



**Nombre de alumnos: Oded Yazmin
Sánchez Alcázar**

**Nombre del profesor: Dr. Diego
Rolando Martinez Guillen**

**Nombre del trabajo: Resumen
Unidad**

**Materia: Clínica medicas
Complementarias**

Grado: 7°

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas

Oded

Daño = #mci
No daño = urgencia.

Sistolica > 180
Diastolica > 120.

Crisis

Hipertensivos

Emergencia hipertensiva y antihipertensiva modifica la morbimortalidad?
NO se encontro diferencia.

Tiempo meta: en caso de eclampsia, preeclampsia, faciano + P.A
en la 1º hora < 140 mmHg.

estudios: Hb, Hto, Glucosa, Potasio, sodio, Creatinina, EFG, creatinina, TFG, Acido urico, electro.

emergencia y Direccion cardiaca: Tx B₁ bloqueador, Beta IV si estan contraindicado
nitroglicerato sodio, + 120 mmHg y FC < 60 = espinal mas
nitroglicerato sodio o nitroglicerina o nicardipino 2º labetalol
o metoprolol
AHA 2017 = + 120 labetalol

emergencia y edema AP = Tx + 140 mmHg 1º furosemida + nitro
sodio o nitroglicerina 2º furosemida + urapidil
AHA 2017 = Cleudipino, nitroglicerina o nitro contra BB.

emergencia y encefalopatia: SEC + TAA 20% 25%. 1º labetalol
o nicardipino 2º Nitro.

Emer y evento vascular isquemico: Labetalol / SEC = > 220 + TAM
+ ha a con labetalol o nicardipino 2º Nitro

Emer y hemorragia C: SEC + TAS < 180 labetalol o nicardipino
2º urapidil
AHA labetalol

Emer y HAS maligna: + labetalol o nicardipino 2 nitro

Emer y evento coronario: SEC + TAS 140 1º nitroglicerina labetalol
2º urapidil
AHA = espinal / nitro

Emergencia por coagulante. Benzodiazepinas adicionales fentanilo nicardipino 1mg

Urgencia: Tx SEC 2018 no ingreso hospital medicacion oral
AHA 2017 Anti

Hipertension reoperada: AHA clevidipino, amolol, nicard, niho

Cerebro ECV Isquemico 4185 15% 24 hrs
ECV Hemorragico

Encefalopatia H. 15% TAM

Coronaria IAM TAS 6140 Nitroglicerina
EAP TAS 6190

Verbal labetalol en ampolla 100 mg / 20 ml

bolo 10-20 mg (x 1-2 min)

infusion continua de 2 mg / min

Nitroglicerina ampolla 50 mg / 2ml

0.3 - 0.5 mg / kg / min

Nitroglicerina 50 mg / 10 ml

0.5 mg / kg / min

- Clínico: Alt. visión (mosaico, agudeza visual)
Alt. neurológica (cefalea matutina, confusión, estupor, somnolencia)
- Dx: PA ↑, hinchazón en pies, ruido cardíaco anormal y líquido pulmonar; Alt. edo en ojo sangrado retinohemorrágico.
- Exámenes: BUN, creatinina, Oxi, ECG, Ecografía.
- Si hipertensión: la presión endocraneal ↑ por hemorragia o infarto
Inicio Tx si PAM ↑ 130 o PAS ↑ 220 de modo mayor 20%.
Si el paciente no tolera diuréticos y PAM está ↑ 130 Inicio tx porque se relaciona con IAM, Faltan ICA, hemorragia
- Hemorragia Intracerebral: Se trata a PAS cuando el valor excede 180/110 y mantener PAM 110/130 o PAS 140/160

• Hemorragia Subaracnoidea:

Angina o infarto: wo antiagregante, BB, nitroglicerato

Disecación aórtica: HAS inicio el diagnóstico de la Intima de una aorta enferma

• Se presenta: dolor precordial súbito irradiado interescapular, síncope, cefalea

• Dx: Ecocardiograma, tomografía, RM.

• Tx: Nitroglicerato como en BB, nicardipina, labetalol, fenelap, timetolol.

Emergencia y compromiso renal: HAS severa, hematuria, proteinuria, PAM ↑ 20-10% en 10 primeros 2 horas y 10-15% sig 6-12 hrs

• HAS perioperatoria: ↑ PAM Superior al 20% de la presión habitual (compromiso org)

Clasificación: HAS preoperatoria, intraoperatoria, posoperatoria.

• Preoperatoria: Se relaciona con ansiedad, estres, diálogos, medicación anestésica

• Intraoperatoria: Por inducción anestésica, intubación, Invasión Qx

Postoperación: Primeras 12 hrs pos, Pa hipoxia, escalofrío, fiebre también se presenta
12-36 hrs o semanas después.

- Feocromocitoma: Tumor que secreta catecolamina presenta sudoración fría, piel fría

• Dx: hemograma, Nivel catecolamina, ep

• Tx: B alfa fenoxibenzamina

• Urgencia: Diferencia, Colocar paciente posición ortica, Ver grado adherencia tx
Si no mejora Tx oral, \downarrow PA 24-48 hrs

No \downarrow PA Bwca, no Tx sublingual

• Ieca: 25-50 mg cada 15-30 min 3 tomas max 100 mg

• Precaución: IE / hipotensión • contra: embarazo y lactancia

• Calcioantagonista amlodipino 5-10 mg, Nifedipino 20 mg, nifedipino 20 mg
manidipino 10-20 mg Aml o acaclenida 1^o elección

• Bloqueador Atenolol 50-100 mg P. opanol 20-40 repetir 1-2 hrs

• Diuréticos: Furosemida 40 mg

• Bloqueador Alfa + Beta: labetalol 100-200 mg repetir cada 10-20 min

• Manejo Emergencia: hospi, vigilar conciencia, PA, FC, JIN \downarrow bruceo

- Hemorragia Int^{ro}: mantener 170-180/100-95

- Hemorragia Sub: \downarrow PAN 25%. 6-12 hrs

- Encefalopatía: \downarrow PAN 25%. 1 hr

- Hemorragia Int^{ro}: \downarrow PAN 25%. 6-12 hrs.

- HAS pico: 185-180 / 110-105 mmHg.

- o Nitro contra Indicación embarazo 0.5 - 10 mg Compl toxicidad útero
- o labetal contra Coca, IC, bradicardia 20 - 80 mg Compl BAU, Bionocapom
- o Clapril contra estrans coctea 25 mg en 5-10 min
- o Nitrog contra resto 50 mg / 500 ml Compl taquiflaxia
- o esmolol contra BAU 2° 3° 0.5 - 1 mg / kg Compl BAU, Bionocapom
- o nicardil contra BAU 2° 3° 5 - 15 mg / h Compl BAU
- o enalapril contra embarazo 1 m en 5 min Compl fidecano (nep)

Insuficiencia Triaspidea.

Insuficiencia triaspidea funcional: Dilatación VD y anillo triaspide.

Insuficiencia triaspidea orgánica: fiebre R. endocarditis, tumor, Sx emi. abstein
Sx carcinoma, Sx marfan y degeneración mixomatosa

Clasificación Etiológica: Dilatación VD + anillo, F.R., anomalía abstein, tumor
degeneración mixomatosa, LES, marfan.

Signos y síntomas: Disnea simple moderada, HAs pulmonar, ingurgitación
venosa del cuello, hepatomegalia de congestión, Pvc 4, soplo sistólico, hepatomegalia,
edema en M.L., acris.

Complicaciones: Grave crónica = congestión y necrosis centilobulillar hepática
= "Hígado triaspideo", cirrosis hepática = "cirrosis congestiva", ↑ G.C

Síntomas de Insuficiencia hepática crónica = adelgazamiento, astenia, hipoxia,
atrofia muscular, hvello axilar y pubo, ictericia leve

Diagnóstico: Radiografía, ecocardiograma, electrocardiograma, cateterismo cardíaco

Electro: Cierreamiento a que el derecho (+ onda P pulmonar, aumento QRS
R

Ecocardiograma: Origen reumático produce alteraciones idénticas a la producida
por extensión mitral, vegetaciones valvulares en triaspide o istmo (cuando también)

Tratamiento: - Dieta hiposódica y Diuresis (furosemida, espironolactona)

- Insuficiencia pulmonar desaparece cuando se normaliza la presión
pulmonar. A) Tx embolia pulmonar

B) Tx extensión mitral "apretada"

- Insuficiencia orgánica sin repercusión no requiere tx solo vigilancia
la orgánica con repercusión = QRS

(a) plastia triaspidea

B) si se destruye la válvula por endocarditis hacer recambio
válvula por prótesis artificial

Ineficiencia tricuspides.

Es una Ineficiencia de la Valvula tricuspides que produce el movimiento del flujo sanguineo precedente del ventriculo derecho hacia la auricula derecha durante la sistole.

Causa mas frecuente es la dilatacion del ventriculo D.

El Diagnostico se basa en el examen fisico y ecocardiograma

La Ineficiencia tricuspides suele ser benigna y no requiere tratamiento pero en ciertos casos debe realizarse una valvuloplastia o una reparacion o remplazo valvular

La Ineficiencia tricuspides puede ser Primaria, Secundaria (mas comun).
Primaria puede deberse a: talismatismo toracico reciente, reumato, Sindrome carcinolide, defectos congenitos, farmacos, anomalia Epstein
Degeneracion Mixomatosa Idiopatica, Sindrome Marfan

Secundaria: Se debe a la adherencia de las valvas que es resultado de la reduccion de la coaptacion de las valvas (causada por dilatacion anula)

Sintomas y signos no suele producir sintomas pero algunos pacientes presentan pulsaciones cervicales generadas por el aumento de las pulsiones yugulares

Moderado y Grave: distension de la vena yugular, con una onda fusionada prominente y un valle V escarpado y en ocasiones hepatomegalia y edema periferal

Puede palpase un flemite de la vena yugular Derecha.

El mundo sigue a pulmones.

Complejo valvular

- 1 valvas Principal
- 2 anillo responsable. TPA el mas grande
- 3 cuerdas (tension de v. no logica cuerdas)
- 4 musculo papilar
- 5 VD
- 6 AO

hepatos
 inguini
 dif. con... Niji 3
 edema
 A VD HF crónica
 S-P10 Holokistitas

adicciones para estudio

- 1 TI Moderada a severa
- 2 Jets excentricas
- 3 Anomalidades excentricas de valvula
- 4 empeoramiento de Congestion Venosa S.
- 5 Empeoramiento de talla Cardiac

Clasificación

- 1 Funcional (Secundaria) 80-90%. Rotacion VD
- 2 Organica (primaria) 10-20%

- 10 Displasia reumatoide, Congenita, endocarditis, trauma, iatrogenica
- 20 Hipertension pulmonar.

Regresión al ritmo sinusal

Valvular a mitral (E) EP severa IT severa, edad, ↓ FEVI, dilatación

- **Signos**: Disnea moderada, hipertension arterial pulmonar, ingurgitación venosa del cuello con pulso venoso sistólico y evidente refujo hepatoyugular de Ranclet.
- PVC muy elevada.
- Soplo sistólico de regurgitación en foco tricúspideo

Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

IC: Incapacidad del Corazón para del G.C. necesario para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo.

La asociación de edema paternos y congestión pulmonar = Deuda por Retención de sal y agua.

Etiología: Perinatal o Fetal: Anemia fetal, Taquicardia, Bloqueo AV

- RN PT: CAP, CP, líquido, HAS
- RNT: Miocardiopatía por asfixia, malformación arteriovenosa, Cardiomegalia materna, miocarditis, lesión obstructiva lado izquierdo.

Lactante y preescolar: • Miocardiopatía metabólica • Anomalías Arterias Coronarias (a.o.)
• Taquicardia • Enf. Kawasaki • Miocarditis • ~~fora~~ Carcinoma Cardíaco (a.o.)
• Hemangioma • HAS aguda

Niño mayor y adolescente: Tirotoxicosis, endocarditis, Tx cancer, Anemia falciforme
Miocardiopatía por pulmonar, miocarditis, HAS aguda, F. Reumático.

Lev Frank - Starling.

3. Conceptos 1 el corazón impulsa toda la sangre que llega a él.
2 A Paragig = Picoig 3 límite fisiológico para el corazón cumplir.

¿Cómo se expresa función? G.C. (cantidad de sangre) el corazón bombea cada latido.
Volúmen latido x FC

Síntomas Reposo: Se agotan los mecanismos compensatorios G.C. no es suf. para satisfacer necesidad del organismo.

Síntomas ejercicio: Incapacidad de G.C. en respuesta al ejercicio

Síntomas ejercicio vigoroso: Si tiene cardiopatías menos graves tienen que realizar ejercicio vigoroso para compensar su función cardíaca.

Depende de la Reserva Miocárdica Del Niño.

Derecha: Congestión venosa sistémica

Izquierda: Congestión venosa pulmonar

Aguda: Súbita

Crónica: lenta

Causas de IC congestiva

Enf Coronaria, Isquemia, HAS, enf valvular, Cardiopatía Congénita, agente infeccioso (fiebre reumática)

Cuadro Clínico: Disnea, ortopnea (signos en posición decubito con 4 almohadas)

DPN: Ocurre en decubito se produce por la congestión de la mucosa bronquial y edema pulmonar. Ocasionalmente broncoespasmo que compune bronquios pequeños también ha sido denominado asma cardíaca. Se demora de 30 min en desaparecer el tiempo que lleva que se absorba el líquido

Fatiga, oliguria, edema, pérdida de peso

Signos de congestión pulmonar: a la auscultación pulmonar puede revelar la presencia de estertores pulmonares

Sistémica: edema, hepatomegalia ganancia peso semanal 2-3 kg, ortopnea, e requerimiento del ajuste de diuréticos

Creatinina, BUN, glucosa, bilirrubina, electrolitos Rx ecocardiografía

Peptido NC: 100 ng/l para dx IC

Tx: Etapa A Paciente con alto rx de desarrollar IC (HAS, D, dislipide, cardiopatía IECA, BB)

Lado Derecho: Congestión sistémica:
 • Hiperomegalia
 • Inguartación Yagular
 • Edema periférico

Causas: Ins. lado Izq. • Enf aguda/crónica pulmonar • Enf vascular pulmonar.

↳ Signos de función miocárdica ↓ ? Cardiomegalia, taquicardia, Ritmo galope,
 ↑ llenado capilar, ↓ presión de pulso, pulso alternante, edema, crepales
 diseminado INF

↳ Signos de Congestión Venosa pulmonar: donde en reposo, dificultad para
 respirar, cianosis central, estertores tos taquineca.

Causas: Infarto, anomalía estructural, shunt Izq - Derecho

Rx Cardiomegalia, Atr. & fibrila, Dilatación vasos sanguíneos, marca vascular
 Silveta C neonato < 0.60 < 2 años < 0.55 > 2 años 0.50

EKG: Hipertrofia de Cavidades, Inf. Miocárdica Inf. Isquemia Izq o Derecha.

Tratamiento: - Reposo, vpp, Acaloria, Alimentación por sonda naso, deasar
 • Inotrópico: Digoxina • Diuréticos: furosemida, etosmida, clotazola
 • ↓ presión: Nitroglicerina, captopril, hidralazina
 • agonista adrenérgico: Dopamina, dobutamina, Noprenolol
 • Inhibida fosfodiesterasa: Milrinone
 • BB: Metoprolol, carvedilol.

Trunc A.

Si no hay cianosis es por presencia conducto arterioso permeable

Etiología de falloct.

gold stand: ecocardiograma.

- Cabalgamiento de la aorta
- hipertrofia VD
- estenosis pulmonar
- Defecto tabique IV.

Cardiopatia congénita

Electrocardiograma: normal ritmo sinusal y desviación del eje QRS a la derecha con hipertrofia ventricular Derecha (cambios V1 V2)

Gold stand: ecocardiograma

Crisis de hipoxia: De forma súbita desde RT - meses de 3 meses de edad

Manifestaciones clínicas: hiperventilación (taquipnea) cianosis (hipoxemia) + tono muscular, + conciencia, síncope, convulsiones

Consecuencias más importantes de la hipoxemia es la acidosis metabólica

Se presenta en la mañana, actividad física 15-60 min.

Tratamiento hipoxia: retirar estímulos desencadenantes

- Posición acuchi acuchillamiento
- Origen por masticación
- Medicamentos (BB, vasodilatadores, prostaglandinas, bicarbonato Sodio)
- Si no hay contraindicación Morfina 0.05 - 0.2 mg/kg dosis i en bolus
- Sedación Hidazolam 0.05 a 0.10 mg/kg IV. Inicid 5 mg

Tratamiento Qx: cierre del defecto Septal IV

Cuadro Clínico: Cianosis en espaldas
Dermato

Aspectos Históricos: • 1873 Descripción inicial Dr. Nicholas Stern
1771 Dr. Edward Sandifort refiere otro caso
1881 Etienne L. Publea contribucion anatomie p. pathologique.

Blalock y T 1945: 1ª Intervención Qx consistió en una Cx paliativa
1948: Sellors y Brock publican la apertura Qx o valvulotomía de la
valvula pulmonar y salida VD o infundibulotomía.

- 4 Defectos
- Defecto séptal V_a
 - Hipertrofia VD
 - Oclusión tracto sanguíneo derecho
 - Conexión Biventricular de la aorta cabalgando al Septo

- Alt. embriológicas
- Septo conal en posición anómala
 - Situándose más anterior de lo normal
 - Cono cardíaco primitivo queda dividido anómala en

- Anatomía Patológica
- Infundíbulo subpulmonar muscular hipoplásico y estrecho
 - Estenosis Valvula pulmonar 75%
 - Hipertrofia r. VD
 - Agenesia de valvula pulmonar 2%

Incidenca 3.5%. Cardiopatías congénitas 10% México 1/3600 nacidos vivos
sin sexo. Cardiopatías congénitas más Fx 1 año

Etiología: Delencia cromosoma 22q11 (15%) Sx Down, Laurence
George, moon Bielel, Goldenhar, alcohol, fencetona

Fisiopatología: Depende de la ° Severidad de la obstrucción del tracto de salida ° tamaño del defecto septal v

Flujo Pulmonar y sistémico depende: ° resistencia ° cortocircuito ° P veni

Cuadro Clínico: Cianosis / crisis hipoxia, Sopro sistémico P, Sopro Continuo de la palillo tambor, Posición cuclillas, tolerancia ↓

Rx Cardiomegalia, arco pulmonar excavado, levantamiento punta del corazón, oligemia, arco aórtico derecho

Electro: Normal al inicio, onda P picuda en DI y VI, QRS Derecho transición QRS en V1 ° Positividad onda T

eco: Obstrucción tracto salida VD, unión ventrículo Derecho - aorta pulmonar

Angiocardiografía: anatomía de VD, Valvula P, Arteria P, CIV, aorta Ventriculograma derecho y angiograma: Son lo que dan mas info

Índice Mc Goon: Para una corrección

Coronariografía: anomalías coronarias (5x)

Anomalías más frecuentes: enfrente 2 ventrículos ^{entre} detras: no entre (La D)
2) Coronaria derecha se origina Coronaria izquierda 3) aorta Coronaria unica

RM Magnética: Venas^{leve} aorta pulmonar sin tras pulmonar / Estenosis Periferica

Lesiones graves: CIV, hemitruncos, ↑ RV, alt drenaje pulmonar o sistémico agenesia valvula P, alt aorta coronaria, estenosis Periferica

Tratamiento: 70% requiere Qx a P 5% llega a adultez

Intercurs natural: 25% fallece a año 40% a los 5 años 70% = 10 años

la estenosis VP: pueden ser tx por angioplastia con balón

Tx: hiena, BB, Manejo de policitemia, Manejo Cr hipoxica

Qx: Paliativa o Colectora

Clasificación Qx: Anatomica **Fau**: no hay contraindicacion

• rama aorta p, izquierda, ausencia de colones

disponible: rama p, ventriculo hipoplasico, lesion Jeneira

eleccion: < 6 meses: Qx paliativa

6-12 meses: Qx paliativa excepto si es anato fau

> 1 año: asintomatico y anato fau: Coleccion total

Complicaciones Cr: Inmediatas

Tardia

• arritmias • Falla VD

• Insuficiencia p • Insuficiencia aortica

• CIU residual • arritmia tardia

Fx ↑ morbimortalidad: anomalias a pumo, defectos, Hto, peso, edad > 3 años

Tx: Paliativo (Pneum), Ventriculotomia, IP, Paiche, folecion VD VI 0.8 años

Predicto rx: tamaño VD, volumen diastole VD, QRS 7180, disf VD, sincope, falla

NIH y II, edad de Cr, tiempo de evaluacion

Como evaluar? • clase funcional (Pruera Naughton) • Rx torac (cardiomegalia)

• electro (QRS)

Intervalo para reemplazo ^{VD} VP: VFD > 160 / VFB > 70 / VD < 65 / FE VD > 45% / areumis

Cr clinico: Intolerancia ejercicio, falla cardiaca, medicamentos, sincope, TV sisten

Otro: IT, IA, def sept CD

Pronostico: mortalidad ↑, Rx muere ↑ por reemplazo V, Sobrecarga Suñco
& protesis Melodi / Edward

Taponamiento Cardíaco

Típicamente Beck: Hipotensión severa, A PVC (Igualación Yugen) ruido cardíaco apagado

Resultado de un trauma cardíaco penetrante, se acumula sangre en el espacio pericárdico y ocasiona restricción de las cavidades derechas \rightarrow llenado cardíaco y volumen de eyección

Estudios: Ecocardiograma

Tx: Inicialmente pericardiocentesis elección pericardiostomía

Se analiza en el laboratorio Oruga sobre el origen

- transparente: Pericarditis aguda benigna / Enf. autoinmune.
- Purulento: Pericarditis infecciosa
- Chocote: Pericarditis traumática
- Hemorrágico: rotura cardíaca, hemopericardio

\uparrow Presión por \uparrow GAO al principio es compensado con taquicardia

\uparrow Resistencia periférica pero \uparrow taponamiento \rightarrow llenado diastólico

apareciendo estados de colapso circulatorio con hipotensión \rightarrow Anger Gast

Es la presión sobre el corazón que ocurre cuando se acumula sangre o líquido en el espacio entre el músculo del corazón y el saco externo que cubre el corazón

Es potencialmente mortal causa choque e insuficiencia de los órganos si no se trata a tiempo

Algunas causas: Cáncer, infección, traumatismo torácico, cirugía cardíaca, radioterapia torácica, enfermedad autoinmunitaria.

Taponamiento Cardíaco.

o Pericardio: Membrana fibrosa de doble que envuelve el corazón y las raíces de las grandes vasos.

o Componente: fibroso (externo) Seroso (interno) = Parete of puerco,

ubicación: T1 medio (a nivel de T5 - T8 y de 2 - 6 cartilago costal)

tejido CD:

Unión lig vertebr o pericardio
lig estano pericardio
lig frenopercardio
lig tiro timopercardio
Tej. adiposo

linfático: Anquilo traqueo bronquial

Vena: tronco venoso braquicefálico, vena cava superior, v. axilas, A.D.

I. Nervio frénico (sensitivo)
II. Plexo cervical > torácico (simpático)
III. Vago.
Coronarias
aorta torácica
art mama } irrigación }
• limita la distension cardíaca
• facilita interacción entre cavidades
• Mantiene la geometría V.
• Mantiene la relación presión/volumen y fr.

Sx hemodinámico por compresión cardíaca por líquido (Sangre; pus, coágulos).

Etiología

Hemorragia, trauma, IAN, diseción aórtica, tx anticoagulante, Serosas o Serosangüíneas, neoplasias enf tejido conectivo, inflamación, idio patología

fisiológico: PVC = 12 - 15 cm H₂O.

líquido pericárdico normal: 20 - 50 ml.

Derrame pericárdico causa ↑ presión en cavidad pericárdica
con restricción de llenado de (cavidades) derecha

causando descompensación = ↑ presión cámara izquierda
→ E.C. (taquicardias, taquipnea, cianosis digital)

congestión pulmonar.

Hipotensión, acidosis metabólica e hipoxemia activando SRAA.

- CC (Drs. (Ingestión de líquidos) puso pericárdico. taquipnea
taquicardia, presión sistólica > 100 mmHg, colapso aurícula
derecha, ruidos cardiacos apagados. r. pericárdico.

Dx Clínico. Rx tórax, electro, f. r. e., ecocardiograma 2D
doppler.

- = precordio silencioso
- ↑ malestar
- Ingestión, x. r. e., presión Clínica
- hipotensión
- estupor
- fr. pericárdico
- Kussmaul, pulso paradójico
- taquicardia / taquipnea, T.A. sistólica ↓

TAC Sangre gas - Derrame pericárdico.

- Deformidad y compresión cámara izquierda
- Congestión venosa.

EKG: - Inguerdancia / biadicaida
- Alt electrical axis
- \downarrow voltage
- Sx pericarditis. \uparrow ST \downarrow PR.

ECG: - Cambio respiratorio reciproco anormal
- Colapso A y V Derecho
- Colapso caudal izquierdo
- Dilatacion VC Inferior
- Variacion respiratoria exagerada.

EcD doppler: \circ Denave pericardio
 \circ Colapso aortico AA VD, AI
 \circ VCI \circ Movimiento IV.

Dx Dif. - Neumotorax tension, la VD, rpo c,
Sx vena cava, pericarditis, embo p, bronquitis.

Tx \uparrow liquido pericardio ², pericardiocentesis ³, toracotomia

Pericardiocentesis \circ $\&$ espacio intercostal
via subxifaldea es la mas utilizada, apex, 5^o espacio intercostal
Complicaciones

Hemopericardio, arritmia, perforacion costal \circ ,

Pericardiotomia: procedimiento de emergencia con puncion externa
o falla pericardiocentesis.

Referencia Bibliográfica:

Guadalajara J. (2006). Cardiología, Mexico: Trilce editores.