INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA (ICC)

KAREN BOHORQUEZ

KELVER BADILLO

ENFERMERIA

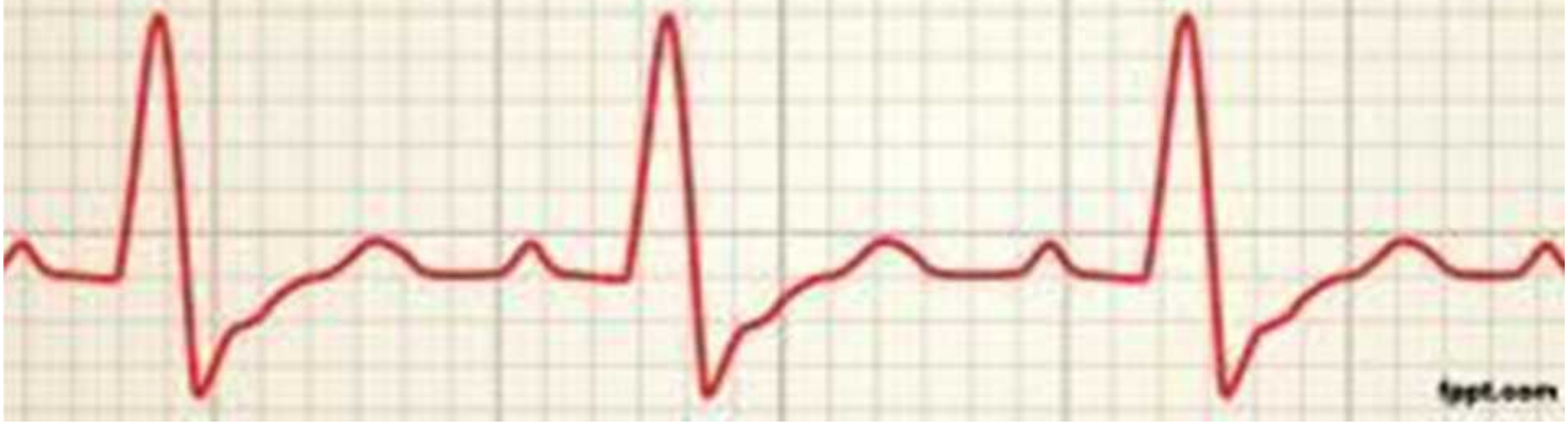
UNISANGIL
SEDE YOPAL

La ICC es el motivo más frecuente de hospitalización y reingreso y representa la tercera causa de muerte cardiovascular.

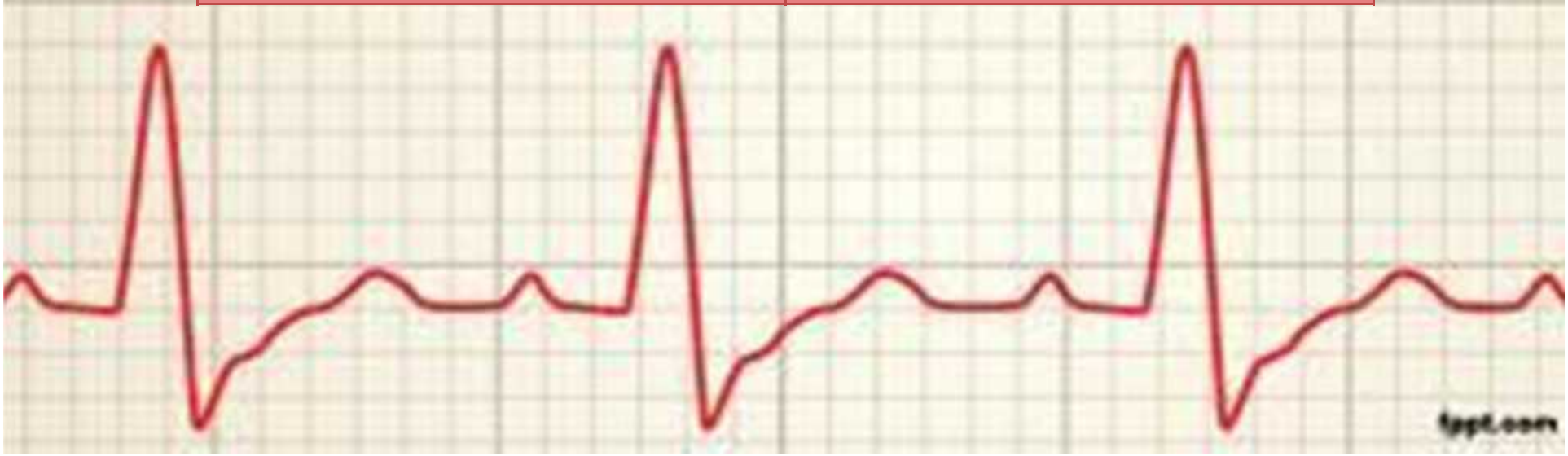
La ICC es fundamentalmente una enfermedad de ancianos, la edad media de los pacientes con ICC en América latina es de 74 años.

La ICC se acompaña de deterioro físico, funcional, mental y social, con un empeoramiento significativo de la calidad de vida

La disnea y el edema en miembros inferiores son los dos criterios más usados en el diagnóstico de ICC



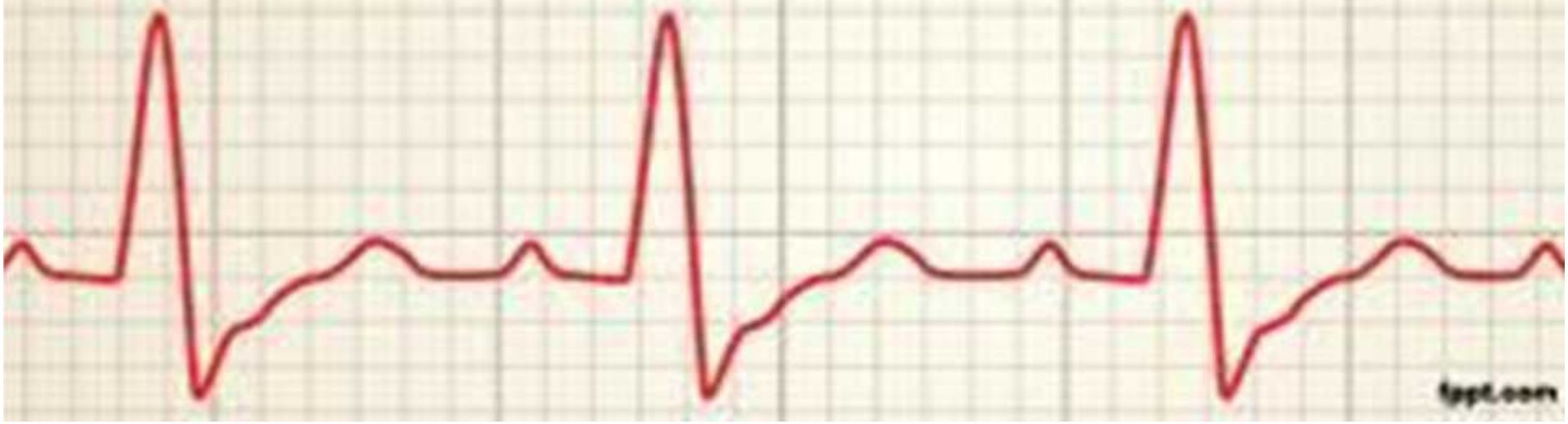
Asociación Americana de Cardiología	La OMS
Se define insuficiencia cardiaca congestiva como la alteración estructural y funcional del corazón que incapacita al ventrículo en su llenado o capacidad de eyección.	define la insuficiencia cardiaca congestiva o Cor Pulmonale como la hipertrofia del ventrículo derecho resultante de una enfermedad que afecta la función o estructura del pulmón.

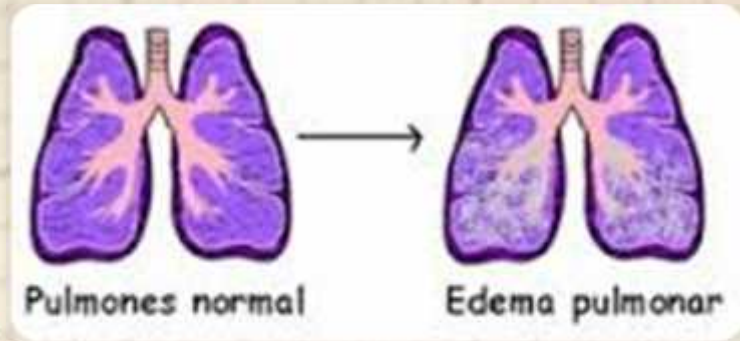


Diagnóstico

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.





Limitación al ejercicio / Retención de líquidos

Disnea

estratificación de la disnea Según los criterios de la asociación De Nueva York

clase cuatro el paciente que hace disnea con el aseo personal

clase tres con menos del ejercicio cotidiano o caminar en plano

clase dos con el ejercicio cotidiano o subir dos pisos

clase uno en la que aparece la disnea con ejercicio fuerte

Criterios Diagnósticos ICC

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.

Critérios de Framingham para diagnóstico de ICC	
Criterios Mayores	Criterios Menores
Disnea paroxística nocturna	Edema en piernas
Ortopnea	Tos nocturna
Ingurgitación yugular	Disnea de esfuerzo
Crepitantes	Hepatomegalia
Tercer tono	Derrame pleura
Cardiomegalia radiológica	FC >120
Edema pulmonar radiológico	Pérdida de más de 4,5 kg tras 5 días de tratamiento

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.

(valoración de la capacidad funcional del enfermo desde un punto de vista clínico)

Clasificación de la ACC /AHA		
Estadio	Cardiopatía estructural	Síntomas
A	NO(riesgo de IC)	NO
B	SI	NO
C	SI	SI
D	SI	IC refractaria

ACC: American College of Cardiology.
AHA: American Health Association.

En la última revisión de las guías clínicas del ACC/AHA se propuso una clasificación de los pacientes en base al riesgo de desarrollar IC en 4 grupos.

Los grupos A y B son pacientes asintomáticos, el primero sin alteraciones estructurales cardiacas y el segundo con ella

el grupo C son pacientes sintomáticos con patología estructural cardiaca

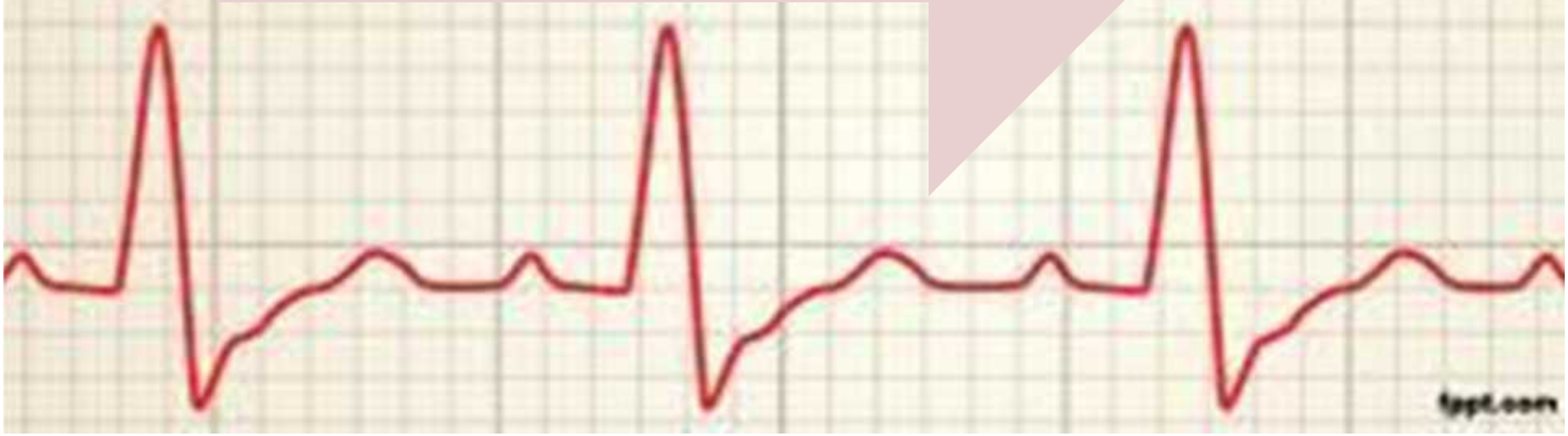
El grupo D pacientes en situación de enfermedad avanzada o terminal.

Causas

la causa más común de insuficiencia cardíaca es la arteriopatia coronaria

La hipertensión arterial que no esté bien controlada

Cardiopatía Congénita -Ataque cardíaco- Valvulopatía cardíaca –Miocarditis- arritmias Cardiacas



Fisiopatología

Función Cardiaca

Mediada por el sistema Nervioso vegetativo

Regulación del gasto cardiaco

1) Contractilidad
2) Precarga
3) Post-carga
4) FC

Mecanismos intrínsecos de La regulación cardiaca

Determina la cantidad de sangre expulsada

Volumen eyección o Volumen sistólico

Gasto cardiaco insuficiente

Incapacidad de Bombear sangre

Puede ser por dificultad

1) Eyección: IC sistólica
2) Llenado: IC diastólica

Alteraciones del retículo Sarcoplasmatico

Modulación intracelular del calcio

Insuficiente Contractibilidad Cardiaca

Disfunción

Sistólica

Decremento en el numero de miocitos o disminución de la función contráctil

Afecta eyección

Diastólica

Pobre relajación del miocardio
Afecta el llenado ventricular

Disminución de la presión arterial

Activa el SRAA

Activación Neurohormonal

Alt. Neurona endocrina

El SRAA
La vasopresina y los peptidos nutriutericos

SISTEMA ADRENERGICO

Estimula El SRAA

Alteran el balance entre

Dism. Función miocárdica

ANG II
ALDOS

Median efectos adversos como:

GASTO CARDIACO

RESISTENCIA PERIFERICA

Aum. actividad simpática

- Aumento FC
- Amento de la contractibilidad cardiaca

- Daño endotelial-vascular
- Incremento de radicales oxidativos
- Efecto mitogeno en miocitos cardiacos

Papel del Ca en Miocitos Cardiacos → La contracción es disparada por el Ca → Ingresa en la fase II o de meseta en el potencial de la acción

Remodelación Cardiaca a

↓

Responsables

- Angiotensina II
- Aldosterona
- Vasopresina
- Citoquinas

Pruebas complementarias ICC

Electrocardiograma	• **la presencia de cambios isquémicos o necróticos** • **alteraciones del ritmo** • **hipertrofia de cavidades** • **patrones de sobrecarga**
Radiografía de tórax	• Valora el tamaño y forma del corazón, vasculatura pulmonar y otras estructuras torácicas • edema agudo de pulmón
Laboratorio	• enzimas cardiacas (troponina, CPK) • gasometría arterial • hemograma y pruebas de función tiroidea
ecocardiografía	• masa ventricular • la fracción de eyección • Existencia de alteraciones segmentarias y de la contractilidad • presencia o ausencia de enfermedades valvulares y del pericardio.

Tratamiento
No Farmacológico

ppt.com

Farmacológico

IECAS tratamiento de primera línea, independientemente del estado sintomático, ya que pueden reducir síntomas, mejorar la calidad de vida y disminuir tanto los ingresos hospitalarios, como la tasa de mortalidad.

ARAII Deben utilizarse en pacientes con disfunción ventricular izquierda e intolerancia a IECAs

Betabloqueantes Deben utilizarse en pacientes con disfunción ventricular izquierda tratados con diuréticos e IECAS, independientemente de que tengan síntomas o no

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

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.

Complicaciones

La presencia de insuficiencia mitral (InsM) en pacientes con IC complica grandemente la evolución, y debe ser especialmente tenida en cuenta.

Estas regurgitaciones ventrículo-atriales son fácilmente diagnosticables con el Ecocardiograma Doppler-color, además de esto edema pulmonar, insuficiencia cardiaca total que conlleva un colapso circulatorio.

puede existir insuficiencia tricuspídea (IT)

Cuidados de Enfermeria

1. Atender la esfera Psicológica padres y pacientes

2. Fisioterapia Respiratoria manteniendo el paciente en posición semifowler , ejercitando las extremidades.

3. Realizar examen físico evaluando periódicamente la aparición de los signos y síntomas de la enfermedad.

4. Mantener las vías aéreas permeables.

5. Monitorear y observar estrictamente los signos vitales (como frecuencia cardíaca, respiratoria y tensión arterial).

6. Valorar cambios respiratorios que son signos de mal pronóstico.

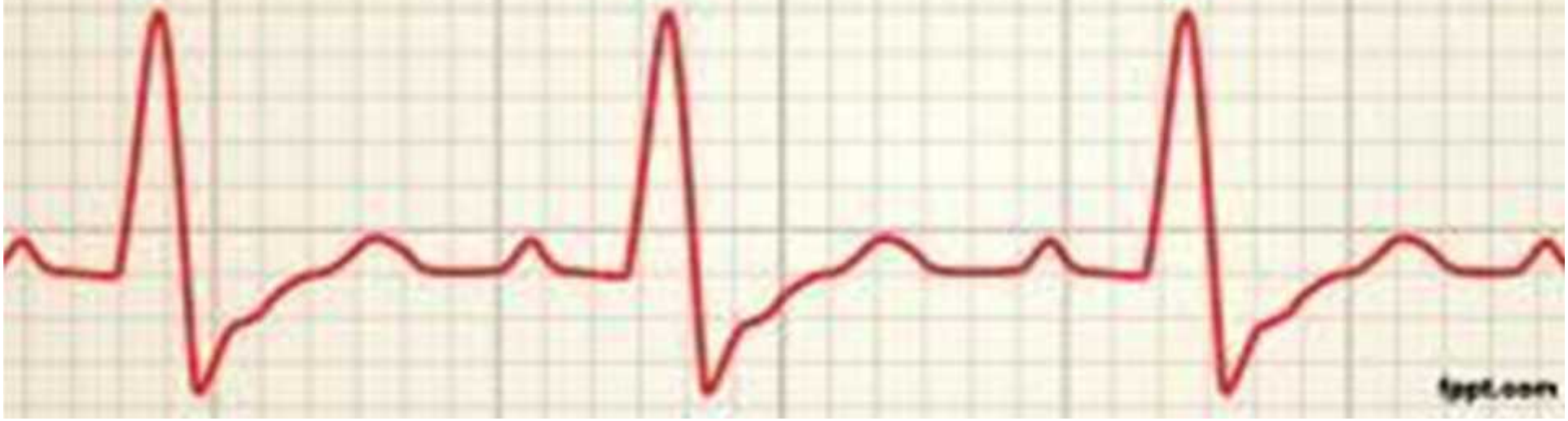
7. Registrar balance hidromineral estricto, pesando al paciente diariamente y restringir los líquidos.

8. Evitar la sedación excesiva, para detectar fluctuaciones de la conciencia y trastornos respiratorios.

9. Ofrecer alimentos con buena presencia, rico en calorías e hiposódica.

10. Realizar aseo de cavidades, mantener la piel seca y limpia para evitar ulceras por presión.

11. Cumplimiento estricto de la terapéutica medicamentosa.



GRACIAS