



Mi Universidad

ENSAYO

Nombre del Alumno: Omar David Franco Navarro

Nombre del tema: Pericarditis y endocarditis

Parcial: 3

Nombre de la Materia: Enfermería clínica

Nombre del profesor: María del Carmen López Silva

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 5

Pericarditis

D. Franco.
06-03-23

Es la inflamación del pericardio, a menudo con acumulación de líquido en el espacio pericárdico.

Anatomía del pericardio

El pericardio tiene 2 capas. El P. Visceral está compuesto por una sola capa de células mesoteliales adheridas al miocardio, que se repliega sobre sí misma en el origen de los grandes vasos y se une con una capa dura y fibrosa que envuelve al corazón.

La cavidad que queda entre estas dos capas contiene una pequeña cantidad de líquido (25 a 50 mL) compuesto sobre todo por ultrafiltrado del plasma. El pericardio limita la distensión de las cámaras cardíacas y aumenta la eficiencia del corazón.

Fisiopatología

Aguda

Aparece rápidamente, promueve la inflamación de la cavidad pericárdica y a menudo derrame pericárdico. La inflamación se puede extender al miocardio epicárdico. En ciertos casos produce taponamiento cardíaco.

Puede resolverse por completo, resolverse y reaparecer (30%) o volverse subaguda o crónica. Desarrollándose lentamente. Su característica, el derrame.

Pericarditis Subaguda

Se produce semanas a meses después de un evento desencadenante

Pericarditis crónica

Se define como la pericarditis que persiste > 6 meses.

Demone pericárdico

Es la acumulación de líquido en el pericardio. El líquido puede ser seroso, serohemático, hemático, purulento o quiloso

Taponamiento cardíaco

Se produce cuando un gran derrame pericárdico compromete el llenado cardíaco y reduce el gasto cardíaco, lo que puede a su vez provocar shock y muerte. Si el líquido se acumula rápidamente incluso un pequeño volumen puede causar taponamiento porque el pericardio no puede estirarse a una velocidad suficiente para adaptarse

La acumulación lenta de hasta 1500 puede no producir taponamiento.

A veces la pericarditis causa engrosamiento y endurecimiento (Pericarditis constrictiva).

Octaviano
06-03-23

Pericarditis constrictiva

Se debe a un marcado engrosamiento inflamatorio y fibrótico del pericardio. A veces la capa parietal y visceral se adhieren entre sí o al miocardio. A menudo el tejido fibroso contiene depósitos de calcio. El pericardio engrosado y endurecido compromete notablemente el llenado ventricular y disminuye el volumen sistólico y el gasto cardíaco. Los trastornos del ritmo son habituales. Las presiones diastólicas en las aurículas, los ventrículos y los lechos venosos se equiparan. El paciente presenta congestión venosa, lo que promueve un considerable transudado de líquido desde los capilares sistémicos, con edema en las porciones declive del cuerpo, y más adelante ascitis.

La elevación crónica de la presión venosa sistémica y la presión venosa hepática puede conducir a la fibrosis del hígado (cirrosis cardíaca).

La constricción de la aurícula izquierda, el ventrículo izquierdo o ambos puede aumentar la presión en la vena pulmonar. Ocasionalmente produce derrame pleural.

Etiología

- x Infecciones
- x Enfermedades autoinmunitarias o inflamatorias
- x Uremias
- x Traumatismos
- x IAM
- x Cáncer
- x Radioterapia
- x Ciertas fármacos

Infecciosa

La mayor frecuencia por infecciones virales o piopépticas. La pericarditis bacteriana purulenta es poco común, pero puede producirse después de una pericarditis infecciosa, neumonía, septicemia, traumatismo penetrante o cirugía cardíaca.

Infarto agudo de miocardio

Responsable del 10-15% de pericarditis aguda.
El Síndrome posinfarto de miocardio (Síndrome Dressler) es una causa menos frecuente en la actualidad y se ve cuando la angioplastia coronaria transluminal por vía percutánea o con trombolíticos es ineficaz.

Pericarditis subaguda

Elongación de la pericarditis aguda.

Tranco

06-03-23

Pericarditis crónica con derrame pericárdico o la pericarditis constriciva crónica

Pueden aparecer después de P. Aguda secundaria a cualquier etiología o sin antecedentes de pericarditis aguda

La pericarditis crónica con derrame grande (seroso, serohemático o hemático) se debe con mayor frecuencia a tumor metastásico

El hipotirodismo puede causar derrame pericárdico y pericarditis por cristales de colesterol.

Signos y Síntomas.

Algunos pacientes presentan \uparrow δ y δ de inflamación, mientras que otros presentan hallazgos compatibles con acumulación de líquido o constricción.

Pericarditis aguda

Dolor torácico, fiebre y roce pericárdico, a veces con disnea. La primera evidencia puede estar representada por taponamiento cardiaco, hipotensión arterial, shock o edema de pulmón.

El dolor precordial o subesternol sordo o agudo puede irradiar al cuello, la cresta del trapecio o los hombros.

A diferencia del dolor torácico isquémico, el provocado por la pericarditis suele agravarse con el movimiento del tórax, tos, respiración o deglución y aliviarse cuando el paciente está acostado y al inclinarse hacia adelante.

Taquipnea, fiebre, tos no productiva, escalofríos y debilidad

En derrame pericárdico asociado a pericarditis aguda, puede provocar dolor. La acumulación de un volumen considerable de líquido pericárdico puede amortiguar los ruidos cardíacos, aumentar la superficie de matidez y cambiar el tamaño y forma de la silbata cardíaca

En taponamiento cardíaco hallazgos similares a shock cardiogénico, con disminución del GC, hipotensión arterial sistémica, taquicardia y disnea. Venas cervicales muy dilatadas. En casos avanzados el pulso puede desaparecer durante la inspiración

En pericarditis constrictiva, las alteraciones tempranas pueden ser el aumento de las presiones diastólicas ventricular, auricular pulmonar y venosa sistémica. Los S y S de congestión venosa periférica (edema periférico, distensión de las venas del cuello, hepatomegalia)

Diagnóstico.

Se debe solicitar ECG y Rx de tórax.

Se indica ecocardiografía para comprobar si hay derrame, alteraciones de llenado cardíaco que pueden sugerir un taponamiento cardíaco y anomalías de movimiento de la pared

O. Tronco
06-03-23

En pericarditis aguda identificar los siguientes hallazgos.

- Dolor torácico
- roce pericárdico
- Anomalías en ECG (Segmento ST y PR y onda T)
- derrame pericárdico

• En derrame pericárdico a menudo solo se considera después de observar una silueta cardiaca agrandada, en la Rx de tórax.

• En pacientes con derrames grandes el ECG puede mostrar alterancia eléctrica asociado a variaciones de posición del corazón

La ecocardiografía calcula el volumen de líquido pericárdico; identifica el taponamiento cardiaco, a veces miocarditis aguda y/o la insuficiencia cardiaca pudiendo sugerir la causa.

• En pericarditis constrictiva

En ECG una tercera parte de los pacientes experimenta F.A.

La Rx de tórax lateral muestra mejor la calcificación pericárdica

Se efectúa cateterismo cardiaco, derecho e izquierdo solo si los hallazgos clínicos y ecocardiográficos sugieren pericarditis constrictiva.

La TC o la RM puede hallar engrosamiento pericárdico $>5\text{mm}$

Taquipnea, fiebre, tos no productiva, exudatosa y debilidad

En derrame pericárdico asociado a pericarditis aguda, puede provocar dolor. La acumulación de un volumen considerable de líquido pericárdico puede amortiguar los ruidos cardíacos, aumentar la superficie de matidez y cambiar el tamaño y forma de la silbota cardíaca

En taponamiento cardíaco hallazgos similares a shock cardiogénico, con disminución del GC, hipotensión arterial sistémica, taquicardia y disnea. Venas cervicales muy dilatadas. En casos avanzados el pulso puede desaparecer durante la inspiración.

En pericarditis crónica, las alteraciones tempranas pueden ser el aumento de las presiones diastólicas ventricular, auricular pulmonar y venosa sistémica. Los S y S de congestión venosa periférica (edema periférico, distensión de las venas del cuello, hepatomegalia)

Diagnóstico.

Se debe solicitar ECG y Rx de tórax.
Se realiza ecocardiografía para comprobar si hay derrame, alteraciones de llenado cardíaco que pueda sugerir un taponamiento cardíaco y anomalías de movimiento de la pared

Tronco
06-03-23

En pericarditis aguda identificar los siguientes hallazgos.

- Dolor torácico
- roce pericárdico
- Anomalias en ECG (Segmento ST y PR y onda T)
- derrame pericárdico

• En derrame pericárdico a menudo solo se considera después de observar una silueta cardiaca agrandada, en la Rx de tórax.

• En pacientes con derrames grandes el ECG puede mostrar alternancia eléctrica asociado a variaciones de posición del corazón

La ecocardiografía calcula el volumen de líquido pericárdico; identifica el taponamiento cardiaco, a veces miocarditis aguda y/o la insuficiencia cardiaca pudiendo sugerir la causa.

• En pericarditis constrictiva

En ECG una tercera parte de los pacientes experimenta F.A.

La Rx de tórax lateral muestra mejor la calcificación pericárdica

Se efectúa cateterismo cardiaco, derecho e izquierdo solo si los hallazgos clínicos y ecocardiográficos sugieren pericarditis constrictiva.

La TC o la RM puede hallar engrosamiento pericárdico >5mm

2020
25-03-20

Tratamiento.

- AINES, colchicina y con escasa frecuencia corticosteroides.
- Pericardiocentesis para el taponamiento y derrames grandes.
- Fármacos por vía intrapericárdica (francolinasa)
- La pericarditis crónica a veces requiere resección pericárdica
- Tx de causa subyacente.

Endocarditis.

07-03-23.

Infección de las válvulas del corazón y cualquier material protésico alojado en su interior. (prótesis valvulares, marcapasos, desfibriladores implantables y otros).

Incidencia

Cada año de 3 - 4 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. La frecuencia incrementa conforme la edad. En individuos de 70-80 años la incidencia alcanza 15 casos por cada 100.000 habitantes.

Clasificación

En la actualidad se distinguen cuatro grupos muy diversos entre sí por su diferente cuadro clínico, tratamiento y pronóstico.

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

Mortalidad en endocarditis izquierda es del 20-25%.

Mortalidad en endocarditis derecha es del 5%.

Fisiopatología

O. Franco

Intervienen dos factores definitivos.

° Diseminación por la sangre de determinados gérmenes desde un foco de infección concreto.

° La presencia de una vegetación valvular, que se produce en el seno de una alteración previa de las válvulas del corazón y que consiste en el depósito de fibrina y plaquetas en la superficie de la válvula. Los gérmenes procedentes de la sangre se van a instalar en esa vegetación valvular para multiplicarse en su interior y dañar la válvula.

Causas.

Bacterias y con menor frecuencia hongos. Las bacterias más frecuentes; estreptococos, estafilococos.

Conocer el germen causal será de vital importancia para el Dx y Tx.

Signos y Síntomas.

Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, frecuentemente se acompaña de fibrinógeno. Se pueden presentar muy diferentes signos y síntomas; neurológicos, cardiológicos, pulmonares, renales, abdominales reumatológicos, etc.

D. Franco
07-03-23

Pronóstico

Depende de tres factores: situación clínica del paciente, tipo de germen causante de la infección y los hallazgos en el ecocardiograma

Diagnóstico

Pruebas fundamentales:

- Hemocultivo y ecocardiograma (transtorácico o transesofágico)

10% de los pacientes que recibieron antibióticos antes de la extracción de sangre, los hemocultivos son negativos, lo que complica el diagnóstico y tratamiento.

Con el ecocardiograma se conocerá el grado de lesión valvular y la extensión local de la infección.

Tratamiento

Se usa combinación de dos o tres antibióticos por vía i.v a dosis altas durante un periodo entre cuatro y seis semanas. Los más utilizados son: penicilina G, cloxacilina, vancomicina, gentamicina, rifampicina, ampicilina y la ceftriaxona. La mayoría bactericidas.

En un 50% de los pacientes necesitará ser intervenido para llevar a cabo un recambio valvular.

Necesidad de cirugía

Hay dos indicaciones clásicas:

- Pacientes que desarrollan insuficiencia cardíaca secundaria a un problema valvular
- Aquellos enfermos que a pesar de seguir un tratamiento antibiótico adecuado presenta signos clínicos y de laboratorio que indican que la septicemia persiste y que no se está consiguiendo un control adecuado de la infección

Prevención de la endocarditis

- Cuidado de boca e higiene bucal correcta
- Cuidado de la piel (heridas e infecciones).
- Asepsia en quirófanos y unidades de cuidados posquirúrgicos.
- Limitar sondaje de vía urinaria
- Asepsia en pacientes que se someten a diálisis, implantación de marcapasos y desfibriladores.
- Dosis única de antibiótico antes de la realización de determinados procedimientos que pueden producir una diseminación de bacterias.

BIBLIOGRAFÍA

Manuales, M. S. D. (2023, enero 16). *Pericardiocentesis guiada por ecografía*.

Manuales, M. S. D. (2023a, enero 16). *El corazón*.