GOBIERNO REGIONAL
LA LIBERTAD

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Resolución Directoral

Nº 075-2016-GR-LL/GRS/IREN NORTE-DE

Trujillo, 18 de Mayo del año 2016.

VISTO:

El expediente administrativo N° 0001394-2016 que contiene el Informe N° 087-2016-GRLL-GRSS/IRENNORTE/DCC/NORMATIVIDAD de fecha 17 de Mayo de 2016, emitido por el Jefe del Departamento de Control del Cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luís Pinillos Ganoza" IREN-Norte; quien solicita se emita acto resolutivo mediante el cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y;

CONSIDERANDO:

Que, con Ordenanza Regional Nº 021-2006-CR/RLL de fecha 07 de Diciembre del 2006, se crea el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luís Pinillos Ganoza" IREN Norte, ante la clara necesidad pública de descentralizar los servicios médicos oncológicos, a fin de detectar y tratar las enfermedades Neoplásicas y desarrollar acciones de Prevención y Promoción de la Salud;

Que, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luís Pinillos Ganoza" IREN Norte, tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente, a nivel Macro Regional Nor Oriental los servicios de salud de las enfermedades Neoplásicas, y realizar las actividades de investigación y docencias propias del Instituto;

Que, mediante Ley Nº 27658 –Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado— establece que el proceso de modernización de la gestión del Estado tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos a fin de alcanzar un Estado descentralizado y desconcentrado.

Que, el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del IREN aprobado con Ordenanza Regional Nº 027-2008-GR-LL-CR, precisa en el literal k) del Artículo 4º que en coordinación con el INEN se deberá innovar, emitir y difundir permanentemente las normas, guías, métodos, técnicas, indicadores y estándares del manejo en el campo oncológico;

Que, del mismo modo, el Art. 16º del ROF, precisa que el Departamento de Control del Cáncer es el órgano Técnico- Normativo encargado de planificar, proponer las normas y conducir, en el ámbito de su influencia, los procesos de promoción de la salud en el campo oncológico, de prevención de enfermedades Neoplásicas, de epidemiologia, de información para la salud, de investigación en oncología y de la docencia y educación especializada en oncología; así como de conducir la formulación, sistematización y difusión de las normas técnicas oncológicas y de los estándares de calidad de los servicios de salud oncológica a nivel Macro Región Nor-Oriental del Perú, a los que controla técnicamente en cumplimiento a las normas vigentes;

Que, en ese contexto mediante Informe N° 057-2015-DNCC-DICON/INEN suscrito por la Directora Ejecutiva del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos y Director de la Dirección de Control del Cáncer, precisan que el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" tiene la facultad de adoptar las Guías de Practica Clínica Institucional;

Que, en ese orden de ideas mediante documento del visto el Jefe del Departamento de Control del Cáncer solicita se emita acto resolutivo mediante el cual se disponga el uso de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes oncológicos, Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de la Enfermedad neumonía en pacientes oncológico, Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de tuberculosis pulmonar, Guía de Práctica Clínica de Cáncer Hepatocelular, Guía de Práctica Clínica para Diagnostico y Tratamiento de la Enfermedad de Pancreatitis aguda en Pacientes oncológicos, Guía de Práctica Clínica para Diagnostico y Tratamiento de la Hemorragia Digestiva masiva en pacientes oncológicos, Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de la Enfermedad Coronaria Isquémica, Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de la Enfermedad de Insuficiencia Cardiaca, Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de Cardiotoxicidad por Quimioterapia, Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de Neutropenia Febril, Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de Diabetes Mellitus, Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de la Hipoglicemia, Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de Dislipidemias, Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de la Obesidad, Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento del Hipotiroidismo e Pacientes Oncológicos, Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento del Hipertiroidismo e Pacientes Oncológicos, Guía de Práctica Clínica de Estados Hipo glucemicos agudos en diabetes, Guía de Práctica Clínica de estatus convulsivo, Guía de Práctica Clínica de enfermedad coronaria isquémica, Guía de Práctica Clínica de síndromes isquémicos coronarios agudos en el adulto, Guía de Práctica Clínica de trastornos del equilibrio acido base, Guía de Práctica Clínica de shock hipovolemico, Guía de Práctica Clínica de sepsis, Guía de Práctica Clínica de síndrome de distres respiratorio agudo, Guía de Práctica Clínica de insuficiencia respiratoria aguda, Guía de Práctica Clínica de hipertensión endocraneana, Guía de Práctica Clínica para el control de la emesis inducida por quimioterapia, Guía de Práctica Clínica de Diagnostico y Tratamiento de la Metastasis de primario no Determinado;

Que, mediante Decreto Supremo N° 009-2009-MINAM se aprueban las Medidas de Ecoeficiencia para el Sector Publico y que en su Art. 4°, numeral 4.1.1 dispone el uso de dispositivos magnéticos;

En ejercicio a las atribuciones conferidas por la Ley Nº 27783-Ley de Base de la Descentralización, Ley Nº 27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ordenanza Regional Nº 008-2011-GR-LL/CR ROF del GORE-LL, de fecha 16 de Setiembre del 2011, que Modifican el Organigrama Estructural y Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Gobierno Regional de La Libertad, Ordenanza Regional Nº 027-2008-GR-LL/CR que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza"-IREN NORTE, Resolución Ejecutiva Regional Nº 211-2014-GR-LL-PRE, y con las visaciones correspondientes.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el USO de las **GUIAS DE DE PRACTICA CLINICA**, para el Departamento de Atención Médica Especializada, para el Servicio de Medicina Critica, Servicio de Especialidad Médica y de Consultorio Externo, las mismas que se detallan a continuación:

1. Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes oncológicos.
2. Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de la Enfermedad neumonía en pacientes oncológico.
3. Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de tuberculosis pulmonar.
4. Guía de Práctica Clínica de Cáncer Hepatocelular.
5. Guía de Práctica Clínica para Diagnostico Tratamiento de cirrosis hepática.

6. Guía de Práctica Clínica para Diagnostico y Tratamiento de la Enfermedad de Pancreatitis aguda en Pacientes oncológicos.
7. Guía de Práctica Clínica para Diagnostico y Tratamiento de la Hemorragia Digestiva masiva en pacientes oncológicos.
8. Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de la Enfermedad Coronaria Isquémica.
9. Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de la Enfermedad de Insuficiencia Cardiaca.
10. Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de Cardiotoxicidad por Quimioterapia.
11. Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de Neutropenia Febril.
12. Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de Diabetes Mellitus.
13. Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de la Hipoglicemia.
14. Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de Dislipidemias.
15. Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de la Obesidad.
16. Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento del Hipotiroidismo e Pacientes Oncológicos.
17. Guía de Práctica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento del Hipertiroidismo e Pacientes Oncológicos.
18. Guía de Práctica Clínica de Estados Hipo glucemicos agudos en diabetes.
19. Guía de Práctica Clínica de estatus convulsivo.
20. Guía de Práctica Clínica de enfermedad coronaria isquémica.
21. Guía de Práctica Clínica de síndromes isquémicos coronarios agudos en el adulto.
22. Guía de Práctica Clínica de trastornos del equilibrio acido base.
23. Guía de Práctica Clínica de shock hipovolemico.
24. Guía de Práctica Clínica de sepsis.
25. Guía de Práctica Clínica de síndrome de distres respiratorio agudo.
26. Guía de Práctica Clínica de insuficiencia respiratoria aguda.
27. Guía de Práctica Clínica de hipertensión endocraneana.
28. Guía de Práctica Clínica para el control de la emesis inducida por quimioterapia
29. Guía de Práctica Clínica de Diagnostico y Tratamiento de la Metastasis de primario no Determinado.

ARTICULO SEGUNDO: ENCARGAR, la difusión de la presente Resolución al Servicio de Normatividad- Departamento del Control de Cáncer en el marco de la autonomía normativa del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" – IREN Norte

ARTICULO TERCERO: ENCARGAR, a la Responsable de La Unidad de Informática la publicación de la presente resolución en la página Web del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" – IREN Norte, para conocimiento público.

ARTICULO CUARTO: NOTIFICAR, la presente Resolución Directoral y las Guías de Práctica detalladas en el artículo primero, en el modo y forma de ley, teniendo en cuenta lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 009-2009-MINAM.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

MAGV
RNV
UPAE

REGION LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Marco Antonio Gálvez Villanueva
DIRECTOR EJECUTIVO
IREN-NORTE - Dr. Luis Pinillos Ganoza

GERENCIA REGIONAL DE SALUD IREN NORTE

Distribución:

D.A.E	(01)
SSMED.CRT.	(01)
SS. ESP. MED.	(01)
Consultorio Ext.	(01)
Unidad de Informática	(01)
Archivo	

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
"DR. LUIS PINILLOS GANOZA" IREN NORTE

DEPARTAMENTO DE ATENCION MÉDICA ESPECIALIZADA

GUIA DE PRÁCTICA CLINICA DE CARDIOLOGIA:

- **PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD CORONARIA ISQUÉMICA**
- **PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INSUFICIENCIA CARDIACA**
- **PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CARDIOTOXICIDAD POR QUIMIOTERAPIA**

TRUJILLO-PERU

2016

M.C. MARCO GALVEZ VILLANUEVA
Director Ejecutivo del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas

M.C. ROCIO CISNEROS TIPISMANA
Jefe del Departamento de Atención Especializada

M.C. RODRIGO NUÑEZ VILCHEZ
Jefe del Departamento de Control del Cáncer

LIC. CINTHIA YGLESIAS PELÁEZ
Servicio de Normatividad y Control de Servicios Oncológicos

ELABORADO POR:

1. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

ADOPTADO POR:

1. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas “Luis Pinillos Ganoza” - IREN NORTE
2. Departamento de Atención Médica Especializada
3. Departamento de Control del Cáncer
4. Servicio de Normatividad y Control de Servicios Oncológicos

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD CORONARIA ISQUÉMICA

I. FINALIDAD.

Contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad de la Enfermedad Coronaria Isquémica en pacientes oncológicos.

II. OBJETIVO.

Estandarizar criterios de diagnóstico y tratamiento de pacientes oncológicos con Enfermedad Coronaria Isquémica.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Es de aplicación a nivel del Instituto de Enfermedades Neoplásicas. Los Institutos Regionales, y Hospitales que cuenten con servicios oncológicos a nivel nacional pueden aplicarla o citarla como referencia.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD CORONARIA ISQUÉMICA

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

SIE 20

V. CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIÓN.

Es la Expresión clínica de un aspecto continuo dinámico de isquemia miocárdica, donde se pierde el equilibrio entre el aporte y la demanda miocárdica de oxígeno, principalmente debido a la complicación de una placa vulnerable y la formación de un trombo oclusión coronaria.

5.2 ETIOLOGÍA.

a.- Ateroesclerosis Coronaria.

b.- Trombo no oclusivo en placa pre existente.

c.- Obstrucción dinámica (vaso espasmo)

d.- Obstrucción mecánica progresiva.

e.- Inflamación i/o infección isquémica secundaria.

5.3. FISIOPATOLOGÍA.

Responde básicamente a la frecuencia de una placa ateroesclerótica vulnerable que se complica habiendo exposición de material trombogénico subendotelial que activa la las plaquetas circulantes en la sangre ocasionando un proceso de adhesión y luego agregación

paquetearía a la que une las fibras de colágeno organizándose en el trombo que excluye la arteria.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

Es una de las causas más importantes de Morbilidad y Mortalidad en la población económicamente activa sobre todo en las zonas urbanas con mayor desarrollo socio económico y que compromete ambos sexos con ligera predominancia en el sexo masculino y se va incrementando con la edad.

5.5. FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS.

5.5.1 Medio Ambiente

No Aplica

5.5.2. Estilo de Vida.

- Obesidad.
- Inactividad Física
- Dieta Aterogénica

5.5.3. Factores hereditarios

- Historia Familiar de Enfermedad Coronaria prematura.
- Enfermedad coronaria en varones familiares en primer grado 55 años.
- Enfermedad Coronaria en Mujeres Familiares en primer grado 65 años

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y Síntomas

El síntoma más importante es el dolor de pecho o angina, además se puede presentar estos síntomas como:

a.- Pródromos mareos, falta de aire.

b.- Síntomas clásicos: Dolor precordial retroesternal, opresivo irradiado al miembro superior izquierdo, cuello maxilar inferior duración mayor de 20 minutos.

Síntomas asociados:

Dificultad respiratoria, nauseas, vómitos, diaforesis, palpitaciones.

Síntomas Ocasionales:

Sincope, confusión aguda, agitación.

6.1.2. Interacción Cronológica.

No Aplica

6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías.

No Aplica

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

- Dolor Torácico Típico
- Exámenes Complementarios
- Electro Cardiograma

Dosaje de biomarcadores de Injuria Miocárdica: Tropónina y creatina fosfoquinasa (CPK – MB).

6.2.2. Diagnóstico Diferencial.

- Herpes Foster
- Osteocondritis
- Pleuresía
- Neumonía
- Tromboembolia Pulmonar
- Neumotórax
- Hemotorax
- Disección de la aorta
- Espasmo Esofágico
- Síndrome conversivo.
- Hipertensión Pulmonar Grave
- Aneurisma disecante de la aorta

6.3. EXÁMENES AUXILIARES.

6.3.1. De Patología Clínica

Electrocardiograma, dosaje de biomarcadores de injuria miocárdica troponina, creatino sosfoquinasa MB.

6.3.2. De Imágenes.

- Ecografía Transtoraxica
- Ecografía Transesofágica
- Telerradiografía postero anterior de corazón y grandes vasos.

6.3.3. De Exámenes especializados complementarios

- Hemograma
- Glucosa
- Urea
- Creatinina
- Análisis de gases arteriales y electrolitos.
- Prueba de esfuerzo
- Angiografía coronaria

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

6.4.1. Medidas generales y preventivas

- Reposo absoluto en posición semisentada.

- Oxigenoterapia 4 litros por minuto por cánula binasal 2 a 3 horas. En caso de infarto agudo al miocárdico no complicado. Para IMA complicado (edema agudo pulmonar) administrar oxígeno a través de una máscara de oxígeno con recetario a 10 lts/minutos.

- Morfina 2 a 4 mg endovenoso lento y diluido, puede repetirse cada 5 minutos. Como alternativa puede usarse Petidina un tercio de la ampolla endovenoso diluido y lento.

- Ácido acetilsalicílico 04mg repetir por 2 cada 5 minutos o isorbide 5mg sublingual repetir a los 5 minutos si no cede el dolor teniendo en cuenta la presión arterial sistólica> 100mhg.

6.4.2. Terapéutica

Heparina sódica yodo 60 ui/kg en bolo endovenoso seguido de 12mg/kg/h en caso de infarto de cara anterior con control y monitoreo mediante el dosaje del tiempo parcial de tromboplastina activada en sangre. No usar heparina, Está contraindicado en sangrado de trastornos de coagulación etc.

Atenolol 50 a 100 mg vía oral en caso de taquicardia o hipertensión salvo contraindicaciones, también se puede utilizar Propanolol a 10mg vía oral cada 8 horas.

Dinitrato de Isorbide en infusiones endovenosas: Iniciar con 4 a 8 mg por horas por bomba de infusión, siempre cuando la infusión sistólica va mayor de 100 mg. También se puede utilizar nitroglicerina 10/12mg/mt alimentando por bomba de infusión.

Captopril 5-25 a 50mg c/8 horas o Enalapril 10 a 20mg c/12horas y en dosis de modificación de acuerdo al cuadro clínico del Paciente. Losartan 50ª100mg c/24 horas en caso de intolerancia o contraindicaciones del Captopril o Enalapril.

Estatinas: Atorvastatina 40mg c/24 horas.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Dependiendo de cada Fármaco.

6.4.4. Signos de alarma

Dependiendo de cada tipo de Paciente.

6.4.5. Criterios de Alta

Hemodinamicamente estable.

6.4.6. Pronóstico

Reservado

6.5. COMPLICACIONES.

Shock Cardiogénico.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

En caso de intervencionismo se deriva a otra Institución

6.7. FLUXOGRAMA

No Aplica

VII. ANEXOS.

No Aplica.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

No Aplica.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD INSUFICIENCIA CARDIACA

I. FINALIDAD

Contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad de la enfermedad Insuficiencia Cardiaca en pacientes oncológicos para un buen Diagnóstico y un tratamiento adecuado.

II. OBJETIVO

Estandarizar criterios de diagnóstico y tratamiento de pacientes oncológicos con enfermedad Insuficiencia Cardiaca.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Es de aplicación a nivel del Instituto de Enfermedades Neoplásicas. Los Institutos Regionales, y Hospitales que cuenten con servicios oncológicos a nivel nacional pueden aplicarla o citarla como referencia.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

I 50

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICÍON

Es una condición Patológica en el cual el Corazón es incapaz de satisfacer los requerimientos metabólicos del organismo o necesita una presión elevada de llenado para satisfacer tales demandas.

5.2. ETIOLOGÍA

La insuficiencia Cardiaca es un trastorno multisistémico que se caracteriza por las anormalidades de las funciones cardiaca, esquelética y renal, activación del sistema nervioso simpático y respuesta neurohormonales complejas.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

El concepto emergente de desarrollo de la Insuficiencia Cardiaca congestiva incluye los papeles de disfunción sistólica o diastólica, así como la respuesta neurohormonales, es una reducción de la fracción de inyección. Ante la reducción de fracción de eyección o del volumen de eyección asociado, como resultado de depresión de la contractilidad o de una pos carga excesiva, hay un aumento de volumen y de la presión de fin de diástole en esa cámara.

a. ACTIVACION NEURO HUMORAL

Normalmente cuando se reduce el gasto cardiaco, la activación resultante del mecanismo neurohumorales compensatorios mejora el estado mecánico del corazón.

b. SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO.

La Insuficiencia cardiaca activa el sistema Nervioso simpático a través de los baro receptores de baja y alta presión y por lo tanto proporciona soporte inotrópico y

mantenimiento del gasto cardiaco, sin embargo la activación crónica del simpático causa mayor deterioro de la función cardiaca.

SISTEMA RENINA-ANGIOTENCINA- ALDOSTERONA. En la ICC, la reducción del gasto cardiaco y la reducción asociada de la perfusión Renal causa activación del sistema RAA.

c. DISFUCIÓN DIASTÓLICA.

En la disfunción diastólica, el llenado diastólico del ventrículo izquierdo o derecho porque la cámara se deteriora, porque la cámara a perdido su elasticidad y se ha tornado "Rígida" como resultado de hipertrofia o fibrosis.
Los mecanismos de disfunción diastólica comprenden alteraciones de la relajación miocárdica y de la distensibilidad, disfunción valvular, remodelación ventricular, exceso de calcio intracelular y en ocasiones sobrecarga de volumen.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La prevalencia relativa de ICC está relacionada con la edad, con la Quimio Terapia, con la Patología Oncológica.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1. Medio Ambiente
No Aplica
5.5.2. Estilos de Vida
No Aplica
5.5.3. Factores hereditarios
No Aplica.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y Síntomas
Disnea, Ortopnea, edema de miembros Inferiores, fatiga.
6.1.2. Interacción cronológica
No Aplica
6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías

6.2. DIAGNÓSTICO

No Aplica
6.2.1. Criterios de Diagnóstico

Criterios Mayores:

- Disnea Paroxística nocturna
- Distención Venosa yugular
- Estertores
- Cardiomegalia
- Edema Agudo Pulmonar
- Galope por tercer ruido Cardiaco
- Aumento de presión venosa (>16cm de H2O)
- Reflujo de pato yugular positivo

Criterios Menores:

- Edema de Extremidades
- Tos Nocturna
- Disnea de Esfuerzo
- Hepatomegalia
- Derrame Pleural
- Capacidad vital reducida 1/3 de lo normal.
- Taquicardia

CRITERIOS MAYORES O MENORES:
Pérdida de peso de 4, 5kg, o más durante el tratamiento de 5 días

6.2.2. Diagnóstico diferencial

- Enfermedad Coronaria obstructiva Crónica

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica

- Proteínas C reactiva
- Péptido Natiuretico

6.3.2. De Imágenes

- Electro Cardiograma
- Eco Cardiografía
- Trans Torácica o Trans Esofágica
- RX de Tórax o Telerradiografía

6.3.3. De Exámenes especializados complementarios

- Holter

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

Medidas no farmacológicas:

- Evitar subir de peso
- Dejar de fumar
- Actividades Laborales y recreativas de acuerdo a la evaluación Médica
- Dieta.
- Restricción de Sodio
- Evitar el Exceso de líquido
- Restricción de Alcohol.

6.4.2. Terapéutica

Objetivos:

- Disminuir la sobrecarga de volumen
- Diuréticos y restricción hídrica
- Mejorar el inotropismo
- Digitalicos
- Simpático miméticos
- No digitalicos, levosimendán
- Inhibidores de la fofodiesterasa
- Beta- bloqueadores

DISMINUIR LA POST CARGA

- Vasodilatadores directos
- Nitratos.
- Inhibidores ECA.
- Bloqueadores de receptores ATII

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento
Derrame pericárdico y pericarditis constrictiva.

6.4.4. Signos de alarma

- Taponamiento Pericárdico.

6.4.5. Criterios de alta

- Hemodinámica mente estable

6.4.6. Pronóstico

- Reservado

6.5. COMPLICACIONES

- Enfermedad Coronaria Obstructiva Crónica
- Shock Carcinogénico

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- No Aplica.

6.7. FLUXOGRAMA

- No Aplica

VII. ANEXOS

- No Aplica

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.

- No Aplica

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CARDIOTOXICIDAD POR QUIMIOTERAPIA

I. FINALIDAD

Contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad de la Cardiotoxicidad por Quimioterapia en pacientes oncológicos.

II. OBJETIVO

Estandarizar criterios de diagnostico, y tratamiento y seguimiento en pacientes con enfermedad Cardiotoxicidad por Quimioterapia oncológicos.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Es de aplicación a nivel del Instituto de Enfermedades Neoplásicas. Los Institutos Regionales, y hospitales que cuenten con servicios oncológicos a nivel nacional pueden aplicarla o citarla como referencia.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CARDIOTOXICIDAD

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

Según él ACC / AHA 2005 define a la insuficiencia Cardiaca como un Síndrome Clínico Complejo que puede resultar de cualquier daño estructural ó funcional que altere la habilidad del ventrículo para llenarse o expulsar sangre.

5.2. ETIOLOGÍA

Entre las causas más comunes de Insuficiencia Cardiaca se incluyen:

a. Enfermedad Coronaria Isquémica
b. Hipertensión Arterial
c. Miocardiopatía dilatada Idiopática
d. Valvulopatías
e. Cardiopatías Congénitas del Adulto

5.3. FISIOPATOLOGÍA

Al Inicio de la Insuficiencia Cardiaca, cuando el ventrículo por un problema estructural o funcional no puede conseguir un volumen de eyección o sistólico dentro de valores Normales (Aproximadamente de 70 latidos por minuto utiliza mecanismo compensatorios para corregir su déficit, el primero de ellos es la ley de Frank Starling, que le permite incrementar el volumen de llenado (Volumen Telediastólico) para conseguir el mismo volumen de eyección lo cual ocasiona que exista un volumen ventricular residual al final de la Sístole mayor, produciendo un ventrículo congestionado . El trabajo cardiaco consiste en bombear los 5 litros de sangre en un minuto lo que se conoce como gasto cardiaco.

El gasto cardiaco es el producto del volumen de eyección o sistólico (que es la cantidad de sangre que el corazón expulsa en cada latido) por la frecuencia cardiaca en un momento.

Por lo tanto la Fisiopatología de la Insuficiencia Cardiaca puede verse a:

A) Difusión Sistólica.

A1.- Disminución de la Contractilidad.

Infarto al Miocardio

Enfermedad Coronaria Isquémica

Miocardiopatía Dilatada.

Sobrecargas Crónica de volumen.

A2.- Aumento de la Postcarga

Estenosis aortica

Hipertensión Arterial

B) Disfunción Diastólica

B1.- Compromiso de la distencibilidad

Hipertrofia Ventricular

Isquemia Miocárdica

Cardiopatía Hipertrófica

Miocardiopatías Restrictivas

B2.- Anormalidades del llenado Ventricular

Estenosis Mitral

Mixoma Auricular

Taponamiento Cardiaco

Pericarditis Constrictiva.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La Toxicidad Cardiaca es uno de los más temidos efectos secundarios ya que el incremento de la esperanza de vida, podría contrarrestar una mayor mortalidad debido a problema cardiacos sobre todo a insuficiencia cardiaca. Infarto de Miocardio, Arritmias, Hipertensión y trombo embolismo.

La detección de la lesión cardiaca es crucial, ya que permite instalar medidas terapéuticas tempranas.

La insuficiencia de cardiotoxicidad depende de diferentes factores relacionados al antineoplásico como tipo de fármaco, dosis administrada durante cada ciclo.

La combinación con otros fármacos cardiotoxicos o asociados con Radioterapia. También la edad, Presencia de factores de riesgo Cardiovasculares, antecedentes de Enfermedad cardiovascular y radio terapia mediastinica Previa.

La toxicidad Cardiaca ha demostrado aumentar en pacientes de sexo femenino.

Los niños presentan un patrón de desarrollo de cardiotoxicidad distinta Observada en los adultos.

El incremento en la incidencia de cardiopatía a dosis acumuladas.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1. Medio Ambiente

No Aplica

5.5.2. Estilos de Vida

No Aplica

5.5.3. Factores Hereditarios

No Aplica

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y Síntomas

- Disnea
- Ortopnea
- Disnea Paroxística Nocturna

6.1.2. Interacción cronológica

6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

- Tercer Ruido Cardiaco
- Cardiomegalia Radiológica
- Ortopnea
- Ingurgitación Yugular
- Rales Pulmonares
- Pérdida de peso en respuesta al tratamiento

6.2.2. Diagnóstico diferencial

- Insuficiencia Cardiaca Congestiva
- Miocardiopatía Dilatada
- Miocardiopatía Restrictiva.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica

- Necrosis Musculo Cardiaco

6.3.2. De Imágenes

- Electro Cardiograma, Eco cardiografías Doppler
- Cintigrafia de perfusión Miocárdica
- Tomografía Computarizada

- Ventriculografía Radio Isotópica
- Resonancia Magnética

6.3.3. De Exámenes Especializados Complementarios

- Enzimas Cardiacas : CPK MB Troponina I,C Mioglobina
- Niveles : BNP

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

- Control de PA y FC al momento y después de Quimioterapia

6.4.2. Terapéutica

- IECA
- Diuréticos
- Beta Bloqueadores
- Dobutamina

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

- Derrame Pericárdico
- Pericarditis Constrictiva

6.4.4. Signos de alarma

- Dolor Precordial Izquierdo
- Taponamiento Pericardio

6.4.5. Criterios de alta

- Hemodinamicamente Estable

6.4.6. Pronóstico

- Reservado

6.5. COMPLICACIONES

- Shock Carcinogénico

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

6.7. FLUXOGRAMA

VII. ANEXOS

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA O BIBLIOGRAFÍA.