



Docente: María del Carmen López Silba

Alumno: Danika de Alba Santis López

Materia: Enfermería Clínica II

Lic. enfermería 5º cuatrimestre grupo: B

Tema: Endocarditis. Pericarditis, cuidados de enfermería.

Campus UDS Comitán de Domínguez, Chiapas

ENDOCARDITIS.

La endocarditis aguda es una febril que lesiona rápidamente las estructuras cardíacas, se extiende hasta otros puntos extracardiacos 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 aórtico roto.

PERICARDITIS

La pericarditis es la inflamación aguda del pericardio, que se compone de dos membranas de tejido conectivo que rodean al corazón; en estas se localizan los nervios, linfáticos y vasos sanguíneos. Las capas son la visceral y la parietal, la primera de ellas de tejido conectivo y 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 albumina, que en sangre total, aunque con menor relación en cuanto a proteínas totales. Su función es mecánica, ya que contiene al corazón y mantiene el tamaño de las cavidades con paredes más delgadas como la aurícula y ventrículo derecho.

ETIOLOGIA

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.

Las infecciones víricas son la principal causa infecciosa, aunque existen diferentes tipos y serotipos de virus. El resto de los pacientes adquiere la pericarditis al sufrir un IAM transmural, traumatismos, enfermedad aórtica, neoplasias (incluido su tratamiento), o surgir de manera secundaria a enfermedades crónicas (insuficiencia renal, hepática, enfermedades auto inmunitarias o inflamatorias).

DIAGNOSTICO

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 supradesnivel del segmento ST con cavidad superior.

TRATAMIENTO

El esquema terapéutico se dirige a tratar la etiología precisa de la pericarditis pero, debido a que ésta solo se logra determinar en menos de 50% de los casos, la prioridad en estos enfermos es eliminar el dolor e iniciar la terapia antiinflamatoria. Los fármacos de primera elección son la aspirina y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

VALVULOPATIAS

Estenosis aórtica

Es la valvulopatías 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. De origen valvular se encuentran las siguientes:

- **Reumática:** es causada por la fusión de las comisuras. Suelen presentarse en pacientes entre 40 y 60 años y 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.
- **Degenerativa:** debido a calcificación desde la base a las valvas sin fusión de estas últimas.

FISIOPATOLOGIA

Al principio presentan un periodo latente prolongado durante el cual se mantiene el gasto cardiaco, a pesar del incremento en el gradiente a través de la válvula aórtica.

La obstrucción a la salida de sangre del ventrículo izquierdo limita el incremento del gasto cardiaco que se requiere en el ejercicio, con lo que aparece el síncope.

El riesgo de muerte súbita es menor 1% por año y es raro que se presente sin sintomatología previa. Las resistencias vasculares periféricas que determina la hipertensión arterial, la cual se presenta hasta un tercio de estos y explica la disminución del gradiente a través de la válvula.

Estudios de gabinete

- ❖ **ECG:** 85% de los pacientes presenta hipertrofia de cavidades izquierdas.
- ❖ **Ecocardiograma transtorácico:** ayuda a determinar el número y grado de afección de las valvas, área valvular aórtica, el gradiente transvalvular, valvulopatías concomitantes y función ventricular.

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;

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

BIBLIOGRAFIA:

Esta información es sacada de la Antología UDS.