



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Nº 651-2013-J/INEN

REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCION JEFATURAL

Lima, 31 de DICIEMBRE del 2013

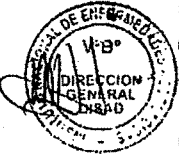


VISTOS: El Informe N° 148-2013-DNCC-DICON/INEN, de fecha 27 de diciembre del 2013, suscrito por la Directora Ejecutiva del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, y el Informe N° 147-2013-DIMED/INEN, emitido por el Director General de la Dirección de Medicina.



CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley N° 28748 se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno con autonomía, entre otros, de carácter normativo, adscrito al Sector Salud, hoy Organismo Público Ejecutor;



Que, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, 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 nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas, y realizar las actividades de investigación y docencia propias del Instituto;



Que, el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del INEN aprobado con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, precisa en el literal g) del Artículo 6° que es función general del INEN, el innovar, emitir y difundir, a nivel nacional, las normas, guías, métodos, técnicas, indicadores y estándares de los procesos de promoción de la salud, prevención de enfermedades neoplásicas, recuperación de la salud, rehabilitación y otros procesos relacionados específicamente con el campo oncológico;



Que, del mismo modo, el Artículo 24° del ROF precisa que la Dirección de Control del Cáncer es el órgano técnico-normativo encargado de planificar, proponer las normas y conducir, a nivel nacional, los procesos de promoción de la salud en el campo oncológico, de prevención de enfermedades neoplásicas, de epidemiología, de información para la salud, de investigación en oncología y de 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 oncológicos a nivel nacional, a los que controla técnicamente en cumplimiento a las normas vigentes;



Que, como es de apreciarse de los documentos de vistos, la Dirección de Medicina, ha solicitado la aprobación de las GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA DE ENDOCRINOLOGÍA, DE GASTROENTEROLOGIA, DE INFECTOLOGÍA, DE NEUMOLOGIA y DE CARDIOLOGÍA, emitidas por el Departamento de Especialidades Médicas del INEN, las mismas que cuentan con los vistos buenos de las áreas competentes, correspondiendo



se genere el acto resolutivo respectivo, aprobándose las respectivas guías para su difusión y aplicación en cumplimiento de la norma precitada;



Con el visto bueno de la Sub Jefatura, Secretaría General, Dirección de Control del Cáncer, Dirección de Medicina, Dirección de Cirugía, Dirección de Radioterapia, Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Departamento de Oncología Médica, Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas;



De conformidad con las atribuciones establecidas en la Resolución Suprema N° 008-2012-SA y el literal x) del Artículo 9° concordante con en el literal g) del Artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA;



SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar las siguientes Guías de Práctica Clínica de la Dirección de Medicina, correspondiente al Departamento de Especialidades Médicas:

1. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ENDOCRINOLOGÍA.
2. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE GASTROENTEROLOGÍA.
3. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE INFECTOLOGÍA.
4. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE NEUMOLOGÍA.
5. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CARDIOLOGÍA.



Las mismas que han sido emitidas por el Departamento de Especialidades Médicas y que en anexo forman parte integrante de la presente resolución.



ARTÍCULO SEGUNDO: Encargar la difusión de la presente Resolución a la Dirección de Control del Cáncer en el marco de la autonomía normativa del INEN conforme a su Ley de creación.



ARTÍCULO TERCERO: Disponer a la Oficina de Comunicaciones de la Secretaría General del INEN, la difusión de las Guías de Práctica Clínica aprobadas en el Portal Web Institucional, www.inen.sld.pe.



ARTÍCULO CUARTO: Déjese sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

Tatiana Vidaurre
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
 MC. Tatiana Vidaurre Rojas
 Jefe Institucional





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



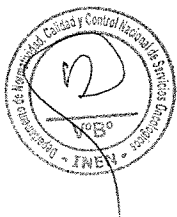
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

DIRECCIÓN DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CARDIOLOGÍA



Lima- Perú
2013

Jefa Institucional

M.C Tatiana Vidaurre Rojas
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Sub Jefe Institucional

Mg. Julio Abugattas Saba
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Directora General de la Dirección de Medicina

Dr. Henry Gómez Moreno
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Director General de la Dirección de Control del Cáncer

M.C Carlos Santos Ortiz
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



Autores:
Departamento de Especialidades Médicas

Revisión y validación
Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional 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.

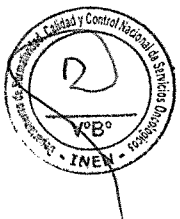
Es la Expresión clínica de un aspecto continuo dinámico de isquemia miocárdica, donde se pierde el equilibrio entre el aporte y la demanda miocárdica de oxígeno, principalmente debido a la complicación de una placa vulnerable y la formación de un trombo oclusión coronaria.

5.2 ETIOLOGÍA.

- a.- Aterosclerosis 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 aterosclerótica vulnerable que se complica habiendo exposición de material trombogénico subendotelial que activa a 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 fosfoquinasa 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.

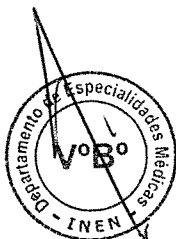
6.4.1. Medidas generales y preventivas

- 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 50^a100mg 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

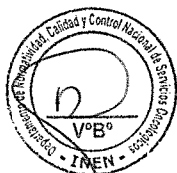
No Aplica

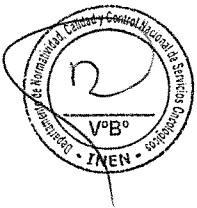
VII. ANEXOS.

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 Cardíaca 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 Cardíaca.

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. DEFINICIÓN

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 Cardíaca es un trastorno multisistémico que se caracteriza por las anomalías de las funciones cardíaca, esquelética y renal, activación del sistema nervioso simpático y respuesta neurohormonales complejas.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

El concepto emergente de desarrollo de la Insuficiencia Cardíaca congestiva incluye los papeles de disfunción sistólica o diastólica, así como la respuesta neurohormonales, es una reducción de la fracción de eyección. 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 cardíaco, la activación resultante del mecanismo neurohormonales compensatorios mejora el estado mecánico del corazón.

b. SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO.

La Insuficiencia cardíaca 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 cardíaco, sin embargo la activación crónica del simpático causa mayor deterioro de la función cardíaca.

SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA- ALDOSTERONA. En la ICC, la reducción del gasto cardíaco 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

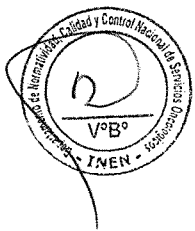
No Aplica

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

Criterios Mayores:

- Disnea Paroxística nocturna
- Distensión Venosa yugular
- Estertores
- Cardiomegalia
- Edema Agudo Pulmonar
- Galope por tercer ruido Cardíaco
- 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 Natriuretico

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

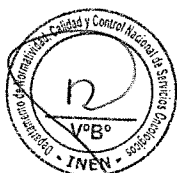
Medidas no farmacológicas:

- 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

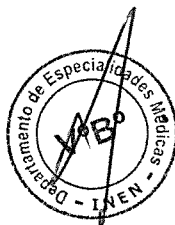
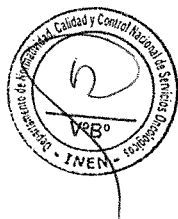
- No Aplica

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 diagnóstico, 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 el ACC / AHA 2005 define a la insuficiencia Cardíaca 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 Cardíaca se incluyen:

- Enfermedad Coronaria Isquémica
- Hipertensión Arterial
- Miocardiopatía dilatada Idiopática
- Valvulopatías
- Cardiopatías Congénitas del Adulto

5.3. FISIOPATOLOGÍA

Al Inicio de la Insuficiencia Cardíaca, 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 cardíaco consiste en bombear los 5 litros de sangre en un minuto lo que se conoce como gasto cardíaco.



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

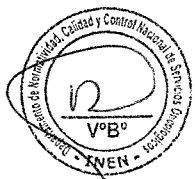
La Toxicidad Cardiaca es uno de los más temidos efectos secundarios ya que el incremento de la esperanza de vida, podría contrarrestar una mayor mortalidad debido a problema cardiacos sobre todo a insuficiencia cardiaca. Infarto de Miocardio, Arritmias, Hipertensión y trombo embolismo.

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 Cardíaco
- Cardiomegalia Radiológica
- Ortopnea
- Ingurgitación Yugular
- Rales Pulmonares
- Pérdida de peso en respuesta al tratamiento

6.2.2. Diagnóstico diferencial

- Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- Miocardiopatía Dilatada
- Miocardiopatía Restrictiva.

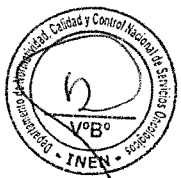
6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica

- Necrosis Musculo Cardíaco

6.3.2. De Imágenes

- Electro Cardiograma, Eco cardiografías Doppler
- Cintigrafía 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.

