



Mi Universidad

Nombre del Alumno: López Porraz Danna Paola

Nombre del tema: Insuficiencia Cardíaca Congestiva

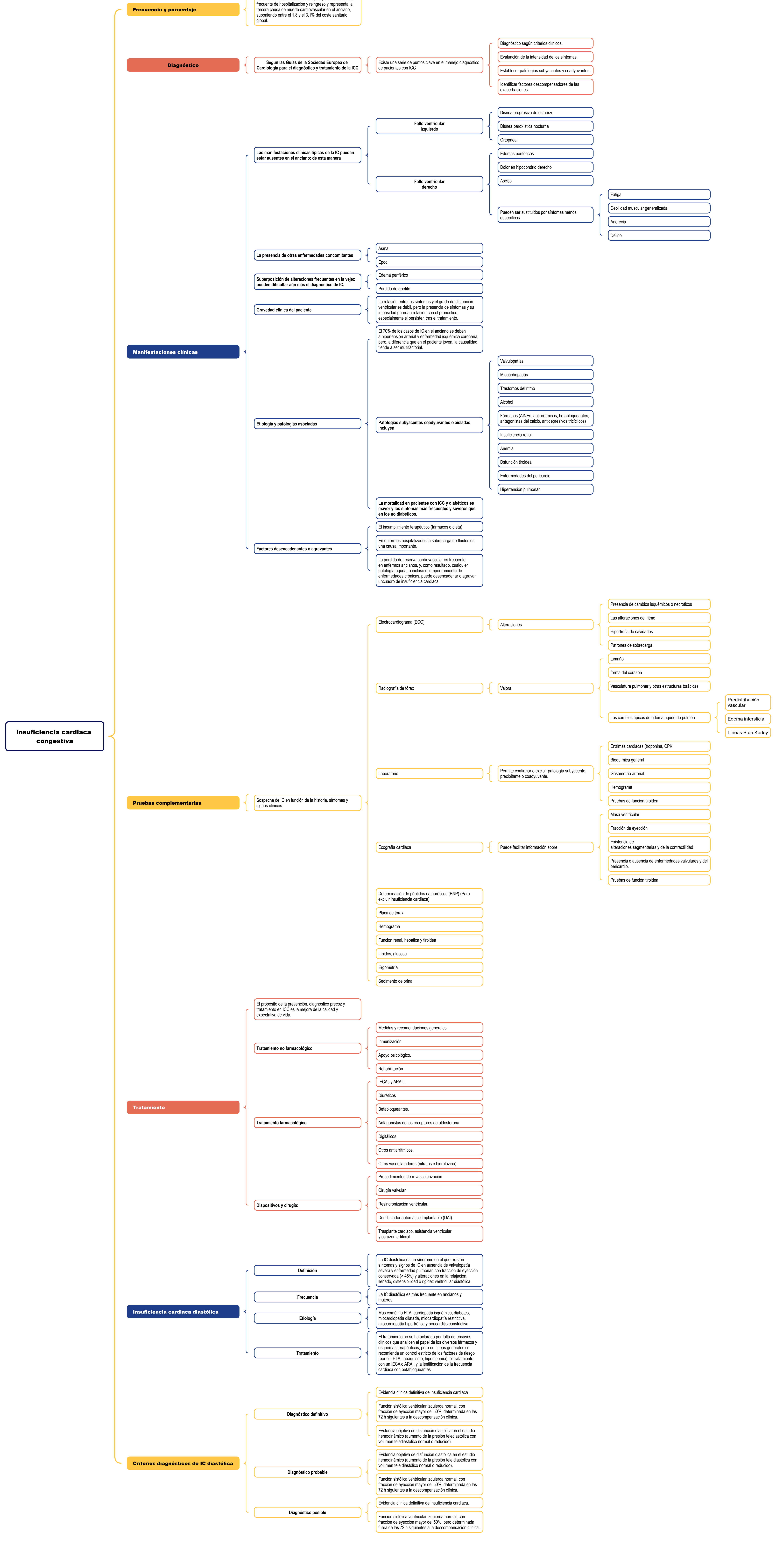
Parcial: I

Nombre de la Materia: Patología del adulto

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morles Hernandez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6to



Frecuencia y porcentaje

La insuficiencia cardiaca crónica (ICC) es el motivo más frecuente de hospitalización y reingreso y representa la tercera causa de muerte cardiovascular en el anciano, suponiendo entre el 1.8 y el 3.1% del coste sanitario global.

Diagnóstico

Según las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología para el diagnóstico y tratamiento de la ICC

Existe una serie de puntos clave en el manejo diagnóstico de pacientes con ICC

- Diagnóstico según criterios clínicos.
- Evaluación de la intensidad de los síntomas.
- Establecer patologías subyacentes y coadyuvantes.
- Identificar factores descompensadores de las exacerbaciones.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas típicas de la IC pueden estar ausentes en el anciano, de esta manera

- Fallo ventricular izquierdo**
 - Disnea progresiva de esfuerzo
 - Disnea paroxística nocturna
 - Ortopnea
- Fallo ventricular derecho**
 - Edemas periféricos
 - Dolor en hipocondrio derecho
 - Ascitis

- Fatiga
- Debilidad muscular generalizada
- Anorexia
- Delirio

La presencia de otras enfermedades concomitantes

- Asma
- Epoc

Superposición de alteraciones frecuentes en la vejez pueden dificultar aún más el diagnóstico de IC.

- Edema periférico
- Pérdida de apetito

Gravedad clínica del paciente

La relación entre los síntomas y el grado de disfunción ventricular es débil, pero la presencia de síntomas y su intensidad guardan relación con el pronóstico, especialmente si persisten tras el tratamiento.

El 70% de los casos de IC en el anciano se deben a hipertensión arterial y enfermedad isquémica coronaria, pero, a diferencia que en el paciente joven, la causalidad tiende a ser multifactorial.

Etiología y patologías asociadas

Patologías subyacentes coadyuvantes o aisladas incluyen

- Valvulopatías
- Miocardiopatías
- Trastornos del ritmo
- Alcohol
- Fármacos (AINEs, antiarrítmicos, betabloqueantes, antagonistas del calcio, antidepresivos tricíclicos)
- Insuficiencia renal
- Anemia
- Dafunción tiroidea
- Enfermedades del pericardio
- Hipertensión pulmonar.

Factores desencadenantes o agravantes

- La mortalidad en pacientes con ICC y diabéticos es mayor y los síntomas más frecuentes y severos que en los no diabéticos.
- El incumplimiento terapéutico (fármacos o dieta)
- En enfermos hospitalizados la sobrecarga de fluidos es una causa importante.
- La pérdida de reserva cardiovascular es frecuente en enfermos ancianos, y como resultado, cualquier patología aguda, o incluso el empeoramiento de enfermedades crónicas, puede desencadenar o agravar un cuadro de insuficiencia cardiaca.

Pruebas complementarias

Sospecha de IC en función de la historia, síntomas y signos clínicos

Electrocardiograma (ECG)

- Alteraciones
 - Presencia de cambios isquémicos o necróticos
 - Las alteraciones del ritmo
 - Hipertrofia de cavidades
 - Patrones de sobrecarga.

Radiografía de tórax

- Valora
 - tamaño
 - forma del corazón
 - Vasculatura pulmonar y otras estructuras torácicas

- Predistribución vascular
- Edema intersticia
- Líneas B de Kerley

Laboratorio

- Permite confirmar o excluir patología subyacente, precipitante o coadyuvante.
 - Enzimas cardiacas (troponina, CPK)
 - Bioquímica general
 - Gasometría arterial
 - Hemograma
 - Pruebas de función tiroidea

Ecografía cardiaca

- Puede facilitar información sobre
 - Masa ventricular
 - Fracción de eyección
 - Existencia de alteraciones segmentarias y de la contractilidad
 - Presencia o ausencia de enfermedades valvulares y del pericardio.
 - Pruebas de función tiroidea

- Determinación de péptidos natriuréticos (BNP) (Para excluir insuficiencia cardiaca)
- Placa de tórax
- Hemograma
- Funcion renal, hepática y tiroidea
- Lípidos, glucosa
- Ergometría
- Sedimento de orina

Tratamiento

El propósito de la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento en ICC es la mejora de la calidad y expectativa de vida.

Tratamiento no farmacológico

- Medidas y recomendaciones generales.
- Inmunización.
- Apoyo psicológico.
- Rehabilitación

Tratamiento farmacológico

- IECAs y ARA II.
- Diuréticos
- Betabloqueantes.
- Antagonistas de los receptores de aldosterona.
- Digitalicos
- Otros antiarrítmicos.
- Otros vasodilatadores (nitratos e hidralazina)

Dispositivos y cirugía:

- Procedimientos de revascularización
- Cirugía valvular.
- Resincronización ventricular.
- Desfibrilador automático implantable (DAI).
- Trasplante cardiaco, asistencia ventricular y corazón artificial.

Insuficiencia cardiaca diastólica

Definición

La IC diastólica es un síndrome en el que existen síntomas y signos de IC en ausencia de valvulopatía severa y enfermedad pulmonar, con fracción de eyección conservada (> 45%) y alteraciones en la relajación, llenado, distensibilidad o rigidez ventricular diastólica.

Frecuencia

La IC diastólica es más frecuente en ancianos y mujeres

Etiología

Mas común la HTA, cardiopatía isquémica, diabetes, miocardiopatía dilatada, miocardiopatía restrictiva, miocardiopatía hipertrofica y pericarditis constrictiva.

Tratamiento

El tratamiento no se ha aclarado por falta de ensayos clínicos que analicen el papel de los diversos fármacos y esquemas terapéuticos, pero en líneas generales se recomienda un control estricto de los factores de riesgo (por ej. HTA, tabaquismo, hiperlipemia), el tratamiento con un IECA o ARAII y la identificación de la frecuencia cardiaca con betabloqueantes

Criterios diagnósticos de IC diastólica

Diagnóstico definitivo

- Evidencia clínica definitiva de insuficiencia cardiaca
- Función sistólica ventricular izquierda normal, con fracción de eyección mayor del 50%, determinada en las 72 h siguientes a la descompensación clínica.
- Evidencia objetiva de disfunción diastólica en el estudio hemodinámico (aumento de la presión telediastólica con volumen telediastólico normal o reducido).

Diagnóstico probable

- Evidencia objetiva de disfunción diastólica en el estudio hemodinámico (aumento de la presión tele diastólica con volumen tele diastólico normal o reducido).
- Función sistólica ventricular izquierda normal, con fracción de eyección mayor del 50%, determinada en las 72 h siguientes a la descompensación clínica.

Diagnóstico posible

- Evidencia clínica definitiva de insuficiencia cardiaca.
- Función sistólica ventricular izquierda normal, con fracción de eyección mayor del 50%, pero determinada fuera de las 72 h siguientes a la descompensación clínica.