



Mi Universidad

Cuadro sinóptico

Nombre del Alumno: Ana Paola Lopez Hernández

Nombre del tema: Insuficiencia cardiaca congestiva

Parcial: 1.er parcial

Nombre de la Materia: Patología del adulto

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6to cuatrimestre

Fecha y lugar de trabajo: 25/05/2024

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

¿Qué es?

es fundamentalmente una enfermedad de ancianos (la edad media de los pacientes con IC en Europa es de 74 años) debido, por un lado, a la mejora en las terapias contra la hipertensión y la cardiopatía isquémica, lo que propicia una mayor supervivencia tras infarto de miocardio (IAM) sólo para desarrollar IC más adelante, y, por otro, al envejecimiento de la población

Diagnostico

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

Manifestaciones clínicas

IC izquierda

- Disnea progresiva de esfuerzo
- Disnea paroxística nocturna
- ortopnea

IC derecha

- Edemas periféricos
- Dolor en hipocondrio derecho
- ascitis,
- Fatiga
- Delirio
- anorexia

Criterios diagnósticos de IC (sociedad Europea de cardiología)

1. Síntomas de IC (en reposo o con ejercicio): disnea, edema, fatiga.
2. Evidencia de disfunción cardiaca (preferiblemente por ecocardiografía), sistólica o diastólica (en reposo), y en casos dudosos.
3. Mejoría con tratamiento para IC.

Criterios de Framingham para diagnóstico de IC

Criterios mayores	Criterios menores
Disnea paroxística nocturna.	Edema en piernas.
Ortopnea.	Tos nocturna.
Ingurgitación yugular.	Disnea de esfuerzo.
Crepitantes.	Hepatomegalia.
Tercer tono.	Derrame pleural.
Cardiomegalia radiológica.	Frecuencia cardiaca >120.
Edema pulmonar radiológico.	Pérdida de más de 4,5 kg tras 5 días de tratamiento.

* Para el diagnóstico de IC son necesarios dos criterios mayores o uno mayor y dos menores.

Clasificación según la NYHA

Tabla 3. Clasificación según la NYHA

Clase	Síntomas
I	Sin limitaciones en la actividad física.
II	La actividad física habitual causa disnea, cansancio o palpitaciones.
III	Gran limitación en la actividad física. Sin síntomas en reposo, pero cualquier actividad física provoca los síntomas.
IV	Incapacidad para realizar actividad física, síntomas incluso en reposo.

NYHA: New York Heart Association.

Etiología

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.

Patologías asociadas

- Valvulopatías - miocardiopatías - fármacos (AINEs - Antiarrítmicos
- Betabloqueantes - antagonistas del calcio
- antidepresivos tricíclicos) - insuficiencia renal
- anemia - disfunción tiroidea
- enfermedades del pericardio e hipertensión pulmonar

Factores desencadenantes o agravantes

- El incumplimiento terapéutico (fármacos o dieta)
- La pérdida de reserva cardiovascular es frecuente en enfermos ancianos, y, como resultado, cualquier patología aguda, o incluso el empeoramiento de enfermedades crónicas

Pruebas complementarias

Electrocardiograma

La presencia de cambios isquémicos o necróticos, las alteraciones del ritmo, la hipertrofia de cavidades y los patrones de sobrecarga

Radiografía de tórax

Permite valorar el tamaño y forma del corazón, vasculatura pulmonar y otras estructuras torácicas.

Laboratorio

La realización, cuando esté indicada, de enzimas cardiacas (troponina, CPK), bioquímica general, gasometría arterial, hemograma y pruebas de función tiroidea

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Pruebas complementarias

Ecografía cardiaca

Un ecocardiograma puede facilitar información sobre la masa ventricular, la fracción de eyección, la existencia de alteraciones segmentarias y de la contractilidad, y presencia o ausencia de enfermedades valvulares y del pericardio.

Otras pruebas complementarias

- Ecografía transesofágica
- Resonancia magnética
- Gammagrafía ventricular

Tratamiento

Se trata de reducir los síntomas, aumentar la tolerancia al esfuerzo, disminuir las hospitalizaciones y reingresos, mejorar la experiencia de enfermos y cuidadores al final de la vida y aumentar la supervivencia media, reduciendo al mínimo los efectos secundarios y complicaciones propios de las medidas terapéuticas propuestas.

Tratamiento no farmacológico

Educación de enfermos, familiares y cuidadores

Viajes

Pueden viajar, incluso largas distancias, pero evitando la inmovilidad prolongada y la deshidratación (se les aconsejará que anden, realicen ejercicios y beban regularmente).

(Vida sexual)

Los pacientes con ICC pueden mantener relaciones sexuales dentro de las limitaciones que marcan sus síntomas

Tabaco

Se recomendará la obtención

Ejercicio físico

La realización de programas de ejercicio físico en clases funcionales II y III produce una mejoría de síntomas como la disnea y fatiga, y una reducción en las tasas de mortalidad y reingreso.

Control de peso

Debe evitarse el sobrepeso y la obesidad con el fin de reducir el trabajo cardiaco, disminuir la tensión arterial y mejorar el control lipémico. Los pacientes han de pesarse diariamente y el tratamiento diurético se ha de revisar cuando aparezcan cambios inesperados en el peso (aumento o pérdida de 2 kg en 3 días).

Alimentación

la caquexia es una complicación común en la ICC que se acompaña de pérdida de masa muscular y tejido adiposo. Se recomienda hacer varias comidas a lo largo del día para evitar náuseas y dispepsia.

Consumo de sal y líquidos

Es aconsejable reducir la cantidad de sal usada al cocinar, evitar platos preparados y los sustitutos de la sal.

Alcohol

Se permite el consumo de alcohol (una cerveza o una o dos copas de vino al día), excepto en la miocardiopatía alcohólica en que se recomienda la abstinencia absoluta.

Inmunización

Se recomienda la vacunación antigripal (anual) y neumocócica (tan sólo una vez)..

Apoyo psicológico

La depresión es frecuente en ICC y debe ser tratada activamente. Es importante recordar que algunos fármacos antidepresivos pueden producir retención de líquidos y alteraciones del ritmo cardiaco.

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Tratamiento farmacológico

El uso de fármacos en ICC debe ser adaptado a cada paciente. Los pacientes incluidos en ensayos clínicos en ICC que han dado lugar al desarrollo de guías clínicas no son representativos de aquellos que se atienden en la «práctica clínica diaria de un geriatra.

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS)

¿ Quienes la deben recibir?

Todos los pacientes con una función ventricular izquierda inferior al 45% y sin contraindicaciones absolutas (estenosis bilateral de arteria renal, insuficiencia renal progresiva o hiperpotasemia severa o mantenida, shock séptico o edema angioneurótico previo con IECAs)

Dosis inicial

La dosis inicial de IECAs debe ser incrementada a intervalos de dos semanas hasta alcanzar la dosis máxima tolerada o la dosis de mantenimiento utilizada en ensayos clínicos.

Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARAII)

Deben utilizarse en pacientes con disfunción ventricular izquierda e intolerancia a IECAs o en combinación con estos últimos (bajo estrecha vigilancia de efectos secundarios) cuando persistan los síntomas a pesar de haber optimizado el tratamiento. La introducción del tratamiento también debe ser progresiva.

Betabloqueantes (BB)

¿ Quienes la deben recibir?

Deben utilizarse en pacientes con disfunción ventricular izquierda tratados con diuréticos e IECAs, independientemente de que tengan síntomas o no, puesto que reducen las hospitalizaciones y disminuyen la progresión de la enfermedad.

Dosis inicial

Se inician a dosis bajas en pacientes estables y titulan lentamente, valorándose el estado clínico del paciente, su ritmo cardiaco y tensión arterial. Las dosis más bajas también reducen la mortalidad; por ello, debe considerarse el principio de «poco es mejor que nada.

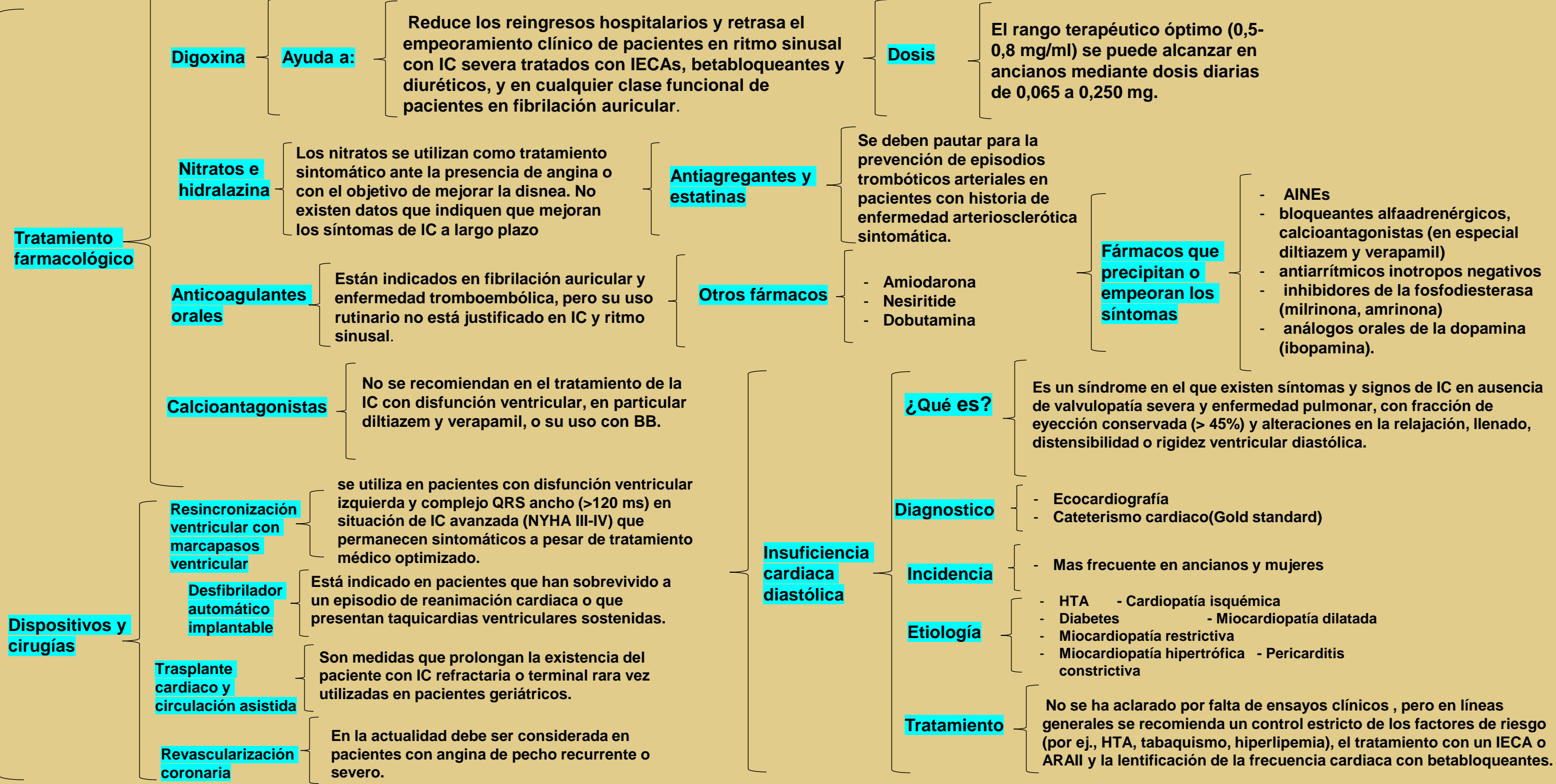
Diuréticos del asa y tiazidas)

Su indicación es el tratamiento de los síntomas de congestión y retención hidrosalina, ya que no tienen efecto sobre el pronóstico de la enfermedad.

Dosis inicial

se recomienda iniciar el tratamiento a dosis bajas (20-40 mg de furosemida/día) y modificar la dosis según la respuesta diurética para conseguir una pérdida de peso de 0,5 a 1 kg/día.

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA



BIBLIOGRAFIA

- [file:///C:/Users//Downloads/S35-05%2030 III%20\(2\).pdf](file:///C:/Users//Downloads/S35-05%2030 III%20(2).pdf) .