



Nombre de alumno: Felipe Vázquez Erivian Usbaldo.

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba.

Nombre del trabajo: Super Nota.

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Enfermería Clínica.

Grado: 5 cuatrimestre.

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de febrero al 2023

ENDOCARDITIS. PERICARDITIS. VALVULOPATÍAS.

ENDOCARDITIS.

La endocarditis aguda es una enfermedad febril que lesiona rápidamente las estructuras cardiacas, se extiende hasta otros puntos extra cardiacos por vía hematológica 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.

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. Tiene un grosor aproximado de 0.8 a 2.5 mm, Contiene alrededor de 10 y hasta 45 ml de líquido seroso en el cual la concentración de proteínas es más alta, en particular albúmina, que, en sangre total, aunque con menor relación en cuanto a proteínas totales.

ETIOLOGÍA

La pericarditis aguda se puede encontrar como una entidad aislada o como resultado de una enfermedad sistémica. La mayoría de los casos es idiopática o se debe a infecciones víricas, agentes estos últimos a los que se atribuye desde 50 hasta 90% de los casos, de acuerdo con distintas series, y según el interés con que se busque la etiología específica, ya que es muy posible que la mayoría de las causas idiopáticas se relacione con virus no identificados.

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.

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.

VALVULOPATÍAS

Estenosis aórtica Es la valvulopatía más frecuente, con el calificativo de grave cuando el área valvular es menor de 0.8 cm² 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, y en quienes se puede documentar enfermedad arterial coronaria en 50%.

Fisiopatología

Al principio presentan un periodo latente prolongado durante el cual se mantiene el gasto cardíaco, 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

cardíaco que se requiere en el ejercicio, con lo que aparece el síncope. En etapas avanzadas, el ventrículo izquierdo presenta datos de insuficiencia cardíaca al no tolerar la sobrecarga por la obstrucción al tracto de salida.

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. La sobrevida de los pacientes sin tratamiento quirúrgico es:

- a) del 50% a 5 años en los que inician con angina;
- b) del 50% a 3 años en los que presentan síncope,
- c) del 50% a 2 años en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Valvuloplastia con balón: su eficacia es limitada, ya que sólo disminuye los síntomas sin mejorar la sobrevida, además de que se produce 60% de Reestenosis a seis meses y de 100% a 2 años

Referencias

UDS, u. d. (11 de 03 de 2023). *UDS antologia de enfermeria clinica*. Obtenido de <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/e78119923ca99ace49afd3acdb58c4b9-LC-LEN501.pdf>.