



# Mi Universidad

*Nombre del Alumno: Kerilin Dominguez Marquez.*

*Nombre del tema: Cuadro sinóptico de miocardiopatía de 4.1-4.4.*

*Parcial: 4to parcial.*

*Nombre de la Materia: Enfermería clínica II.*

*Nombre del profesor: Selene Gabriela Sanchez Barbery*

*Nombre de la Licenciatura: Lic. En Enfermería.*

*Cuatrimestre: 5to cuatrimestre.*

*Pichucalco, Chiapas a 28 de marzo del 2022.*

# MIOCARDIOPATÍAS

## CONCEPTO DE SINCOPE

El síncope es la pérdida transitoria y auto limitada del conocimiento y el tono postural por disminución del flujo sanguíneo cerebral, de tal modo que puede ocurrir en forma súbita, sin advertencia, o ir precedido de síntomas principales como mareos o desvanecimiento, debilidad, fatiga, náuseas, visión borrosa, zumbido en los oídos o diaforesis.

## ETIOLOGIA

El síncope por lo común se debe a un trastorno mediado por factores neurales, hipotensión ortostática o un trastorno cardiaco subyacente y no es infrecuente que la causa sea multifactorial.

## CAUSA

La causa de síncope en 30% de los ancianos son; la polifarmacia con fármacos anti-hipertensores o antidepresivos a menudo es factor que contribuye; la falta de condición física también puede tener alguna participación.

También ocurre con los trastornos del sistema nervioso autónomo, sean periféricos (diabetes, nutricionales o polineuropatía por amiloide) o centrales (atrofia de múltiples sistemas, enfermedad de Parkinson), de tal modo que algunos casos son idiopáticos.

## ENFERMEDADES RELACIONADAS

- **HIPOGLUCEMIA:** La hipoglucemia grave suele deberse a una enfermedad importante, de tal modo que el hambre es una manifestación premonitoria que no es típica en el síncope.
- **CATAPLEJIA:** Pérdida súbita parcial o completa del tono muscular desencadenada por las emociones fuertes; ocurre en 60 a 75% de los pacientes con narcolepsia, de tal forma que, a diferencia del síncope, se conserva la conciencia durante los ataques, y no hay síntomas premonitorios.
- **TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS:** La pérdida evidente del conocimiento puede presentarse en la ansiedad generalizada, trastornos por pánico, depresión mayor y trastorno de somatización, a menudo se parece al presíncope, aunque los síntomas no se acompañan de síntomas prodrómicos y no se alivian con la posición de decúbito dorsal.

## DIAGNOSTICO

El diagnóstico diferencial suele ser entre el síncope y una convulsión generalizada.

## TRATAMIENTO

Los pacientes con síncope mediado por factores neurales deben recibir instrucciones para evitar situaciones o estímulos que provoquen ataques, de tal forma que se debe de realizar tratamiento con;

Farmacoterapia (fármacos) como suelen ser los antagonista 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.

Los pacientes con hipotensión ortostática deben tratarse primero con interrupción de los fármacos vasoactivos.

# CHOQUE CARDIOGÉNICO

## CONCEPTO

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), que además representa la principal causa de muerte en estos pacientes.

## SITUACIONES ESPECIALES

- Insuficiencia mitral aguda: Es secundaria al infarto inferior o a la isquemia del músculo papilar posterior.
- Rotura ventricular: En el tabique se presenta como un cuadro de insuficiencia cardíaca grave o choque, en donde se detecta un soplo o frémito holo sistólico a nivel paraesternal y, al igual que la insuficiencia mitral, presenta ondas v gigantes.
- Taponamiento cardíaco: 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

## CAUSA

**AGUDA**  
Pericarditis infecciosas: sepsis  
Colagenopatías: LES, artritis reumatoide  
Traumatismos: penetrante, punzante  
Pericarditis vírica o idiopática: coxsackie, virus del grupo B5  
Diseción de la aorta: hemopericardio  
Uremia: IRA  
Anticoagulantes  
Tumores vasculares del pericardio: angiomas, angiosarcomas  
Operación o procedimientos invasivos: marcapaso, ACTP, valvuloplastia  
Infarto agudo de miocardio: rotura cardíaca

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

## DIAGNOSTICO

En los pacientes con TC es fundamental el tratamiento etiológico. en la mayoría de ellos, se realizan;  
Radiografía de tórax  
Electrocardiograma  
Ecocardiograma

## TRATAMIENTO

El tratamiento inicial en pacientes con choque cardiogénico debe incluir líquidos, a menos que exista edema pulmonar.

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

Trombólisis: La terapia trombolítica ha mostrado consistentemente disminuir la mortalidad en pacientes con infarto del miocardio, así como disminuir la incidencia de choque cardiogénico; pese a ello, en la actualidad la evidencia es que la trombólisis no disminuye la mortalidad en pacientes con choque cardiogénico, excepto cuando se utiliza junto a BIAC, en donde parece mejorar la sobrevida.

# ISQUEMIA ARTERIAL

## CONCEPTO

La isquemia arterial aguda periférica 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.

## CAUSAS

- Cardíacas. Entre las afecciones más frecuentes se encuentran la fibrilación auricular, las valvulopatías y prótesis valvulares, el infarto agudo de miocardio, los mixomas y la miocardiopatía hipertrófica y congestiva.
- Vasculares intrínsecas: pared arterial patológica con formación de trombos muales, placas ateromatosas ulceradas y aneurisma aórtico.
- Otras fuentes embolígenas son las grasas, los gases, las hidátides, los cuerpos extraños, la embolia paradójica, la costilla cervical (síndrome del desfiladero costocervicoclavicular), las exploraciones invasivas y, cada vez con mayor frecuencia, los fármacos administrados por vía parenteral.

## SINTOMAS

Se pueden resumir en la clásica regla de las seis P de Prat: Pains (dolor), Palor (palidez), Paresthesia (parestesias), Paralysis (parálisis), Pulselessness (ausencia de pulsos) y Poikilothermia (igualación de la temperatura de la extremidad afectada a la temperatura ambiental).

## DIAGNOSTICO

La anamnesis y la exploración física permiten determinar el nivel de la obstrucción al flujo arterial, su causa probable y el grado de isquemia, y aportan datos suficientes para llegar a un diagnóstico de presunción.

Las exploraciones básicas que deben solicitarse en urgencias, pero que no deben retrasar el ingreso ni el tratamiento, son:

- 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 creatinina.
- 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.

## MEDIDAS GENERALES

## 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 glucosa lino 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

