvulopatías e hipertensión arterial, que es la principal causa de este estudio, siendo un importante factor de riesgo para patologías cardíacas junto a mala adhesión al tratamiento medicamentoso, ingestión excesiva de sal, infecciones y arritmias. (2)

Las manifestaciones clínicas más frecuentes en este estudio fueron: disnea, edema de miembros inferiores bilateral, hepatomegalia, ingurgitación yugular, reflujo yugular, crepitantes pulmonares y tercera bulha, que son considerados características definidoras de IC según los criterios de Framingham Heart Study. (2,5) En cuanto a las comorbilidades, fueron encontradas hipertensión arterial sistémica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que están presentes en algunos estudios, así también como la diabetes (2)

La IC permanece como un síndrome de gran impacto socioeconómico y alta mortalidad, a pesar de los avances que posibilitan un mejor control de los síntomas. (2) El médico debe conocer todas las herramientas posibles para establecer una buena relación médico-paciente con el fin de lograr los resultados necesarios, reduciendo la descompensación posterior y la posibilidad de mortalidad del paciente. (2)

REFERENCIAS

- (1) EHRENFRIED DE FREITAS, Ana Karyn; DÉA CIRINO, Raphael Henrique. Insuficiênci cardíaca congestiva: um enfoque semiológico. Revista Médica da UFPR, 2017. <https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/download/56397/33902>
- (2) TAVARES DA SILVA, Weydder; GOUVÊA TYLL, Milene; CARDOSO DE SOUSA MIRANDA, Ana Cristina; PONTES MOURA, Giovanna; DE OLIVEIRA LAMEIRA VERÍSSIMO, Adriana. Características clínicas e comorbidades associadas à mortalidade por insuficiênci cardíaca em um hospital de alta complexidade na região amazônica do brasil. Revista Pan-Amazônica de Saúde, 2020. http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s2176-62232020000100020
- (3) PEREIRA BARRETTO, Antônio Carlos; FRANCHINI RAMIRES, José Antônio. Insuficiênci cardíaca. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, volume 71, (nº 4), 1998. <https://www.scielo.br/j/abc/a/vcqkdfns5qnytyhp8wdnmdn/?format=pdf&lang=pt>
- (4) Bochi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque, D, Rodrigues D, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiênci

Cardíaca Crônica – 2021. Arq Bras Cardiol, 2021.
https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-06-1174/0066-782X-abc-116-06-1174.x44344.pdf

(5) Argente AH, Alvarez ME. Semiología médica: fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. 2. ed. - Buenos Aires: Medica Panamericana. 2013.

PRESENTACIÓN DE LOS AUTORES

Lara da Silva, Adelmo: cursando 3º año de Medicina UCP silvaadelmo@hotmail.com 38998076400

Kazuo Sória Kawamoto, Lúcio: Profesor de Educación Física y cursando 3º año de Medicina UCP luciokazuo@hotmail.com 12982050288

Minati Colman, Caroline: Enfermera y cursando 3º año de Medicina UCP carolminati@hotmail.com 65996362383

Cabrera Pimentel, Ronald Ramón: Abogado y Cursando 3º año de Medicina UCP ronaldcabrerapjc@gmail.com 0985700090

Santos Machado, Santiago: cursando 3º año de Medicina UCP. santiagosmachado@gmail.com 62982745186

Lima, Santanna Rayniffer: cursando 3º año de Medicina UCP raynifferlima@gmail.com 6298257001

ANEXOS: EXAMENES COMPLEMENTARIOS LABORATORIALES

Figura 1- examen laboratorial hiperuricemia y hiperuremia

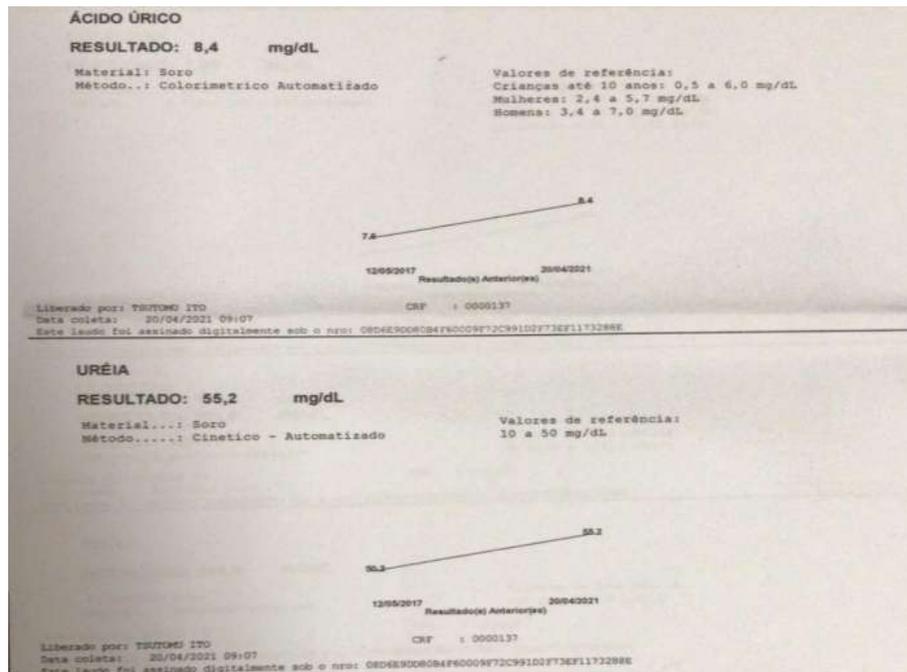
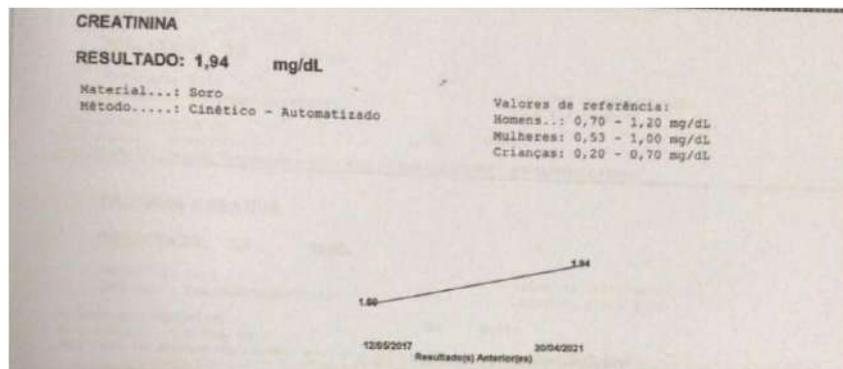


Figura 2- examen laboratorial con aumento de creatinina



RADIOGRAFIA DE TORAX

Figura 3- confirma la cardiomegalia Índice cardio torácico: 0,68 ECOCARDIOGRAMA 07/11/2016 FI



Figura 4- imagenes del ecocardiograma

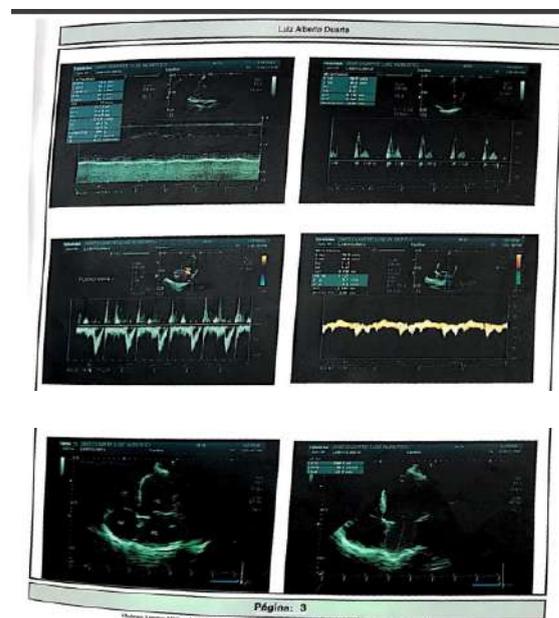


Figura 5- ecocardiograma que confirma cardiomegalia y alteraciones estructurales

Laudo de Ecocardiograma		
Paciente :	Luiz Alberto Duarte	Exame : 013850
Data de Nasc.:	21/06/1960	Sexo : Masculino Data : 07/11/2018
Idade :	58 Anos 4 Meses	
Convênio :	Socrel Saúde	
Solicitado por :	Dr. Gaumdes Emery Silva	
Dados do Exame		
Dados do Paciente:		
Altura	174 cm	
Peso	86,00 kg	
Superfície Corporal	1,969 m ²	
Parâmetros Estruturais:		
Aorta (Diâmetro da Raiz)	31 mm	20 a 37 mm
Átrio Esquerdo	47 mm	20 a 40 mm
Diâmetro Ventricular Direito	20 mm	07 a 28 mm
Diâmetro Diastólico Final do VE	70 mm	38 a 56 mm
Diâmetro Sistólico Final do VE	50 mm	25 a 40 mm
Espessura Diastólica do Septo	15 mm	07 a 11 mm
Espessura Diastólica de PPVE	15 mm	07 a 11 mm
Relações e Funções Ventriculares:		
Relação Átrio Esquerdo / Aorta	1,52	1,0 a 0,5
Fração de Ejeção (Teicholz)	40 %	> 58 %
Massa Ventricular Esquerda	589 g	94 a 275 g
Relação Massa / Superfície Corporal	344,15 g/m ²	
Percent Encurt. Cavidade	20 %	-
Relação Septo / PPVE	1,00	< 1,3
Volume Diastólico Final	255 ml	73 a 156 ml
Volume Sistólico	102 ml	54 a 99 ml
Relação Volume / Massa	0,50 ml/g	0,45 a 0,50 ml/g
Volume Sistólico Final	154 ml	18 a 57 ml

Figura 6- confirmando diagnóstico ECORCADIOGRAFIA 08/07/2020

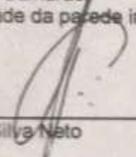
Luiz Alberto Duarte	
Parâmetros Descritivos	
Insuficiência Aórtica de Grau Leve.	
Insuficiência Mitral Leve.	
Disfunção sistólica mmoderada;	
Disfunção diastólica restritiva;	
Aumento das 4 Câmaras;	
Hipocontratibilidade da parede inferior e infero lateral (Possivelmente de origem isquêmica).	
	
Dr. Drazimbo Silva Neto CRM: 700	

Figura 7- imagenes del ecocardiograma

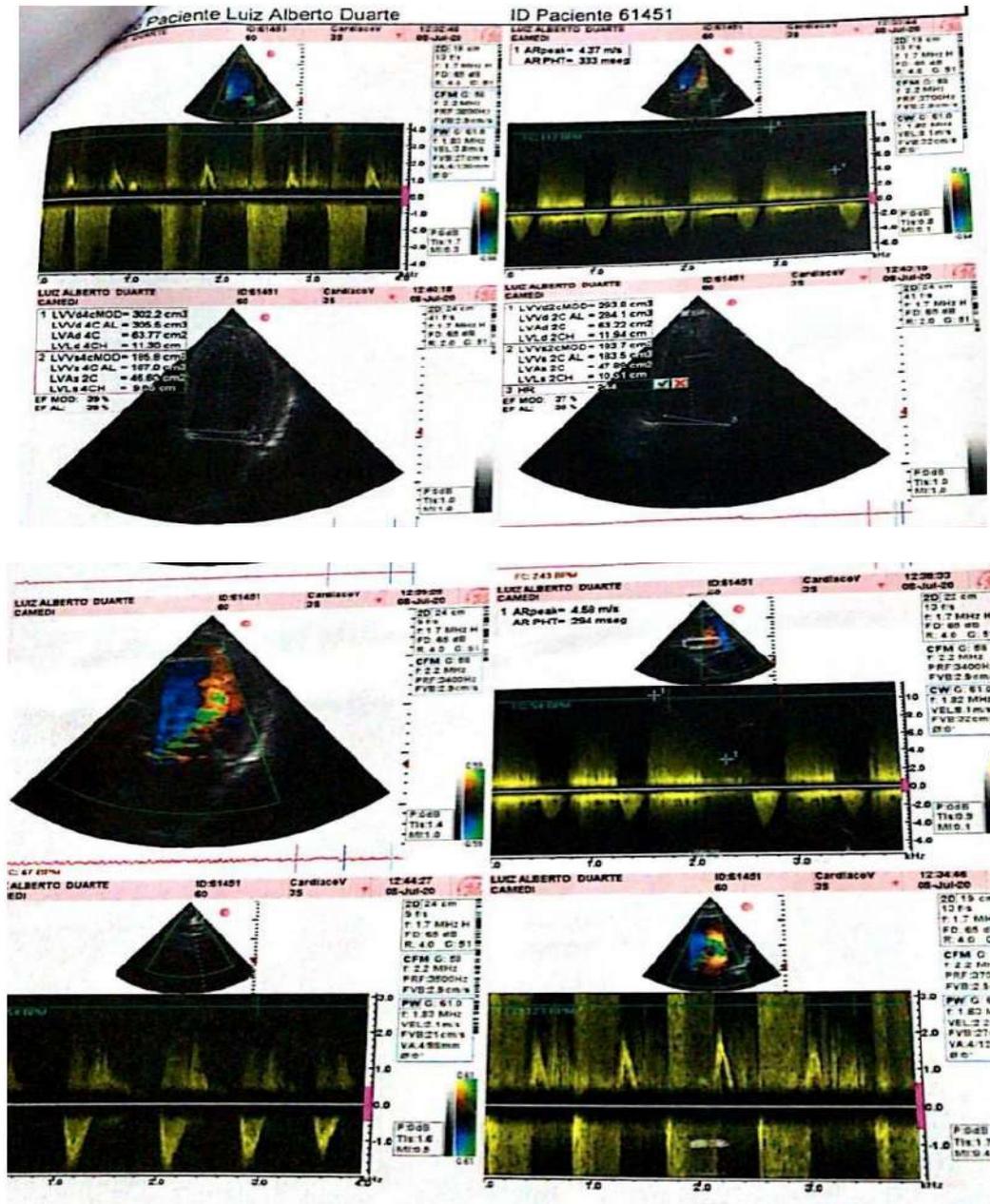


Figura 8- ecocardiograma con aumentos en las estructuras cardiacas en relación al examen anterior

MEDIDAS	
Ritmo: irregular	DDVD: 20 mm
AO: 54 mm	SIV: 16 mm
AE: 58 mm	PPVE: 14 mm
DDVE: 84 mm	FEVE: 42 % (VN: >55%)*
DSVE: 65 mm	Δ D: 22 % (VN: >30%)

Figura 9- conclusión en ecocardiograma que confirma aumentos estructurales y insuficiencia

CONCLUSÕES
Aumento importante do átrio esquerdo.
Aumento importante do ventrículo esquerdo.
Hipertrofia ventricular esquerda moderada, excêntrica e desadaptada.
Disfunção sistólica moderada à custa de hipocinesia difusa.
Insuficiência mitral moderada.
Insuficiência aórtica importante.
Insuficiência tricúspide discreta.
Hipertensão pulmonar discreta.
Ectasia da aorta na raiz e na porção ascendente.