



**Mi Universidad**

*Nombre del Alumno :Karla Berenice Santis Tovilla*

*Nombre del tema: Endocarditis, Pericarditis e insuficiencia cardiaca.*

*Parcial:3°*

*Nombre de la Materia : Enfermería clínica II.*

*Nombre del profesor: María del Carmen Lopez Silba.*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre:5°*

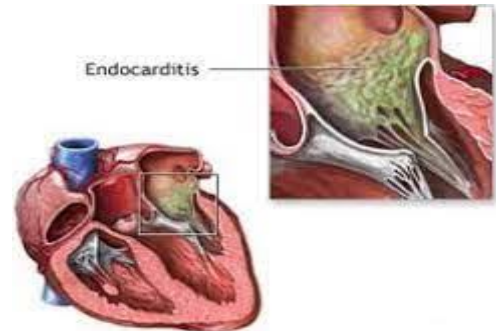
## Endocarditis

La endocarditis aguda es una enfermedad febril que lesiona rápidamente las estructuras cardiacas, se extiende hasta otros puntos extracardiacos por vía hematógica y es letal en unas cuantas semanas.

La endocarditis subaguda evoluciona en forma insidiosa, rara vez se disemina y avanza de manera gradual a menos que se complique con un acontecimiento embólico o un aneurisma micótico roto.

Si te diagnosticaron endocarditis, infórmale al médico cualquier signo o síntoma que pueda indicar que la infección está empeorando, por ejemplo:

- Escalofríos
- Fiebre
- Dolores de cabeza
- Dolor articular
- Falta de aire.



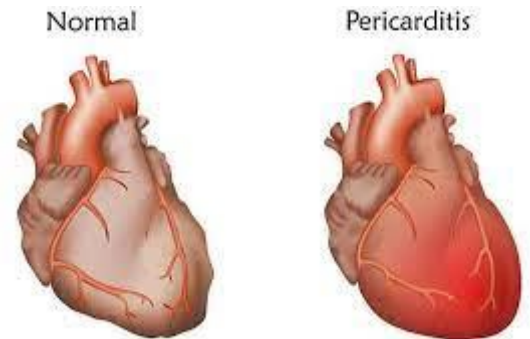
### Cuidados de enfermería

Valorar signos y síntomas de embolización sistémica:

- Vigilar signos de embolia cerebral (cefalea, entumecimiento, Independiente/ Suplencia/ debilidad, hormigueo, parálisis, ataxia, afasia, ceguera o interdependiente dependencia total hemiplejía súbitas)
- Mantenerse alerta con la presencia de petequias en cuello, Independiente/ Suplencia/ porción superior del tronco, ojos y extremidades pélvicas interdependiente dependencia total.
- Observar las extremidades para detectar nódulos dolorosos, Independiente/ Suplencia/ edema, eritema, disminución o ausencia de pulsos, frialdad interdependiente dependencia total y disminución del llenado capilar
- Monitorización y vigilancia de ECG en busca de signos e Independiente/ Suplencia , síntomas de infarto miocárdico interdependiente dependencia total
- Ministración de oxigenoterapia a través de puntas Independiente/ Suplencia nasales a 4 litros por minuto, colocar al paciente en posición interdependiente dependencia total cómoda y favorecedora .
- Administración de difenilhidantoína 100 mg IV cada.

## Pericarditis

La pericarditis es la inflamación aguda del pericardio, que se compone de dos membranas de tejido conectivo que rodean al corazón; en éstas se localizan los nervios, linfáticos y vasos sanguíneos. Las capas son la visceral y la parietal, la primera de ellas de tejido conectivo, y que envuelven como guante al corazón, Su función es mecánica, ya que contiene al corazón y mantiene el tamaño de las cavidades, en especial aquellas con paredes más delgadas como la aurícula y ventrículo derechos, a las cuales limita su expansión desmedida y con ello impide su dilatación al existir sobrecarga.



## Diagnóstico

El diagnóstico se realiza cuando surge la sospecha por los datos que proporciona el paciente durante el interrogatorio, así como cuando se comprueban signos clínicos como el frote pericárdico o alteraciones electrocardiográficas como el supra desnivel del segmento ST con concavidad superior. El resto de los estudios se realiza con la finalidad de conocer la etiología de esta y poder iniciar una terapia directa contra el agente causal.

## Tratamiento

El esquema terapéutico se dirige a tratar la etiología precisa de la pericarditis, pero, debido a que ésta sólo se logra determinar en menos de 50% de los casos, la prioridad en estos enfermos es eliminar el dolor e iniciar la terapia antiinflamatoria. Como objetivo secundario se debe disminuir el riesgo de recurrencia de la pericarditis para evitar pericarditis crónicas o restrictivas. Los fármacos de primera elección son la aspirina y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), ambos muy utilizados y se recomiendan en la mayoría de las entidades nosológicas, sobre las que promueven una mejoría importante dentro de las primeras 24 horas.

## Cuidados de enfermería

- Control de signos vitales.
- Control de la frecuencia respiratoria.
- Realizar venoclisis.

## Valvulopatías

Al principio presentan un periodo latente prolongado durante el cual se mantiene el gasto cardiaco, a pesar del incremento en el gradiente a través de la válvula aórtica. En esta fase la morbimortalidad es muy baja. Más adelante se desarrolla hipertrofia miocárdica, lo cual provoca disminución del flujo coronario y en consecuencia hace su aparición la angina. La obstrucción a la salida de



sangre del ventrículo izquierdo limita el incremento del gasto cardiaco que se requiere en el ejercicio, con lo que aparece el síncope. En etapas avanzadas, el ventrículo izquierdo presenta datos de insuficiencia cardiaca al no tolerar la sobrecarga por la obstrucción al tracto de salida.

### Tipos

**Estenosis aórtica:** es la valvulopatías más frecuente, con el calificativo de grave cuando el área valvular es menor de 0.8 cm<sup>2</sup> o el gradiente de presión sistólico pico es mayor de 50 mmHg. Dentro de las causas de origen valvular se encuentran las siguientes:

- Reumática: es causada por la fusión de las comisuras. Suele presentarse en pacientes entre 40 y 60 años y con frecuencia se acompaña de valvulopatías mitral.
- Congénita: debido a válvula aórtica univalva o bivalva, con prevalencia estimada de 1 a 2% en la población que se encuentra entre la cuarta y quinta décadas de la vida. En estos casos se presenta flujo turbulento que promueve la calcificación y degeneración de la válvula.
- Degenerativa: debido a calcificación desde la base a las valvas sin fusión de estas últimas. Es un hallazgo que se verifica de preferencia en personas del sexo masculino, mayores de 60 años, con dislipidemia, compartiendo los mismos factores de riesgo que la aterosclerosis.

### Tratamiento

- ✓ Quirúrgico: no hay tratamiento médico para la estenosis aórtica avanzada, por lo que el tratamiento de elección es el cambio valvular aórtico, que se debe llevar a cabo lo antes posible.
- ✓ Valvuloplastia con balón: su eficacia es limitada, ya que sólo disminuye los síntomas sin mejorar.

## Insuficiencia cardiaca

La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es un síndrome complejo que resulta de una disfunción ventricular sistólica que, con mayor frecuencia, causa la isquemia o infarto del miocardio. La enfermedad arterial coronaria es la causa más frecuente de insuficiencia cardiaca aguda. De manera habitual, la ICA ocurre como



resultado o complicación de una coronariopatía, valvulopatías o, de manera menos común, de una enfermedad miocárdica primaria como la miocarditis. Una exacerbación aguda de una insuficiencia cardiaca crónica o miocardiopatía también puede manifestarse como un edema agudo de pulmón o choque cardiogénico. La mayoría de pacientes presenta una lesión o isquemia miocárdica significativa que condicionan un grado sustancial de disfunción regional y global de la función sistólica del ventrículo izquierdo, lo que conduce a un deterioro progresivo de los parámetros hemodinámicos centrales con elevación de las presiones de llenado del ventrículo izquierdo y una reducción variable del volumen sistólico y gasto cardiaco con la subsiguiente insuficiencia circulatoria.

### Descompensación aguda de la insuficiencia cardiaca crónica

La descompensación aguda y el deterioro clínico de pacientes con ICC conocida representan un estado fisiopatológico diferente en relación con el de los pacientes sin disfunción ventricular izquierda previa. Estos pacientes padecen una marcada reducción en la función sistólica ventricular izquierda en forma basal, quizá secundaria a una lesión miocárdica significativa previa.

### Tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda

Los objetivos del tratamiento farmacológico de la ICA son el alivio rápido de los síntomas, revertir el estado hemodinámico, preservar el flujo sanguíneo miocárdico y energético, y estabilizar al paciente para una futura evaluación diagnóstica y terapéutica. La terapia intravenosa aguda se dirige a mejorar el funcionamiento ventricular a través de los determinantes mayores de dicha función, como precarga ventricular, poscarga y contractilidad miocárdicas.

## Terapia vasodilatadora

- ❖ **Nitroglicerina:** es muy efectiva para el tratamiento precoz de la insuficiencia cardiaca aguda.

Los principales efectos hemodinámicos de los nitratos son inducir una reducción del volumen y de las presiones de llenado ventricular al incrementar la capacitancia venosa por medio de la vasodilatación.

- ❖ **Nitroprusiato de sodio:** es un poderoso vasodilatador venoso y arterial con potentes propiedades reductoras de la poscarga ventricular. Suele ser el agente que se utiliza con mayor frecuencia en el tratamiento urgente de la ICA, en particular cuando se requiere disminuir con celeridad las RVS.



## Terapia inotrópica positiva

- **Dobutamina:** este fármaco estimula los receptores beta cardiacos para aumentar el monofosfato cíclico de adenosina y generar así la señal liberadora del calcio almacenado en los depósitos intracelulares y abrir más los canales del calcio para aumentar el ingreso del mismo a las células miocárdicas. El aumento en las concentraciones celulares de calcio actúa sobre las proteínas contráctiles del miocardio y produce un efecto inotrópico positivo.
- **Milrinona:** aumenta los valores de AMPc, un segundo mensajero intracelular, al inhibir la enzima que participa en la hidrólisis del mismo; el aumento del AMPc resultante produce incremento del calcio intracelular con los consiguientes efectos inotrópicos cardiacos, similares a los de los agonistas adrenérgicos beta.
- **Levosimendán:** aumenta la contracción de las miofibrillas por incremento de su sensibilidad al calcio y no porque aumente los valores intracelulares de este catión; además, su uso no se relaciona con aumento de la demanda de oxígeno, con arritmias significativas, con isquemia ni con tolerancia, efectos que pueden presentarse con los agentes más tradicionales en el tratamiento de la ICC descompensada.

## Terapia vasopresora

- **Noradrenalina:** es un potente agonista adrenérgico alfa, pero también denota propiedades agonistas beta-1 ligera no se utiliza como inotrópico debido a que su efecto predominante es el incremento en la poscarga.

## Terapia diurética

El objetivo de su uso es disminuir el exceso de agua pulmonar mediante la natriuresis y diuresis con reducción subsiguiente del volumen intravascular.

### *Edema agudo de pulmón*

Es un síndrome caracterizado por disnea súbita, diaforesis profusa y expectoración asalmonada-espumosa que ocurre por aumento de líquidos en el intersticio pulmonar, alveolos, bronquios y bronquiolos y que puede o no deberse a enfermedad cardíaca.

### Síntomas y signos

- ❖ Tríada de disnea súbita
- ❖ Expectoración asalmonada-espumosa y campos pulmonares congestivos con estertores húmedos es muy sugestiva.
- ❖ Edema agudo de pulmón

### Factores de riesgo

- ❖ Hipertension arterial
- ❖ Colesterol elevado
- ❖ Diabetes
- ❖ Obesidad y sobrepeso
- ❖ Tabaquismo
- ❖ Inactividad física
- ❖ Factores hereditarios



Figura 1. Imagen radiográfica típica de edema agudo pulmonar.

### Medidas terapéuticas

Conjunto de medios cuya finalidad es la curación o alivio de las enfermedades, será considerada proporcionada o desproporcionada en relación a su riesgo-beneficio o costo-beneficio.

### Actividades de enfermería

- En pacientes que padecen patologías cardíacas suele a llevar cuidados mas específicos :
- Monitorización de signos vitales
- Posicionar adecuadamente al paciente.
- Realizar la técnica de PVC para conocer el ritmo cardíaco.
- Brindar adecuadamente el tipo de alimentación.
- Insercción de CVC

Bibliografía: Antología UDS Enfermería clínica.