



*Nombre del Alumno: ARACELI LOPEZ PEREZ*

*Nombre del tema: PATOLOGIA DEL PACIENTE*

*Parcial: I I*

*Nombre de la Materia: PATOLOGIA DEL ADULTO*

*Nombre del profesor: AMADO RUIZ PANIAGUA*

*Nombre de la Licenciatura: ENFERMERA*

*Cuatrimestre: 6to*

## PATOLOGÍAS DEL PACIENTE

### . DISFUNCIÓN CARDÍACA.

Se define a la insuficiencia cardíaca como el estado fisiopatológico y clínico en el cual el corazón es incapaz de aportar sangre de acuerdo a los requerimientos metabólicos periféricos, se inicia a partir de un episodio que produce una disminución en la capacidad de bomba del corazón y en consecuencia, compromete la capacidad de los ventrículos de

llenarse y bombear sangre de manera satisfactoria ; de igual forma, es considerada el extremo final común de muchas de las enfermedades más prevalentes, como son: la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria, la diabetes mellitus y las valvulopatías, entre otras.

### INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

La enfermedad se va manifestando gradualmente, pero los síntomas se intensifican con el paso del tiempo. Es la más frecuente.

### INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Los síntomas aparecen de forma repentina y son graves desde el principio, Con un tratamiento adecuado, los pacientes pueden mejorar rápidamente.

La insuficiencia cardíaca genera fatiga, ya que el corazón no puede distribuir la sangre suficiente que necesita el organismo y además, puede provocar una acumulación de sangre, que puede salir de los vasos sanguíneos y congestionar los pulmones.

### ETIOLOGIA

Haber sufrido un evento cardiovascular puede dejar secuelas, como, por ejemplo, la aparición

de la Insuficiencia Cardíaca y puede presentarse tras sufrir:

- Un Infarto de Miocardio o una Angina de Pecho
- Enfermedades del músculo del coraz

### ETIOLOGÍA

Las 3 principales causas de IC son: la cardiopatía hipertensiva, la cardiopatía isquémica asociada con un infarto previo y la miocardiopatía dilatada.

Otras causas son: arritmias, valvulopatías, infecciones, enfermedades por infiltración, alcoholismo, endocrinopatías y enfermedades genéticas.

### PRUEBA DE ESFUERZO

Permite analizar la respuesta del corazón al realizar ejercicio continuo sobre una cinta rodante o bicicleta estática. Detecta alteraciones cardiovasculares que no son visibles

cuando el paciente está en reposo.

### ELECTROCARDIOGRAMA

Permite registrar la actividad eléctrica del corazón y es una prueba sencilla y no dolorosa.

La evaluación se puede complementar con el dispositivo Holter, que permite realizar un electrocardiograma y registrar, durante 24 o 48 horas, el funcionamiento del corazón

mientras se realizan las actividades habituales.

**ECOCARDIOGRAFÍA** Es la prueba más eficaz, ya que proporciona información inmediata del funcionamiento del corazón. Es indolora y permite obtener imágenes del corazón en movimiento, para evaluar su forma, el estado de las válvulas, aurículas y ventrículos y su funcionamiento.

**ANÁLISIS DE SANGRE COMPLETA** Particularmente de los niveles de los péptidos natriuréticos, hormonas que poseen propiedades diuréticas y vasodilatadoras.

**TRATAMIENTO** Existen varios tratamientos eficaces para la IC que retrasan la progresión de la enfermedad, mejoran la calidad de vida y alargan la supervivencia de la persona afectada.

**FARMACOS**

- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina: Bloquean los efectos de una hormona producida naturalmente por los riñones denominada angiotensina II. Al bloquear el efecto de la angiotensina II, relajan los vasos sanguíneos y la sobrecarga del corazón.
- Inhibidores de la aldosterona: Bloquean los efectos de la aldosterona, una hormona que empeora la IC. Afectan a la cantidad de agua y sales que se eliminan por la orina y son diuréticos débiles. Disminuyen la presión arterial, reducen la congestión y, por tanto, protegen el corazón.
- Betabloqueantes: Reducen la presión arterial y mejoran la circulación de la sangre. Ayudan al corazón a latir con más lentitud, disminuyen la presión arterial y, en consecuencia, protegen al corazón de los efectos nocivos de la prolongada actividad de la adrenalina y la noradrenalina.
- Inhibidores de la neprilisina y la angiotensina: Mejoran la capacidad de respuesta del corazón y la eliminación de líquido. Tienen los mismos efectos que los vasodilatadores y también impiden los efectos nocivos de la activación del sistema de respuesta patológico de la IC.
- Digitálicos: Reducen la acumulación de líquido en el corazón. El más conocido es la digoxina.
- Estatinas: Reducen los niveles de colesterol en la sangre.
- Diuréticos: Permiten eliminar el exceso de líquidos y sodios del cuerpo. Ayudan a aliviar la carga de trabajo del corazón.
- Ivabradina: Reduce la frecuencia cardíaca y puede ser beneficioso en algunos casos de IC.

**ESTILO DE VIDA**

- Introducir hábitos y estilos que permitan controlar los factores de riesgo cardiovascular.

## DISPOSITIVOS

- Marcapasos: Dispositivo metálico implantado debajo de la piel que ayuda al corazón a mantener su ritmo cardíaco.
- Desfibrilador Automático Implantable: Envía una descarga eléctrica al corazón en el momento que detecta una disfunción en el ritmo cardíaco, evitando una parada.
- Resincronización Cardíaca: Dispositivo que emite pequeñas señales eléctricas indoloras, que estabilizan los latidos.
- Modulación de la Contractilidad Cardíaca: Dispositivo implantable que emite impulsos eléctricos que mejoran la fuerza de contracción del corazón.

**TRASTORNOS DEL RITMO CARDIACO** El envejecimiento puede causar cambios en el corazón y en los vasos sanguíneos. Por ejemplo, a medida que una persona envejece, el corazón no puede latir tan rápido durante la actividad física o en momentos de estrés como lo hacía cuando era más joven. Sin embargo, la cantidad de latidos por minuto (frecuencia cardíaca) en reposo no cambia significativamente con el envejecimiento normal. **UNIVERSIDAD DEL SURESTE 15** Los cambios que ocurren con la edad pueden aumentar el riesgo de una persona de desarrollar una enfermedad cardíaca. Una de las causas principales de la enfermedad cardíaca es la acumulación de depósitos de grasa en las paredes de las arterias durante muchos años. Lo bueno es que hay cosas que una persona puede hacer para retrasar, disminuir, o posiblemente evitar o revertir el riesgo. El cambio más común en el envejecimiento es el aumento de la rigidez de las arterias mayores, llamado arteriosclerosis o endurecimiento de las arterias. La arteriosclerosis causa presión arterial alta o hipertensión, que se vuelve más común a medida que las personas envejecen. Los trastornos del ritmo cardíaco, a veces conocidos como alteraciones del ritmo cardíaco o arritmias, consisten en latidos del corazón anormales o irregulares. Estos trastornos alteran las señales eléctricas de su corazón y pueden hacer que su corazón lata muy rápido, muy despacio, o de forma anormal. El corazón late mediante su propio sistema de conducción eléctrica que no sólo coordina la contracción de las cámaras del corazón, sino que también determina cuán rápido o despacio late el corazón. Un corazón normal late con un patrón regular de 60 a 100 veces por minutos (ritmo sinusal). Millones de personas en todo el mundo se encuentran afectadas por trastornos del ritmo cardíaco. En los Estados Unidos, se estima que 1 de cada 18 personas tiene algún tipo de trastorno del ritmo cardíaco, de acuerdo a las estadísticas del gobierno. El riesgo de padecer estos trastornos aumenta con la edad, y ciertos tipos específicos y graves podrían provocar una muerte cardíaca súbita.

### ARRITMIAS SUPRAVENTRICULARES

1. La fibrilación auricular (FA) es el tipo más común de trastorno del ritmo cardíaco. Se caracteriza por un ritmo rápido, irregular, en el que las fibras musculares de su corazón se retuercen o contraen en forma desorganizada. La FA puede hacer que la sangre se acumule en las cámaras superiores de su corazón, situación que puede llevar a la formación de coágulos sanguíneos.
2. La taquicardia supraventricular (SVT) es un latido rápido pero regular que ocurre cuando las señales eléctricas en las cámaras superiores de su corazón se activan anormalmente e interfieren con la capacidad de su corazón para marcar el ritmo. Los latidos rápidos de la aurícula aceleran su ritmo cardíaco.

### ARRITMIAS VENTRICULARES

1. La taquicardia ventricular: Ocurre cuando el rol del corazón como marcapasos queda a cargo de un área del corazón que normalmente no está involucrada en el proceso. Esto hace que las señales eléctricas de su corazón sean enviadas a través de un camino que no es el normal, lo que puede crear un ritmo cardíaco irregular.

. Disfunción vascular. Las arterias y venas periféricas transportan sangre hacia los músculos de los brazos y las piernas y los órganos del abdomen. La EVP puede también puede afectar a las arterias que llevan sangre a la cabeza. Cuando la EVP afecta sólo a las arterias y no a las venas, se denomina enfermedad arterial periférica (EAP). Los principales tipos de EVP son los coágulos sanguíneos, el edema y el estrechamiento y la obstrucción de los vasos sanguíneos. Las enfermedades de las arterias pueden ocasionar: □ Obstrucciones arteriales (incluso la enfermedad arterial periférica (PAD)) □ Aneurismas aórticos □ Enfermedad de Buerger □ Fenómeno de Raynaud Estos padecimientos pueden provocar: Coágulos sanguíneos venosos (incluso la trombosis venosa profunda (TVP), embolia pulmonar, flebitis y varices. OBSTRUCCIONES ARTERIALES Al igual que las arterias coronarias, las arterias periféricas pueden ser obstruidas por placa. La EVP puede deberse a una enfermedad denominada aterosclerosis, un proceso en el que se forma una sustancia cerosa dentro de las arterias. Esta sustancia se denomina placa. Cuando se acumula demasiada placa dentro de una arteria, ésta se obstruye y el flujo de sangre disminuye o se detiene. La disminución del flujo sanguíneo puede ocasionar una isquemia, es decir, un aporte insuficiente de oxígeno a las células del organismo. La obstrucción de las arterias periféricas de la región inferior del cuerpo ocasiona principalmente dolor y calambres en las piernas. Los factores de riesgo de aterosclerosis en las arterias periféricas son iguales a los de la aterosclerosis en las arterias coronarias. Se cree que el consumo de cigarrillos (tabaquismo), la diabetes, la presión arterial alta y los niveles elevados de colesterol dan lugar a la formación de placa.

## HAS Y CARDIOPATIAS IZQUEMICAS

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIESGO DE ENFERMEDAD ISQUÉMICA

La alta prevalencia tanto de la HTA como de la enfermedad coronaria hacen cada vez más frecuente la presencia de enfermos con estos dos problemas de salud. Muchos pacientes hipertensos seguidos en nuestras consultas acabarán siendo enfermos coronarios. Estos pacientes constituyen un reto terapéutico tanto para el cardiólogo como para el médico de Atención Primaria.

Se han realizado numerosos ensayos para evaluar los efectos que el tratamiento de la HTA tiene sobre la morbimortalidad cardiovascular, en los que se ha podido constatar que la reducción de la misma se ha producido fundamentalmente a expensas de una disminución del número de accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal, mientras que la mortalidad por cardiopatía isquémica no se beneficia, tanto como cabría esperar, de la reducción de la presión arterial, probablemente porque la cardiopatía isquémica tiene un origen multifactorial.

Recientes estudios permiten afirmar que el anciano con hipertensión sistólica también se beneficia del tratamiento y, es más, se ha observado que la reducción absoluta de episodios coronarios en pacientes de más edad, es claramente superior a la que se aprecia en sujetos más jóvenes Estas observaciones contrastan con lo que se realiza en la práctica clínica, donde la intensidad del tratamiento decrece con la edad del paciente.

. ALTERACIONES EN CÉLULAS SANGUÍNEAS. ANEMIAS. Los glóbulos rojos necesitan hemoglobina, proteína rica en hierro, para transportar el oxígeno por todo el cuerpo. Si la concentración de hemoglobina cae por debajo de lo normal, sufrimos anemia. Para mantener un nivel normal de glóbulos rojos es necesario que muchos órganos funcionen correctamente y cuenten con una adecuada aportación de ciertas vitaminas (sobre todo ácido fólico y vitamina B12) y hierro. El riñón secreta una hormona, la eritropoyetina, que estimula a la médula ósea para producir nuevos glóbulos rojos. Éstos circulan unos 120 días por nuestro cuerpo y luego son destruidos en el bazo. Muchos de sus componentes, incluido el hierro, se reciclan entonces en el organismo para producir nuevos glóbulos, por lo que, si perdemos sangre, perdemos hierro.

SÍNTOMAS. Varían según el tipo de anemia, su causa o la salud del paciente. La anemia puede estar asociada a otros desórdenes del organismo (hemorragia, úlcera gastroduodenal, insuficiencia renal, cáncer, etc.), cuyos propios síntomas pueden aparecer en primer lugar. Asimismo, también influye el grado y la rapidez con que se contrae la anemia; si es leve o se desarrolla lentamente, puede que no notemos síntoma alguno

**LEUCEMIAS**

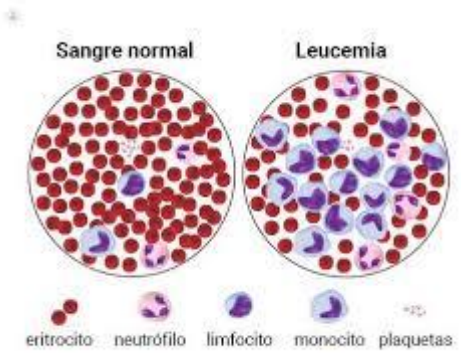
Es un tumor maligno de las células precursoras de la sangre. Se origina en la médula ósea y en ocasiones afecta a los tejidos del sistema inmune (ganglios, hígado, bazo) u otros órganos a los que invade a través del torrente sanguíneo (médula espinal, cerebro, testículos, etc.).

**LINFOMAS.**

Por el sistema linfático circula la linfa, líquido que lleva nutrientes, desechos y leucocitos del sistema linfático por el cuerpo. Cuando los linfocitos se multiplican de modo anómalo o no mueren cuando deberían, los ganglios u otros órganos linfáticos pueden sufrir un linfoma. Se desconoce su origen. Se sabe que las personas con un déficit en la inmunidad presentan un riesgo mayor de sufrirlo. Los linfomas no son contagiosos ni se heredan genéticamente.

**MIELOMA MÚLTIPLE.**

Tumor del sistema linfático de proliferación de las células plasmáticas, que producen anticuerpos que defienden al organismo de infecciones y sustancias extrañas, se hallan en pequeña cantidad en la médula ósea, por lo que si su número aumentan invaden y destruyen tejido alrededor, producen agujeros en los huesos que se llaman lesiones osteolíticas, de forma normal, reconocen a los antígenos extraños y se multiplican y producen anticuerpos como respuesta y cuando el agente infeccioso desaparece, la proliferación celular cesa. En este tumor una familia de células se convierte en tumoral: se acumula y produce continuamente el mismo anticuerpo, en cantidades muy superiores a las habituales. Este anticuerpo se llama paraproteína o componente monoclonal y se puede detectar en el suero o en la orina del paciente que sufre la enfermedad. El mieloma es menos frecuente que el linfoma, y afecta sobre todo a personas mayores, aunque puede aparecer a partir de los 40.



**2 FISURA Y FISTULAS ANALES FISURA ANAL** Una fisura anal es un pequeño desgarro en el tejido delgado y húmedo (mucosa) que recubre el ano. La fisura anal puede producirse cuando evacúas heces grandes y duras, suelen provocar dolores y sangrado durante la evacuación intestinal. También podrías sentir espasmos en el anillo de músculo que está en el extremo del ano (esfínter anal).

**INCIDENCIA Y ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS** Las grietas anales afectan a personas de cualquier edad, pero son más frecuentes entre los 30 y los 59 años de edad. La fisura anal constituye la causa más común de hemorragia rectal en los lactantes. Su prevalencia es igual en mujeres y varones; se asocia a estreñimiento, diarrea, infecciones causales, traumatismo perianal y enfermedad de Crohn.

**ASPECTOS ANATÓMICOS Y FISIOPATOLÓGICOS** Después de evacuar puede haber traumatismo anal en su porción anterior o, a la mitad posterior. La irritación causada por el traumatismo en dicha estructura hace que aumente la presión en reposo del esfínter interno. Los vasos que irrigan el esfínter y la mucosa del ano penetran en sentido lateral, por esa razón, el mayor tono del esfínter origina una isquemia relativa en la región de la grieta, y dificulta la cicatrización después de la lesión, la grieta que no está en posición posterior o anterior debe plantear la sospecha de que depende de otras causas como tuberculosis, sífilis, enfermedad de Crohn y cánceres.

**TRATAMIENTO** El tratamiento de las grietas agudas es conservador. En personas estreñidas cabe utilizar reblandecedores de heces, aumentar la cantidad de fibra vegetal en la alimentación y usar anestésicos locales, glucocorticoides y baños de asiento; con tales medidas, sanarán de 60 a 90% de ellas. Se considera que una grieta es crónica cuando ha persistido por más de seis semanas; en ella cabe probar modalidades orientadas a disminuir la presión de reposo del

UNIVERSIDAD DEL SURESTE 43 conducto anal como serían la pomada de nitroglicerina (0.2%) aplicada tres veces al día, y la toxina botulínica de tipo A en dosis incluso de 20 U inyectadas en el esfínter interno a cada lado de la grieta.

**INCIDENCIA Y ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS** La incidencia y la prevalencia de los cuadros fistulosos de la zona perianal corresponden a las del absceso anorrectal. En promedio, 30 a 40% de los abscesos culminarán en la aparición de una fístula anal. La mayor parte de ellas tienen origen criptoglandular, pero 10% dependen de IBD, tuberculosis, cánceres y radiación.

**ASPECTOS ANATÓMICOS Y FISIOPATOLÓGICOS** La fístula del ano se define como la comunicación anormal de una cavidad de absceso con un orificio interno identificable dentro del conducto anal. Dicho orificio suele estar situado al nivel de la línea dentada, donde las glándulas anales penetran en el conducto anal. Las personas que perciben la expulsión continua de material de drenaje después de tratar un absceso perianal muy probablemente tienen una fístula anal.