

ENFERMERIA CLINICA II

UNIDAD 4

MIOCARDIOPATIAS

Alumno:

Dulce Navidad Hernandez García

5to cuatrimestre grupo "A"

Licenciatura en Enfermería

Docente:

Lic. Enf. Juana Inés Hernandez

12/febrero/2022

El síncope es la pérdida transitoria y auto limitada del conocimiento y el tono postural por disminución del flujo sanguíneo cerebral.

## SINCOPE

El diagnóstico diferencial suele ser entre el síncope y una convulsión generalizada. Es más probable el síncope si el episodio fue desencadenado por dolor agudo o ansiedad o si ocurrió de inmediato después de levantarse desde una posición horizontal o sedente; las convulsiones no suelen estar relacionadas con la postura.

Puede ocurrir en forma súbita, sin advertencia, o ir precedido de síntomas presincopales como mareos o desvanecimiento, debilidad, fatiga, náuseas, visión borrosa, zumbido en los oídos o diaforesis. El paciente con síncope tiene aspecto pálido y pulso débil, rápido o irregular. La respiración puede ser casi imperceptible; pueden ocurrir movimientos mioclónicos o clónicos transitorios

La farmacoterapia puede ser necesaria para el síncope por fármacos neurales resistente a tratamiento. Los antagonistas adrenérgicos  $\beta$  (metoprolol, 25 a 50 mg dos veces al día; atenolol, 25 a 50 mg/día; o nadolol, 10 a 20 mg dos veces al día; todos con dosis iniciales (son los fármacos que se utilizan más ampliamente; los inhibidores de la recaptación de serotonina (paroxetina, 20 a 40 mg/día o sertralina, 25 a 50 mg/día) y bupropión de liberación sostenida (150 mg/día) también son eficaces.

El choque cardiogénico es un estado de hipoperfusión tisular debido a disfunción cardíaca que responde a múltiples causas, de las cuales la más común es el infarto del miocardio (IM),

# shock cardiogenico

La zona con necrosis o isquemia genera disfunción miocárdica que a su vez condiciona mayor isquemia y agrava la disfunción, al tiempo de crear una espiral que puede llevar al enfermo a la muerte.

El tratamiento inicial en pacientes con choque cardiogénico debe incluir líquidos, a menos que exista edema pulmonar. Debe colocarse un acceso venoso central, línea arterial, sonda vesical y oximetría de pulso; por lo general, la intubación y ventilación mecánica asistida se requieren ya que disminuyen el trabajo respiratorio y el consumo de O<sub>2</sub>.

El diagnóstico definitivo se establece por ecocardiograma, y el tratamiento, aunque además de las medidas de sostén ya mencionadas se basa en realidad en el cierre quirúrgico del defecto, debido a su altísima mortalidad operatoria, existe controversia acerca del momento más indicado de llevar a los pacientes al quirófano.

**Trombólisis**  
La terapia trombolítica ha mostrado consistentemente disminuir la mortalidad en pacientes con infarto del miocardio así como disminuir la incidencia de choque cardiogénico

**Medicamentos**  
El uso de nitratos, betabloqueadores e IECA puede exacerbar la hipotensión, por lo que en general se evitan hasta que el paciente se estabiliza.

# taponamiento cardiaco

El taponamiento cardiaco (TC) es un síndrome clínico en el que existe restricción para el llenado del corazón debido al incremento de la presión en la cavidad pericárdica por acumulación de líquido.

## CAUSAS

**AGUDAS** Pericarditis infecciosas: sepsis Colagenopatías: LES, artritis reumatoide Traumatismos: penetrante, punzante Pericarditis vírica o idiopática: coxsackie, virus del grupo B 5 Disección de la aorta: hemopericardio Uremia: IRA Anticoagulantes Tumores vasculares del pericardio: angiomas, angiosarcomas Operación o procedimientos invasivos: marcapaso, ACTP, valvuloplastia Infarto agudo del miocardio: rotura cardiaca.

## CRÓNICAS

Infecciosas: tuberculosis, hongos Inmunológicas: síndrome de Dressler o síndrome postcardiotomía Inflamatorias: posradiación Neoplasias malignas: cáncer de pulmón y mama Metabólicas: mixedema, hipercolesterolemia, uremia, diálisis crónica

## DIAGNOSTICO:

ELECTROCARDIOGRAMA  
RADIOGRAFIA DE TORAX  
ECOCARDIOGRAMA

## CUIDADOS DE ENFERMERIA

Actuación inicial

Control de las constantes vitales

Control de la frecuencia respiratoria, si presenta signos de respiración trabajosa, taquipnea, disnea, cianosis.

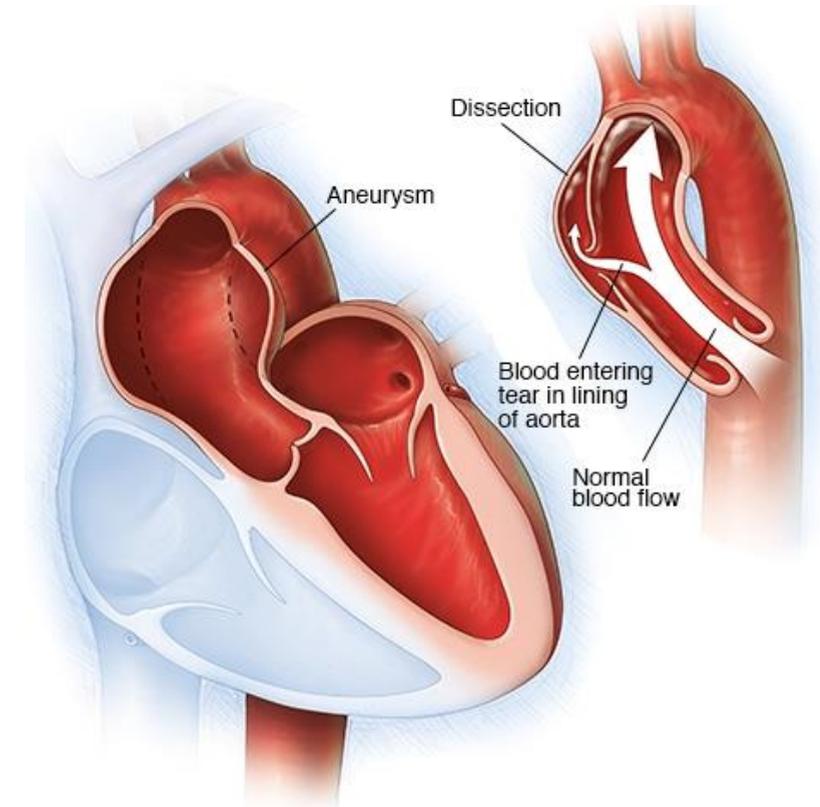
Realizar venoclisis.

Administración de oxígeno si precisa.

Extracción de analítica de sangre, comprobando electrolitos, hemograma completo y enzimas cardiacos CPK-MB

# ANEURISMA AORTICO

Un aneurisma aórtico es una protuberancia que aparece en la pared del vaso sanguíneo principal (aorta) que transporta la sangre desde el corazón hacia el cuerpo. Los aneurismas aórticos pueden producirse en cualquier parte de la aorta y pueden tener forma de tubo (fusiforme) o redonda (sacular)



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

**Aneurisma aórtico abdominal.** El aneurisma aórtico abdominal se produce a lo largo de la parte de la aorta que atraviesa el abdomen

**Aneurisma aórtico torácico.** El aneurisma aórtico torácico se produce a lo largo de la parte de la aorta que atraviesa la cavidad del pecho

Algunas personas pueden tener ambos tipos de aneurismas aórticos.  
Tener un aneurisma aórtico aumenta el riesgo de sufrir un desgarro en la capa interna de la pared de la aorta (disección aórtica).

## SINTOMAS:

El 75% de los pacientes portadores de un aneurisma de aorta abdominal son asintomáticos. Cuando la enfermedad provoca síntomas, suele tratarse de molestias abdominales inespecíficas o dolor lumbar. En un 25% de los casos la primera manifestación clínica es la rotura del aneurisma

# ÚLCERAS ARTERIALES

Las **úlceras arteriales** son lesiones que se localizan en las EEII, se conocen también como úlceras isquémicas y la causa es un déficit circulatorio de la pierna afectada por una arteriopatía crónica o enfermedad arterial periférica (EAP) que causa una obstrucción en las arterias de las piernas

Se **localizan** en las zonas distales de la pierna y prominencias óseas como los maléolos o cabezas de metatarsianos, son úlceras pequeñas con bordes bien definidos redondeados, la piel perilesional es pálida, delgada, seca y brillante, suele tener una placa necrótica seca, los pulsos están ausentes.

El tratamiento de la hipertensión se indica para detener o retardar el futuro progreso de la enfermedad subyacente.

es el resultado de la interrupción brusca del aporte sanguíneo a las extremidades como consecuencia de la obstrucción súbita de la arteria que las irriga o de un injerto implantado previamente, lo que origina una amenaza para la viabilidad de las mismas

- Dolor.
- ☐ Palidez.
- ☐ Frialdad.
- ☐ Impotencia funcional:
- ☐ Abolición de los pulsos distales.
- ☐ Parestesias.
- ☐ Anestesia o hipostesia.
- ☐ Cianosis:
- ☐ Flictenas. Indican lesión irreversible.
- ☐ Rigidez muscular. Indica lesión irreversible.
- ☐ Gangrena.

## DIAGNOSTICO

- Electrocardiograma.
- Radiografía posteroanterior y lateral de tórax.
- Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios.
- Bioquímica sanguínea que incluya la determinación de urea, creatinina, sodio, potasio y creatincinasa.
- Estudio de coagulación.
- Gasometría arterial, en pacientes con isquemia arterial de más de 6 h de evolución o con enfermedad asociada. Otras exploraciones complementarias diagnósticas son:
- Doppler.
- Eco-Doppler (dúplex-Doppler).
- Angiografía

# ISQUEMIA ARTERIAL PERIFERICA

## TRATAMIENTO

- Reposo en cama, situando la extremidad afectada en moderado declive y con almohadillado de los puntos de apoyo (posición de Fowler).
- Canalización de una vía venosa periférica y perfusión de suero glucosalino a razón de 2.000 ml cada 24 h, con las modificaciones necesarias según la situación clínica del paciente y la patología de base.
- Analgésicos

