

**Nombre del Alumno:** Ivis Sady García Rodríguez

**Nombre del tema:** Síncope. Shock cardiogénico. Taponamiento cardiaco.

**Parcial:** I

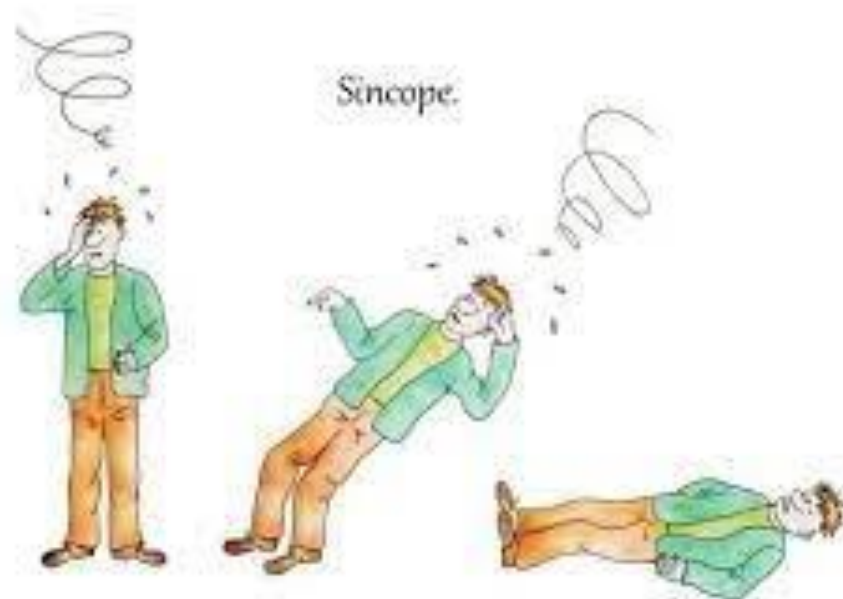
**Nombre de la Materia:** Enfermería II

**Nombre del profesor:** María José Hernández Méndez

**Nombre de la Licenciatura:** Enfermería

**Cuatrimestre:** 5 to

**Lugar y Fecha de elaboración:** La Independencia, Chiapas a 12 de febrero del 2023



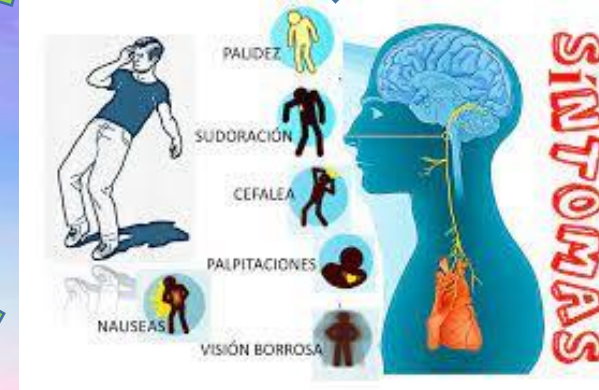
# MIOCARDIOPATÍAS

## SINCOPE

Pérdida transitoria y auto limitada del conocimiento y el tono postural por disminución del flujo sanguíneo cerebral. Se debe por factores neurales, hipotensión ortostática o un trastorno cardiaco subyacente.

### Síncope neurocardiígeno (vasovagal y vasodepresor):

Ocurre cuando te desmayas porque el cuerpo reacciona de manera desproporcionada a ciertos factores desencadenantes, como ver sangre o ante mucho sufrimiento emocional, hace que la frecuencia cardíaca y la presión arterial disminuyan abruptamente. Como consecuencia, disminuye el flujo sanguíneo al cerebro y se pierde el conocimiento por un momento.



### Hipotensión postural (ortostática):

Se llama hipotensión postural (o hipotensión ortostática) a la caída en la presión arterial cuando se sienta después de haber estado acostado o se pone de pie después de haber estado sentado. Cuando le baja la presión arterial, le llega menos sangre a los órganos y los músculos.



### Tratamiento:

La farmacoterapia puede ser necesaria para el síncope por fármacos neurales resistente a tratamiento. Los antagonistas 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.

### Diagnostico:

Suele comenzar mediante un examen físico donde el medico escuchara el corazón y tomara la presión del paciente, se masajea las arterias principales del cuello para corroborar si eso hace que se desmaye.

También se realiza pruebas de sangre, electrocardiograma, ecocardiografía, pruebas de esfuerzo.



### Enfermedades o afecciones que pueden provocar sincope

#### Hipoglucemia

palidez  
debilidad  
confusión  
taquicardia  
hambre  
visión borrosa  
irritabilidad  
cansancio  
temblor  
sudor  
dolor de cabeza



### TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS



Alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo.



Episodios repentinos de debilidad muscular bilateral causados por emociones como la risa, la cólera o la vergüenza.

Síndrome clínico que aparece en aquellas situaciones en las que las concentraciones de glucosa en sangre se sitúan por debajo de 50 mg./dl.



# MIOCARDIOPATÍAS

## CHOQUE CARDIOGÉNICO

Disminución del gasto cardiaco con evidencia de hipoperfusión tisular en presencia de volumen intravascular adecuado, el corazón no puede bombear suficiente sangre y oxígeno al cerebro y otros órganos vitales.

### EPIDEMIOLOGÍA

INCIDENCIA

7-10%.

- Principal causa de muerte después del IM
- La incidencia es más alta en mujeres, asiáticos/isleños del Pacífico y pacientes mayores de 75 años.

TASAS DE MORTALIDAD A 30 DÍAS

40-45%.

#### Predictores de reingreso

RIESGO DE REINGRESO 30 DÍAS

18,6 %

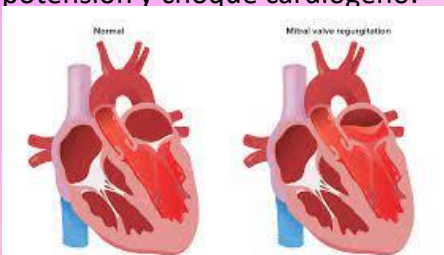
- Con una mediana de tiempo de 10 días

- sexo femenino
- nivel socioeconómico bajo
- colocación de dispositivos de soporte circulatorio mecánico (SCM)
- fibrilación auricular
- taquicardia ventricular

### SITUACIONES ESPECIALES

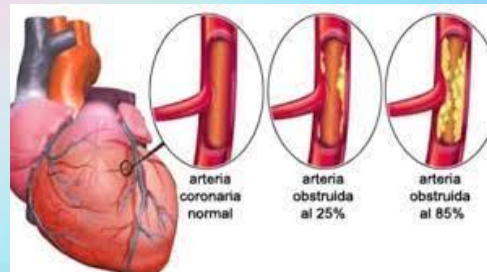
#### INSUFICIENCIA MITRAL AGUDA:

Es secundaria al infarto inferior o a la isquemia del músculo papilar posterior. La rotura suele acontecer de dos a siete días después del infarto, y se presenta con un cataclismo clínico que se caracteriza por edema agudo pulmonar, hipotensión y choque cardiogénico.



#### 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.



#### TRATAMIENTO:

El tratamiento inicial en pacientes con choque cardiogénico debe incluir líquidos, a menos que exista edema pulmonar. Debe colocarse un acceso venoso central, línea arterial, sonda vesical y oximetría de pulso; por lo general, la intubación y ventilación mecánica asistida se requieren ya que disminuyen el trabajo respiratorio y el consumo de O<sub>2</sub>.

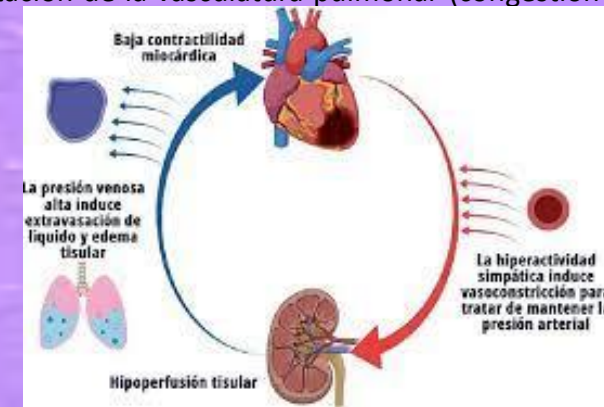
**MEDICAMENTOS:** El uso de nitratos, betabloqueadores e IECA puede exacerbar la hipotensión, por lo que en general se evitan hasta que el paciente se estabiliza.

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



#### FISIOPATOLOGÍA:

Se genera una profunda depresión en la contractilidad miocárdica, lo cual lleva a un círculo vicioso (fenómeno en espiral): GC reducido, presión arterial disminuida y perfusión coronaria alterada, lo cual reduce aún más la contractilidad y el GC. Además, el deterioro agudo produce disfunción diastólica y una mala adaptación de la vasculatura pulmonar (congestión pulmonar y edema).





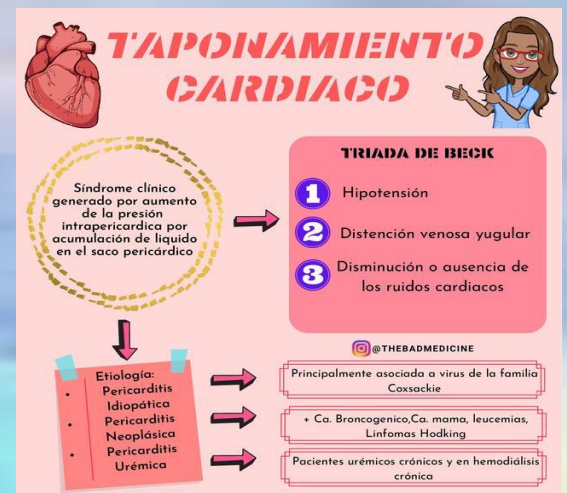
# MIOCARDIOPATÍAS

## TAPONAMIENTO CARDIACO

El (TC) 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.

### CAUSAS

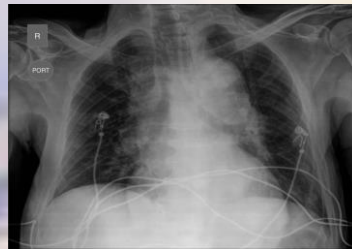
- ✓ **AGUDAS:**
  - ✓ Pericarditis infecciosas: sepsis
  - ✓ Colagenopatías: LES, artritis reumatoide
  - ✓ Traumatismos: penetrante, punzante
  - ✓ Pericarditis vírica o idiopática: coxsackie, virus del grupo B 5
  - ✓ Disección de la aorta: hemopericardio Uremia: IRA Anticoagulantes
  - ✓ Tumores vasculares del pericardio: angiomas, angiosarcomas
  - ✓ Operación o procedimientos invasivos: marcapaso, ACTP, valvuloplastia
  - ✓ Infarto agudo del miocardio: rotura cardiaca
- **CRÓNICAS:**
  - Infecciosas: tuberculosis, hongos
  - Inmunológicas: síndrome de Dressler o síndrome postcardiotomía
  - Inflamatorias: posradiación
  - Neoplasias malignas: cáncer de pulmón y mama
  - Metabólicas: mixedema, hipercolesterolemia, uremia, diálisis crónica



### DIAGNOSTICO

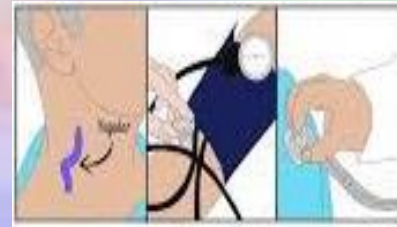
#### ➤ RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:

No hay un hallazgo patognomónico de TC, aunque encontrar una imagen en "garrafa" sin signos de edema pulmonar (pulmones limpios) debe hacer sospechar esta entidad; sin embargo, el tamaño del corazón puede ser normal.



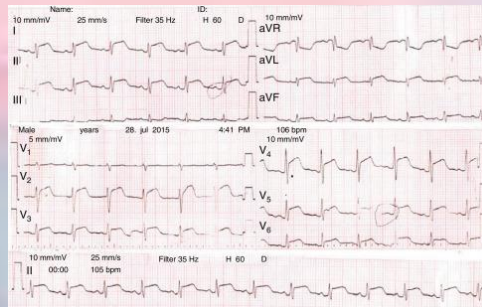
#### ➤ CLÍNICO:

En los pacientes con TC es fundamental el tratamiento etiológico. Éste debe sospecharse en aquellos pacientes con plétora yugular, precordio inmóvil, taquicardia e hipotensión arterial. Algunos pacientes presentan taquipnea y disnea de esfuerzo que incluso puede aparecer en reposo. Otros síntomas son tan vagos como debilidad, anorexia, disfagia y tos.



#### ➤ ELECTROCARDIOGRAMA:

Muestra alteraciones inespecíficas del segmento ST y de la onda T. Puede mostrar también alteraciones características de pericarditis como elevación del segmento ST, depresión de la línea basal de PR y en algunos casos disminución del voltaje del complejo QRS o también alternancia eléctrica tanto de los complejos QRS como de P-QRS



#### ➤ ECOCARDIOGRAMA:

Es el método diagnóstico más importante para la detección del TC. No sólo es de valiosa ayuda diagnóstica sino también para identificar la etiología, para cuantificar el líquido y para facilitar la punción pericárdica dirigida. El estudio ecocardiográfico debe incluir una imagen bidimensional y Doppler.





# BIBLIOGRAFÍA

