# Ensayo

*Nombre del Alumno: Lesly Vázquez Mazariegos*

*Nombre del tema : insuficiencia cardiaca congestiva*

*Parcial 1*

*Nombre de la Materia :patología del adulto*

*Nombre del profesor : Felipe Antonio Morales Hernández*

*Nombre de la Licenciatura : enfermería*

*Cuatrimestre 6*

# INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

## ¿Que es ?

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, la ICC es fundamentalmente una enfermedad de ancianos (la edad media de los pacientes con IC en Europa es de 74 años)

Debido a la mejora en las terapias contra la hipertensión y la cardiopatía isquémica, ah proporcionado una mayor supervivencia tras infarto de miocardio (IAM) sólo para desarrollar IC más adelante, y, por otro, al envejecimiento de la población.

## Diagnóstico

puntos clave en el manejo diagnostico de pacientes con ICC:

Diagnóstico según criterios clínicos. VI
- Evaluación de la intensidad de los síntomas.
- Establecer patologias 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, la disnea progresiva de esfuerzo, disnea paroxística nocturna y la ortopnea, que suelen indicar fallo ventricular izquierdo, o los edemas periféricos, dolor en hipocondrio derecho y ascitis, frecuentes en fallo ventricular derecho, pueden ser sustituidos por síntomas menos específicos, como la fatiga, debilidad muscular gene-ralizada, la anorexia o el delirio.

#### 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 pronósti-Co, especialmente si persisten tras el tratamiento.

##### Clasificación

Los grupos A y B son pacientes asintomáti-cos, sin alteraciones estructurales cardiacas

el grupo C son pacientes sintomáticos con patología estructural cardiaca

El grupo D pacientes en situación de enfermedad avanzada o terminal.

## Pruebas complementarias

La insuficiencia cardiaca debe completarse mediante pruebas más objetivas que ayuden a confirmar o excluir la existencia de IC faciliten su seguimiento y respuesta al tratamiento, y evidencien patologías subyacentes, precipitantes o coadvuvantes.

### Electrocardiograma

Entre las alteraciones electrocardiográficas que se pueden encontrar en IC se incluyen: 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, vascu latura pulmonar y otras estructuras torácicas.

### Laboratorio

La realización, cuando esté indica , de enzimas cardiacas (troponina , CPK), bioquímica general,gasómetría arterial , hemograma y pruebas de función tiroidea permite confirmar o excluir patología subyacente precipitante o coadyuvante

### Ecografía cardiaca

La ecocardiografía es la prueba complementaria más importante en la evaluación de pacientes en los que se sospecha IC. Permite confirmar el diagnóstico y poner manifiesto causas subyacentes. Un eco cardiograma 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

## Tratamiento

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

La educación de enfermos, familiares y cuidadores es pieza fundamental en el tratamiento de la ICC. Los pacientes cumplen mejor con el tratamiento si entienden su insuficiencia cardiaca y la lógica de éste. De este modo, se debe ofrecer información sobre el nombre, dosis, hora y ruta de toma de los fármacos pautados, exponer los posibles efectos secundarios, la importancia del cumplimiento terapéutico y la posibilidad de que no la meioría en síntomas, si aparece, pueda ser lenta y parcial.

#### Clasificación

Viajes : la mayoría de los pacientes pueden viajar, incluso largas distancias, pero evitando la inmovilidad prolongada y la deshidratación (se les aconsejará que anden, realicen ejercicios y beban regularmente). Deben recordar la necesidad de ajustar la terapia diurética en función de la humedad y temperatura de la zona visitada.

Vida sexual: los pacientes con ICC pueden mantener relaciones sexuales dentro de las limitaciones que marcan sus síntomas. Les recordaremos que tanto los síntomas como los fármacos que se usan pueden disminuir la libido

Tabaco: se recomienda la abstención.

Ejercicio físico: la inactividad lleva al descondicionamiento físico y, como consecuencia, a un empeoramiento de los síntomas y de la capacidad física. 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. En clase IV debe guardarse reposo.

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 rocomenda la vacunación anti gripal (anual) y neumocócica (tan sólo una vez).

Control del peso: debe evitarse el sobrepeso y la obesidad con el fin de reducir el trabajo cardiaco, disminuir la tensión arterial y mejorar el con-trol lipémico.

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.

#### 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 apráctica clínica diaria de un geriatrax, puesto que la edad media está por debajo de los 75 años y se tiende a excluir pacientes institucionalizados y con comorbilidad neurológica, renal, hepática o respiratoria. Debemos considerar referir a un especialista en cardiología a aquellos enfermos con cardiopatía isquémica en que podría estar indicada la revascularización (intervenciones por cateterismo cardiaco y/o cirugía abierta), pacientes con enfermedad valvular cardiaca que precisen de intervención quirúrgica.

Inhibidores de la enzima convertidota de angio-tensina (IECAs). Todos los pacientes con una función ventricular izquierda inferior al 45% y sin contraindicaciones absolutas

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.

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

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.

## Fármacos

Digoxina. Reduce los reingresos hospitalarios y retrasa el empeoramiento clínico de pacientes en ritmo sinusal con IC severa tratados con IECAs, betabloqueantes y diuréticos, y en cualquier clase funcional de pacientes en fibrilación auricular.alto

Anticoagulantes orales. Están indicados en fibrilación auricular y enfermedad tromboembólica, pero su uso rutinario no está justificado en IC y ritmo sinusal.

Antiagregantes y estatinas. Se deben pautar para la prevención de episodios trombóticos arteriales en pacientes con historia de enfermedad arteriosclerótica sintomática.

Nitratos e hidralazina. Los nitratos se utilizan como tratamiento sintomático ante la presencia de angina o con el obietivo de meiorar la disnea. No existen datos que indiquen que meioran los síntomas de IC a largo plazo.

**Fármacos que precipitan o empeoran los síntomas y que, por tanto, hemos de evitar en lo posible en pacientes con ICC,**

Calcioantagonistas. No se recomiendan en el tratamiento de la IC con disfunción ventricular, en particular ditiazem y verapamil, o su uso con BB.

incluyen los AINES, bloqueantes alfaadrenérgicos, calcioantagonistas (en especial diltiazem y verapamil), antiarrítmicos inotropos negativos, inhibidores de la fosfodies-terasa (milrinona, amrinona) y análogos orales de la dopamina (ibopamina).

## Dispositivos y cirugía

Resincronización ventricular con marcapasos bilateral: se utiliza en pacientes con disfunción ventricular izquierda y complejo QRS ancho
(>120 ms) en situación de IC avanzada (NYHA ii-IV que permanecen sintomáticos a pesar de tratamiento médico optimizado.

Desfibrilador automático implantable: está indicado en pacientes que han sobrevivido a un episodio de reanimación cardiaca o que presentan taquicardias ventriculares sostenidas mal toleradas o asociadas a disfunción ventricular con fracción de eyección menor del 35% y en clase funcional ii-iii (NYHA).

Trasplante cardiaco y circulación asistida son medidas que prolongan la existencia del paciente con IC refractaria o terminal rara vez utilizadas en pacientes geriátricos, debido a la necesidad de tratamiento inmunosupresor y seguimiento intensivo con múltiples visitas al hospital.

El papel de la revascularización coronaria todavía no está claro en IC y es objetivo de ensayos clínicos

## Insuficiencia cardiaca diastólica

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.

La IC diastólica es más frecuente en ancianos y mujeres, siendo su etiología más común la HTA, cara diopatía isquémica, diabetes, miocardiopatía dilatada, miocardiopatía restrictiva, miocardiopatía hipertrófica y/o 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 ejemplo HTA, tabaquismo, hiperlipemia), el tratamiento con un IECA o ARAII y la tentificación de la frecuencia cardiaca con betabloqueantes.

#### Diagnósticos

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 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

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 72h siguientes a la descompensación clínica.

Presented with xmind