



INSUFICIENCIA CARDÍACA: RETOS Y DESAFÍOS

Autores: J.N García Pascual¹, A. Junco Carreño², S. Aldea Bravo³

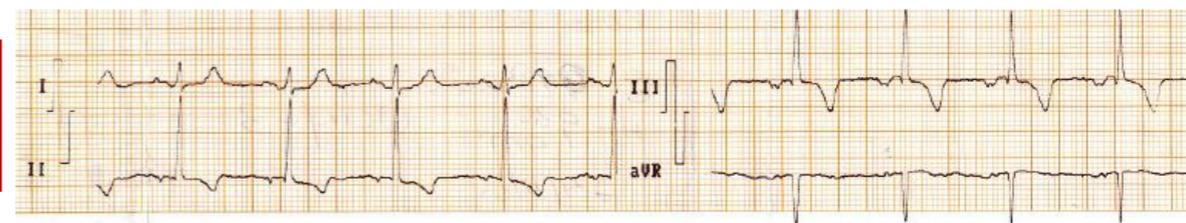
Centro de Trabajo: 1 Médico de Familia. Centro de Salud Arganda Felicidad. Arganda del Rey. Madrid .2.Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arganda Felicidad. Arganda del Rey. Madrid. 3. Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arganda Felicidad. Arganda del Rey.

Motivo de consulta: dolor torácico y disnea

Historia clínica: Varón de 57 años, antecedentes de alergia a penicilina, dislipemia, prostatectomía radical por neoplasia de próstata, gota e hipoacusia crónica. Acude a Urgencias 10 días antes de su ingreso diagnosticándole de *posible cólico biliar*, pero el paciente empeora, apareciendo *disnea progresiva con ortopnea, oliguria, sensación de opresión torácica*, se diagnostica de primer episodio de Insuficiencia cardíaca con insuficiencia renal, hígado de estasis secundario y trombos intraventriculares. Ingresa para estudio y tratamiento.

EF: Auscultación pulmonar: crepitantes en bases, edemas en MMII y aumento de tamaño del abdomen, resto normal

ECG RS a 84 lpm. Extrasístoles ventriculares, T negativas en II, III, AVF, V4-V6.



ETT presenta VI dilatado con FEVI severamente reducida (15-20%) y trombo en ápex; Aurícula izquierda severamente dilatada; Insuficiencia mitral moderada; Insuficiencia tricúspide leve y derrame pericárdico moderado

Evolución: Durante el ingreso presenta:

1. Shock Cardiogénico
2. Síndrome coronario agudo
3. Tromboembolismo pulmonar
4. Infartos pulmonares
5. Disfunción biventricular severa con trombos intraventriculares
6. Ictus cardioembólico en territorio vertebro basilar
7. Ictus esplénico y renal izquierdo

La Insuficiencia cardiaca aguda es la primera causa de hospitalización en sujetos ancianos, no por ello debemos olvidar su diagnóstico en la población más joven, los reingresos se producen durante las primeras semanas siguientes al alta, lo que nos obliga a vigilar estrechamente al paciente. Se trata de una enfermedad con un curso progresivo y letal. La muerte es debida a fallo de bomba o a arritmias ventriculares. La tasa de mortalidad se sitúa en torno al 65% a los 5 años , el pronóstico ha mejorado con los avances terapéuticos