



Mi Universidad

Nombre del Alumno: yuriceyda López velasco.

Nombre del tema: resumen

Parcial: 3

Nombre de la Materia: enfermería clínica 2.

Nombre del profesor: Lic. María del Carmen López silba.

Nombre de la Licenciatura: enfermería.

Cuatrimestre: 5

Endocarditis

La endocarditis aguda es una enfermedad febril que lesiona rápidamente las estructuras cardíacas, se extiende hasta otros puntos extra cardíacos por vía hematológica y es letal en unas cuantas semanas.

Clasificación de la endocarditis:

La endocarditis se puede clasificar de varios modos según diferentes aspectos de la enfermedad (forma de presentación, tiempo de evolución, germen responsable, modo de adquisición de la infección, etc.).

su tratamiento y su pronóstico:

- Endocarditis sobre válvula nativa.
- Endocarditis sobre válvula protésica.
- Endocarditis sobre marcapasos y desfibriladores implantables.
- Endocarditis en adictos a drogas por vía parenteral.

Causas de la endocarditis:

Los agentes causantes de la infección son bacterias y, con menor frecuencia, hongos. Entre las bacterias más habituales destacan los estreptococos, los enterococos y los estafilococos, pero prácticamente cualquier bacteria puede provocar una endocarditis. Conocer el germen causal será de vital importancia para el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad.

Síntomas y signos de la endocarditis:

El síntoma más frecuente de la endocarditis es la fiebre con una temperatura igual o superior a los 38 °C, que habitualmente se acompaña de tiritona. Sin embargo, si existe una enfermedad capaz de simular muchas otras, ésta es la endocarditis. Los pacientes pueden presentar muy diferentes signos y síntomas: neurológicos, cardiológicos, pulmonares, renales, abdominales, reumatológicos, etc.

Pronóstico de la endocarditis:

El pronóstico de la endocarditis depende fundamentalmente de tres factores: la situación clínica del paciente, el tipo de germen causante de la infección y los hallazgos del ecocardiograma, prueba que va a tener una importancia capital en el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad.



En el desarrollo de una endocarditis intervienen dos factores definitivos:

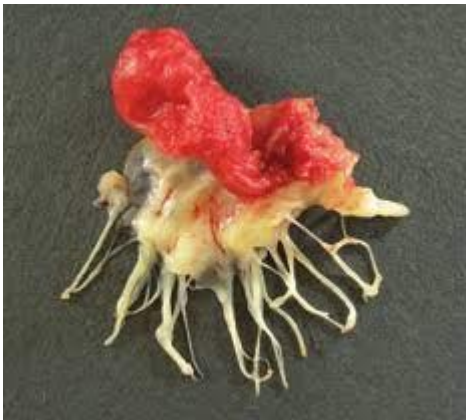
- La diseminación por la sangre de determinados gérmenes desde un foco de infección concreto (herida infectada en la piel, vía venosa infectada, infección dentaria, infección urinaria, etc.).
- La presencia de una vegetación valvular, que se produce en el seno de una alteración previa de las válvulas del corazón (valvulopatía) y que consiste en el depósito de fibrina y plaquetas en la superficie de la válvula (vegetación trombótica no bacteriana).

Diagnóstico de la endocarditis:

Al diagnóstico de la enfermedad se puede llegar de dos modos: bien con el corazón en la mano, es decir, durante la intervención del paciente o en la autopsia, Cuando el médico sospecha que el enfermo puede tener una endocarditis, hay dos pruebas fundamentales que debe realizar: los hemocultivos (extraer y cultivar la sangre del paciente en busca de gérmenes) y un ecocardiograma, que a su vez puede ser transtorácico (ecografía convencional, no invasivo) o transesofágico (similar a una endoscopia y, por tanto, semiinvasivo).

Tratamiento de la endocarditis:

Esta enfermedad se trata habitualmente mediante la combinación de dos o tres antibióticos por vía intravenosa, en dosis altas y durante un período que dura entre cuatro y seis semanas. Los antibióticos más utilizados son: la penicilina G, la cloxacilina, la vancomicina, la gentamicina, la rifampicina, la ampicilina y la ceftriaxona. La mayoría de ellos son bactericidas (matan) frente a las bacterias más comunes. Ocasionalmente, si se trata de una bacteria poco habitual y resistente a alguno de los antibióticos mencionados, o si el paciente es alérgico a alguno de ellos, se utiliza otro tipo de antibióticos.



pericarditis.

es la hinchazón e irritación del tejido delgado en forma de saco circundante al corazón (pericardio).

La pericarditis a menudo causa un dolor de pecho agudo. El dolor de pecho se produce cuando las capas irritadas del pericardio se frotan entre sí.

Síntomas:

El dolor en el pecho es el síntoma más común de la pericarditis. Por lo general, es agudo o punzante. Sin embargo, algunas personas tienen un dolor de pecho sordo y persistente o que da la sensación de presión.

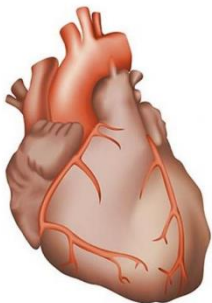
Con frecuencia, el dolor de la pericarditis se produce detrás del esternón o en el lado izquierdo del pecho. El dolor puede:

- Extenderse al hombro izquierdo y al cuello
- Empeorar al toser, estar acostado o respirar profundo
- Mejorar al estar sentado o inclinado hacia adelante

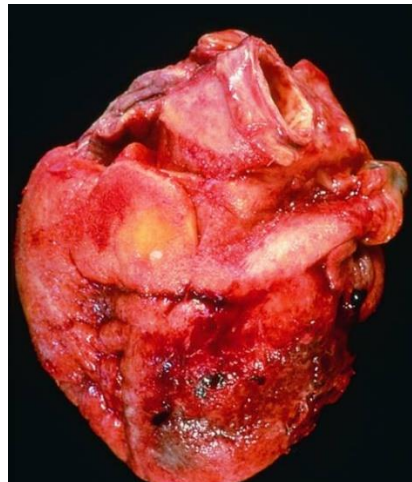
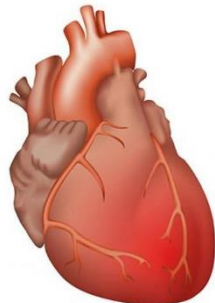
Entre otros signos y síntomas de pericarditis, se pueden incluir los siguientes:

- Tos
- Cansancio o sensación general de debilidad o de estar enfermo
- Hinchazón en las piernas
- Fiebre baja
- Palpitaciones fuertes o ritmo cardíaco acelerado (palpitaciones cardíacas)
- Falta de aire al estar acostado
- Hinchazón en la zona del vientre (abdomen)

Normal



Pericarditis



Complicaciones

Las posibles complicaciones de la pericarditis incluyen las siguientes:

- Acumulación de líquidos alrededor del corazón (derrame pericárdico). La acumulación de líquidos puede provocar otras complicaciones cardíacas.
- Engrosamiento y cicatrices en el revestimiento del corazón (pericarditis constrictiva). Algunas personas con pericarditis crónica presentan un engrosamiento permanente y fibrosis del pericardio.

Tratamiento

Medicamentos para reducir la inflamación y la hinchazón, por ejemplo:

- Analgésicos. El dolor de la pericarditis generalmente se puede tratar con analgésicos de venta libre, como aspirina o ibuprofeno (Advil, Motrin IB, otros). También pueden utilizarse analgésicos de venta con receta médica.
- Colquicina (Colcrys, Mitigare). Este medicamento reduce la inflamación en el cuerpo. Se usa para tratar la pericarditis aguda o si los síntomas tienden a reaparecer. No debes tomar este medicamento si tienes una enfermedad hepática o renal. La colquicina también puede interferir con otros medicamentos. El proveedor de atención médica revisará cuidadosamente tu historial médico antes de recetarte colquicina.
- Corticoides. Los corticoides son medicamentos fuertes que combaten la inflamación. Se puede recetar un corticoide, como la prednisona.

Valvulopatías

son aquellas enfermedades que afectan a una o más válvulas del corazón, debido a que o no se abren o cierran de manera correcta, lo que influye en el buen funcionamiento del corazón. Las válvulas del corazón son la mitral, la aórtica, la pulmonar y la tricúspide.

Fisiopatología Se trata de una enfermedad progresiva, de carácter degenerativo, que comparte con la arteriosclerosis sistémica factores de riesgo.

Síntomas y diagnóstico

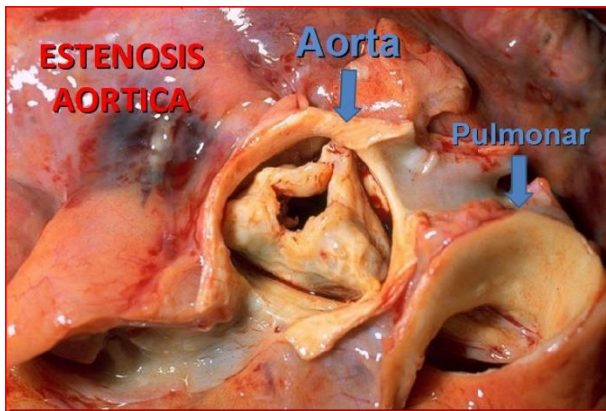
Los síntomas clásicos de dolor torácico, síncope e insuficiencia cardíaca no son tan patentes en muchas ocasiones, Los síntomas pueden iniciarse como una intolerancia al esfuerzo, caídas e inestabilidad postural, lo que dificulta el diagnóstico. En pacientes con deterioro cognitivo, el diagnóstico puede ser especialmente difícil al no describir los síntomas con claridad. La sintomatología puede atribuirse al propio envejecimiento, o a otras patologías de alta prevalencia, si no se tiene la suficiente pericia.

Pulso El pulso carotídeo

clásico es parvo y tardo, es decir, disminuido en amplitud y retrasado en la sístole tardía. En ancianos este dato puede ser de poco valor al estar oscurecido por la arterioesclerosis.

Tratamiento médico

En el paciente con síntomas y estenosis severa el recambio valvular es de elección. Los fármacos únicamente alivian la clínica. El beneficio teórico de reducir las resistencias periféricas puede seguirse de hipotensión, al ser muy difícil incrementar el gasto cardiaco por la estenosis fija.



Plan de cuidados de enfermería.

Las enfermeras en su práctica clínica realizan constantemente valoraciones utilizando el juicio clínico basado en interpretaciones científicas. Los diagnósticos de enfermería son el resultado de estas valoraciones, los cuales forman la base para guiarlas en la planificación, implementación y evaluación, solo se recomienda antibioterapia para evitar la endocarditis y una dieta hiposódica. Si aparece fibrilación auricular, se prescribe anticoagulación y en caso de requerirse, verapamilo, digoxina o bloqueantes beta. Sin embargo, cuando aparece sintomatología y/o aparece más disfunción o patología asociada es necesaria la intervención quirúrgica.

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.

Fisiopatología y presentación clínica de la insuficiencia cardiaca aguda.

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 (ICC) o miocardiopatía también puede manifestarse como un edema agudo de pulmón o choque cardiogénico.

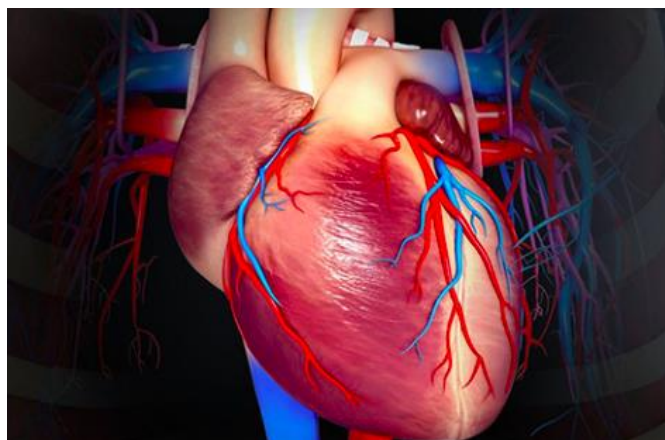
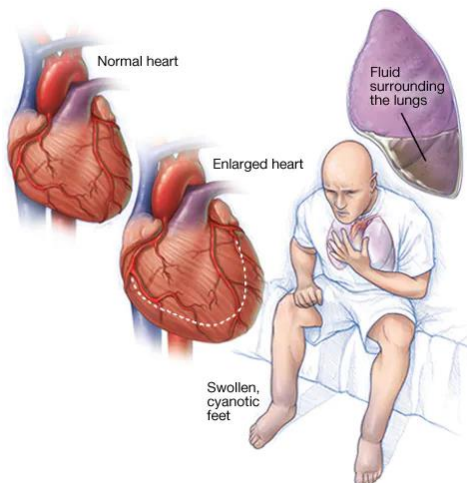
Tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda:

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.

Signos y síntomas.

La insuficiencia cardíaca puede ser constante (crónica) o puede comenzar de manera repentina (aguda).

- Falta de aliento durante una actividad o cuando estás acostado
- Fatiga y debilidad
- Hinchazón en las piernas, en los tobillos y en los pies
- Latidos del corazón rápidos o irregulares
- Menor capacidad para hacer ejercicio
- Tos o sibilancia al respirar constantes con moco blanco o rosa manchado de sangre
- Hinchazón del área del vientre (abdomen)
- Aumento de peso muy rápido debido a la acumulación de líquidos
- Náuseas y falta de apetito



EDEMA AGUDO DE PULMÓN

El edema agudo de pulmón (EAP) 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.

Signos y síntomas de edema pulmonar repentino (agudo)

-Dificultad para respirar (disnea) o falta excesiva de aire que empeora con la actividad o al acostarse

- Sensación de asfixia o ahogo que empeora al acostarte

- Tos que produce esputo espumoso y que puede tener sangre

- Silbido del pecho o jadeos al respirar

- Piel fría y húmeda

- Ansiedad, agitación o sensación de temor

- Labios azulados

- Latidos del corazón irregulares y rápidos (palpitaciones)

Signos y síntomas de edema pulmonar de largo plazo (crónico)

- Dificultad para respirar con actividad o cuando estás acostado

- Despertar por la noche con tos o sensación de dificultad para respirar que puede aliviarse al sentarte

- Más falta de aire de lo normal cuando haces actividad física

- Sibilancia

ESTUDIOS PARACLÍNICO.

Laboratorio La gasometría arterial debe estar disponible de inmediato; los hallazgos probables son:

- Hipoxemia 60 mmHg (PaO₂/FiO₂ típicamente 300 mmHg).

Al inicio la PaO₂ puede mantenerse normal por una distribución más homogénea de la sangre hacia las unidades alveolares mejor ventiladas, pero al acumularse líquido en el intersticio se desarrolla hipoxemia de leve a moderada y cuando el edema es alveolar la variedad de hipoxemia grave es la regla.

- En etapas tempranas, alcalosis respiratoria por hiperventilación compensadora.

El diagnóstico del edema agudo de pulmón:

se basa fundamentalmente en la exploración física del enfermo y la radiografía de tórax. Es muy característica la auscultación pulmonar en la que se oyen los llamados crepitantes húmedos, en ambas bases pulmonares.

El primer tratamiento para el edema pulmonar agudo:

es proporcionar oxígeno suplementario. Por lo general, recibes oxígeno a través de una mascarilla facial o cánula nasal, un tubo plástico flexible con dos aberturas que suministran oxígeno a cada orificio nasal. Esto debería aliviar algunos de tus síntomas.

Tu médico controlará cuidadosamente el nivel de oxígeno. A veces, puede ser necesaria la asistencia respiratoria mediante un equipo, como un ventilador mecánico o un equipo que proporcione una presión de aire positiva en las vías respiratorias.

Factores de riesgo cardiovascular.

Las enfermedades no transmisibles tales como la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer, las neumopatías crónicas y las lesiones, son responsables en nuestro país de más del 60% de las muertes y del 50% de los años de vida perdidos por muerte prematura. Estas enfermedades suelen compartir factores de riesgo comunes (alimentación inadecuada, sedentarismo y tabaquismo), así como también estrategias de vigilancias conjuntas e integradas.

Medidas terapéuticas.

los pacientes con angina de pecho establecida, cardiopatía coronaria, infarto de miocardio, accidente isquémico transitorio, accidente cerebrovascular o vasculopatía

periférica, o que se hayan sometido a revascularización coronaria o endarterectomía carotídea;

- pacientes con hipertrofia ventricular izquierda (confirmada en el electrocardiograma) o retinopatía hipertensiva (grado III o IV);
- personas sin enfermedades cardiovasculares establecidas, pero con una cifra de colesterol total ≥ 8 mmol/l (320 mg/dl) o de colesterol transportado por lipoproteínas de baja densidad (LDL) ≥ 6 mmol/l (240 mg/dl) o razón CT/C-HDL > 8 ;
- personas sin enfermedades cardiovasculares establecidas que tengan una presión arterial elevada persistente ($>160-170/100-105$ mmHg) (38-41, 43, 83);
- diabéticos de tipo 1 o 2, con nefropatía evidente u otra nefropatía significativa;
- pacientes con insuficiencia renal o deterioro renal comprobados.

Bibliografía

1. Hinchman DA, Otto CM. Valvular diseases in the elderly. *Cardiology Clinics* 1999; 17 (1): 137-59. 2. Carabello BA, Crawford FA. Valvular heart disease. *New Eng J Med* 1997; 337 (1): 32-41. 3. Tornos MP. Estenosis aórtica en mayores de 75 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 31 (1): 45-8. 4. Gil M, Yas R, Álvarez J, Reguillo de la Cruz F, Catañón J. Tratamiento de la estenosis aórtica en pacientes mayores de 75 años: visión del cirujano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37 (1): 27-31. 5. Bañuelos de Lucas C. Tratamiento de la estenosis valvular aórtica en el anciano. Alternativas no quirúrgicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37 (1): 40-4. 6. Tornos P. Nuevos aspectos de la valvulopatía aórtica. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54 (supl. 1): 17-21.
2. Baddour, L. M., W. R. Wilson, A. S. Bayer, V. G. Fowler Jr., A. F. Bolger, M. E. Levison, P. Ferrieri, et al. «Infective endocarditis. Diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications». *Circulation* 111 (2005): 3167-3184.

3. Karchmer, A. W. «Infective endocarditis». En P. Libby, R. O. Bonow, D. L. Mann y D. P. Zipes, eds. Braunwald's Heart Disease. A textbook of Cardiovascular Medicine. 8.^a ed. Filadelfia: Saunders Elsevier, 2008, 1713-1737. Moreillon, P., e Y.-A. Que. «Infective endocarditis». Lancet 363 (2004): 139-149. Vilacosta, I., C. Sarriá, y J. A. San Román. Endocarditis infecciosa. Barcelona: Prous Science, 2002. Wilson, W., K. A. Taubert, M. Gewitz, P. B. Lockhart, L. M. Baddour, M. Levison, A. Bolger, et al. «Prevention of Infective Endocarditis. Guidelines from the American Heart Association». Circulation 116, núm. 5 (2007): 1736-1754.