



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno; Narda Karina Pablo Sánchez

Nombre del tema; Patologías del Sistema Cardiovascular

Parcial; I

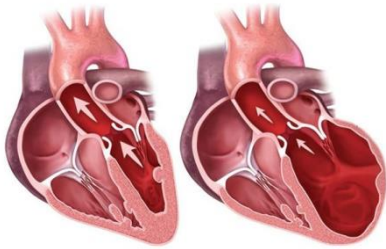
Nombre de la Materia; Enfermería Clínica II

Nombre del profesor; Sandra Yasmin Ruiz Flores

Nombre de la Licenciatura; Enfermería

Cuatrimestre; 5°

Fecha; 10/02/2022



Miocardopatías

Es una enfermedad del músculo cardíaco que dificulta que el corazón bombee sangre al resto del cuerpo.

Sincope

Perdida transitoria y autolimitada del conocimiento y el tono postural por disminución del flujo sanguíneo cerebral.

Etiología

Se debe a un trastorno mediado por factores neurales, hipotensión ortostática o un trastorno cardíaco subyacente.

Sincope neurocardiogenico (vasovagal y vasodepresor)

- ❖ Desmayo común que presentan las personas normales contribuye a casi la mitad de todos los episodios de sincope.
- ❖ Puede ser provocado por un ambiente cálido o tumultuoso, alcohol, fatiga, dolor, hambre, posición de bipedestación prolongada o situaciones estresantes.
- ❖ Hipotensión postural (ortostática) el levantarse de manera súbita desde una posición de decúbito dorsal o el estar parado tranquilamente son circunstancias desencadenantes.

Hipoglucemia

- ❖ Suele deberse a una enfermedad importante
- ❖ La concentración de glucosa en el momento de un desmayo es diagnóstica

Cataplejía

- ❖ Pérdida súbita parcial o completa del tono muscular desencadenada por las emociones fuertes

Trastorno psiquiátrico

- ❖ La pérdida evidente del conocimiento puede presentarse en la ansiedad generalizada, trastornos por pánico, depresión mayor y trastornos de somatización.
- ❖ Los ataques pueden producirse mediante la hiperventilación

Síntomas

- ❖ Ataques de pánico como la sensación de muerte inminente
- ❖ Disnea
- ❖ Palpitaciones
- ❖ Sensación de hormigueo en los dedos y la región peribucal

Tratamiento

Está determinado por la causa fundamental

La farmacoterapia puede ser necesaria para el síncope por fármacos neurales resiste al tratamiento.

Choque cardiogenico

- ❖ Es un estado de hipoperfusión tisular debido a disfunción cardiaca que responde a múltiples causas.
- ❖ Es la disminución del gasto cardiaco con evidencia de hipoperfusión tisular en presencia de volumen intravascular adecuado.

Fisiopatología

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.

Tratamiento

Manejo inicial

- Deben incluir líquidos, a menos que exista edema pulmonar
- Debe colocarse un acceso venoso central, línea arterial, sonda vesical y oximetría de pulso
- La intubación y ventilación mecánica asistida se requieren ya que disminuyen el trabajo respiratorio y el consumo O₂

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.

Trombólisis

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

Situaciones especiales

Insuficiencia mitral aguda

Por lo general es secundaria al infarto inferior o a la isquemia del músculo papilar posterior.

Rotura ventricular

- Se presenta como un cuadro de insuficiencia cardiaca grave o choque, en donde se detecta un soplo o frémito holosistólico a nivel paraesternal y, al igual que la insuficiencia mitral, presenta ondas v gigantes.

Diagnostico

- ❖ Se establece por ecocardiograma

Tratamiento

- ❖ Se basa en el cierre quirúrgico

Taponamiento cardiaco

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

- Pericarditis infecciosas; sepsis
- Colagenopatías; LES, artritis reumatoide
- Traumatismo; penetrante punzante
- Pericarditis vírica o idiopática; coxsackie, virus del grupo B5
- Disección de la aorta; hemopericardio
- Uremia; IRA
- Anticoagulantes
- Tumores vasculares del pericardio; angiomas, angiosarcomas
- Operación o procedimientos invasivos, marcapasos, ACTP, valvulopatías
- Infarto agudo de miocardio; rotura cardiaca

Diagnostico

- ❖ Clínico
- ❖ Radiografía de tórax
- ❖ Electrocardiograma
- ❖ Ecocardiograma

Isquemia arterial periférico

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 los mismos.

Causas

- ❖ Embolia
- ❖ Trombosis de vaso nativo o injerto
- ❖ Aneurisma periférico disecante
- ❖ Traumatismo arterial

Síntomas

- Dolor
- Palidez
- Parestesias
- Parálisis
- Ausencia de pulso
- Igualación de la temperatura de la extremidad afectada a la temperatura ambiental

Diagnostico

La anamnesis y la exploración física permiten 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.

Exploraciones básicas que deben solicitarse en urgencias, pero no se deben retrasar el ingreso ni el tratamiento, son;

- Electrocardiograma
- Radiografía posteroanterior y lateral del tórax
- Hematimetría con fórmula y recuento leucocitario
- Bioquímica sanguínea que incluya la determinación de urea, creatinina, sodio, potasio y creatinina
- Estudio de coagulación

- Gasometría arterial, en pacientes con isquemia arterial
- Doppler
- Eco-doppler
- Angiografía

Tratamiento

- ❖ Reposo en cama, situado la extremidad afectada en moderado declive y con almohadillado de los puntos de apoyo
- ❖ Canalización de una vía venosa periférica y perfusión de suero glucosalino
- ❖ Analgésicos
- ❖ Tratamiento anticoagulante
- ❖ Tratamiento quirúrgico

Patología venosa periférica

Situaciones clínicas en la que se produce una obliteración, total o parcial, del sistema venoso profundo de una extremidad

Exploraciones complementarias

- ❖ Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios
- ❖ Bioquímica sanguínea que incluya la determinación de glucosa, urea, creatinina, sodio y potasio
- ❖ Electrocardiograma
- ❖ Radiografía posteroanterior y lateral de tórax
- ❖ Estudio de coagulación
- ❖ Eco-doppler

Tratamientos

- Reposo con la extremidad afectada elevada
- Canalización de una vía venosa periférica y perfusión de suero glucosalino
- Analgésicos
- Antiinflamatorios no esteroides, como diclofenaco

- Debe administrarse un antibiótico de amplio espectro

Traumatismo cardiaco

La causa más frecuente de la lesión cardiaca es el traumatismo torácico que se sufre tras un accidente de tráfico, bien por contusión directa en la cara anterior del tórax o por mecanismo de aceleración-desaceleración y torsión, con afección cardiaca y en ocasiones vasculares.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas varían en relación con el tipo de lesión ocasionado por el traumatismo y con la gravedad de las lesiones ocasionada por el traumatismo y con la gravedad de las lesiones, que puede ir de la mínima repercusión hasta el colapso hemodinámico total.

Diagnostico

- Electrocardiograma
- Ecocardiograma

Tratamiento

- ❖ Incluye reposo absoluto
- ❖ Monitorización electrocardiográfica por 24 horas
- ❖ Tratamiento sintomático
- ❖ Si el paciente se encuentra con inestabilidad hemodinámica se administran inotrópicos e incluso se puede utilizar balón de contrapulsación intraaórtica
- ❖ Antiarrítmicos, se deben administrar ante la presencia de arritmias secundarias y a la afección cardiaca.
- ❖ Frente a la existencia de un trombo intraventricular, debe instaurarse anticoagulación siempre y cuando las lesiones asociadas lo permitan.
- ❖ La cirugía debe plantearse cuando existe un taponamiento por derrame pericárdico o hemopericardio resultante de una rotura cardiaca o de una

arteria coronaria, necesidad de cierre de fistula o lesión valvular grave con inestabilidad hemodinámica.

Parada cardiaca, muerte súbita, RCP básica

Paro cardiorrespiratorio

Es la desaparición súbita de la actividad contráctil del corazón y de la ventilación espontánea.

Causa

- ❖ Fibrilación ventricular/ taquicardia ventricular sin pulso presente hasta en 90% de los casos en los primeros 10 minutos de evolución
- ❖ El tratamiento PCR constituye la mayor urgencia cardiovascular y su éxito depende del tiempo que se tarde en iniciar las maniobras de reanimación básica y avanzada.

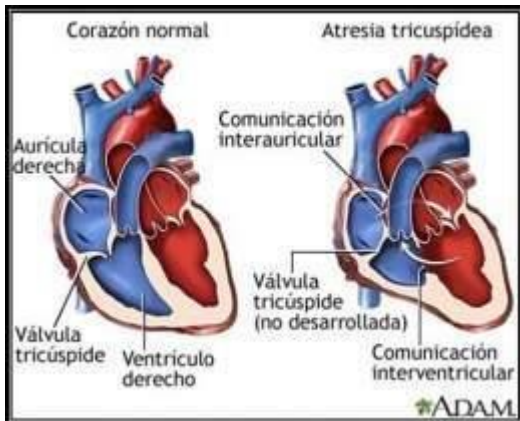
Reanimación cardiopulmonar en el medio extrahospitalario

- Activación del sistema médico de urgencias
- Reanimación cardiopulmonar precoz
 - A permeabilizar la vía aérea
 - Ventilación con presión positiva
 - Circulación
 - Desfibrilación temprana
- Traslado inmediato a un medio hospitalario
- Ingreso al medio hospitalario.

Intervenciones de enfermería

- ✚ Determinar la tolerancia del paciente a la actividad.
- ✚ Mantenimiento de un programa de deambulacion, según la tolerancia.
- ✚ Dar expectativas realistas al paciente y familia.

- ✚ Enseñar al paciente y familia sobre los fármacos adecuados, tanto prescritos como de libre disposición.
 - ✚ Enseñar al paciente y familia sobre la modificación de los factores de riesgo cardíacos (consejo antitabaco, dieta y ejercicio).
 - ✚ Enseñar al paciente sobre el cuidado propio del dolor torácico (tomar nitroglicerina sublingual cada 5 minutos tres veces y, si el dolor no remite, recurrir a cuidados médicos de urgencia).
 - ✚ Instruir al paciente y familia sobre el régimen de ejercicios, incluyendo el precalentamiento, la resistencia y la relajación, si procede.
 - ✚ Instruir al paciente y familia sobre las limitaciones para levantar / empujar peso, si procede.
 - ✚ Instruir al paciente y familia sobre todas las consideraciones especiales.
- Cuidados Cardíacos: rehabilitación



Cardiopatías

Es un estrechamiento de los pequeños vasos sanguíneos que suministran sangre y oxígeno al corazón. Esta enfermedad también se denomina arteriopatía coronaria.

- **Comunicación interventricular (CIV):** Consiste en un agujero en la membrana que separa los dos ventrículos que hace que la sangre oxigenada se mezcle con la no oxigenada y de nuevo sea oxigenada por el pulmón, produciendo un doble esfuerzo de éste que puede ocasionar una hipertensión pulmonar.
- **Estenosis pulmonar:** Es la constricción de la válvula o anillo pulmonar, que es la encargada de dar paso a la sangre que el corazón hacia el pulmón. En caso de que exista esta constricción, el ventrículo derecho tiene que trabajar mucho más para hacer llegar la sangre al pulmón. Esto puede ocasionar una dilatación del ventrículo que afecte su funcionamiento.
- **Estenosis aórtica:** Es la constricción de la válvula aórtica, que es la que permite el paso de la sangre oxigenada procedente del pulmón desde el ventrículo izquierdo al resto de nuestro cuerpo a través de la aorta. Esta constricción hace que el ventrículo tenga que hacer más presión haciendo que el músculo del propio corazón se haga más grueso y pierda fuerza. Si esto ocurre, parte de la sangre se queda dentro del ventrículo o vuelve al pulmón y no llega al resto del cuerpo. También podemos encontrar esta

causa cuando la convicción se encuentra en la propia aorta, en este caso estamos hablando de una Coartación de la aorta.

- **Ductus persistente:** El ductus es un vaso que comunica, en el feto, la aorta con la arteria pulmonar. En el momento del nacimiento, este vaso se cierra y se inicia el circuito normal de la sangre dentro del corazón. Si este vaso no se cierra, toda la sangre se empieza a mezclar aumentando el flujo de sangre dentro del propio corazón y produciendo una sobrecarga del funcionamiento de éste y de los pulmones.
- **Tetralogía de Fallot:** Consiste en la existencia de una comunicación interventricular y una estenosis pulmonar a la vez. En este caso, la aorta recibe muy poca sangre oxigenada para enviar al resto del cuerpo, ya que por un lado hay una dificultad para poder hacer llegar la sangre al pulmón a oxigenarse (estenosis pulmonar) y, por el otro, esta poca sangre se mezclará con la no oxigenada procedente del ventrículo derecho (comunicación interventricular). Esta situación provoca una hipertrofia en el ventrículo derecho y una malformación en la propia aorta, de ahí que se llame tetralogía dado que acaban produciéndose cuatro malformaciones.
- **Ventrículo único:** En este caso hablamos de la falta de un ventrículo, normalmente el derecho. El ventrículo izquierdo se constituye como ventrículo único debiendo hacer las funciones de los dos ventrículos y mezclándose en él la sangre oxigenada y la no oxigenada. Esto hace que el trabajo sea el doble, produciendo una sobrecarga y que la sangre que se reparte por el cuerpo no tenga el suficiente oxígeno necesario.
Hay diferentes patologías que quedan englobadas dentro del término de ventrículo único como son el ventrículo de doble entrada, la atresia tricúspide o la atresia mitral, entre otras.
- **Transposición de grandes arterias (TGA):** Consiste en un error en la conexión entre los ventrículos y sus respectivas arterias. El ventrículo derecho se conecta con la aorta en lugar de conectarse con la arteria pulmonar y el ventrículo izquierdo se conecta con la arteria pulmonar en

lugar de conectarse con la aorta. En este caso, la sangre oxigenada vuelve al pulmón a oxigenarse de nuevo y la sangre sin oxígeno en lugar de ir al pulmón se reparte por todo el cuerpo. A veces esta patología se acompaña con una comunicación ventricular y/o una estenosis pulmonar.

- **Miocardiopatías:** Hacen referencia a aquellas afectaciones del músculo del corazón, el miocardio, y no a las estructuras. El buen funcionamiento del miocardio es básico para una buena circulación de la sangre y, por lo tanto, su mal funcionamiento puede producir otras patologías.
- **Otros tipos de cardiopatías frecuentes:** Transposición de grandes vasos, Atresia pulmonar, Atresia tricuspídea, Truncus arterioso.

Intervención de enfermería

- ✚ Ingresar al paciente a la unidad coronaria lo antes posible.
- ✚ Explicar al paciente todo cuanto se le va a realizar para disminuir su ansiedad.
- ✚ Colocar al paciente en su unidad procurando que se encuentre en reposo, para evitar el secuestro de flujo sanguíneo coronario.
- ✚ Monitorizar al paciente seleccionando una derivación que permita una adecuada interpretación.
- ✚ Colocar oxígeno suplementario con puntas nasales a 3 litros por minuto.
- ✚ Obtener un ECG completo, el cual deberá repetirse cada 15 a 30 minutos, dependiendo de la evolución.
- ✚ Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, irradiación, duración, factores precipitantes y factores que lo alivian), así como los signos y síntomas acompañantes (mareo, diaforesis, emesis, palidez, angustia, sensación de muerte inminente, disnea, signo de Levin, síncope). Hay que recordar que 25% de los pacientes pueden presentar un dolor atípico, sobre todo adultos mayores, diabéticos y mujeres.
- ✚ Canalizar una vena, de preferencia colocar un catéter central con estrictas medidas de asepsia y antisepsia.