



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia:

CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

Docente:

Diego R. Martínez Guillen

Tema:

Presenta:

Aldo Gubidxa Vásquez López

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 19/09/2020.

CRISIS HIPERTENSIVA

Las crisis hipertensivas suponen un peligro inmediato para sujetos con tensión arterial elevada por su capacidad de afectar la integridad del aparato cardiovascular.

Una elevación aguda de la presión arterial sistólica >210 mmHg y presión arterial diastólica >120 mmHg capaz de llegar a producir alteraciones estructurales o funcionales en diferentes órganos, es así como podemos definir a las crisis hipertensivas y esta se divide en urgencia y emergencia.

La emergencia hipertensiva es una elevación brusca de la presión arterial que produce una alteración de los órganos diana en el proceso hipertensivo, cuya integridad puede ser dañada irreversible, sus cifras tensionales son TAD >120 mmHg y/o TAS >210 mmHg. En este caso el paciente requiere ingreso hospitalario, tratamiento por vía parenteral, descenso de la PA en breve y una monitorización intensiva. Las situaciones que se consideran emergencia hipertensiva son:

Cardiacas:

- Aneurisma disecante de aorta.
- Insuficiencia cardíaca grave o edema agudo de pulmón (EAP).
- Síndrome coronario agudo (SCA).
- Postcirugía de revascularización coronaria

Cerebrovasculares:

- Encefalopatía hipertensiva.
 - Síndrome de hipertensión severa con difusión cerebral y daño neurológico
 - Cifras tensionales $>250/150$ mmHg, signos y síntomas relacionados a cefalea global de aparición temprana, náuseas, vómitos en proyectil, alteraciones visuales, confusión mental, somnolencia y convulsiones
 - Tx: Nitropusiato, Fenoldopan, Labetalol, Nicardipina
- Ictus hemorrágicos.

Renal:

- insuficiencia renal aguda.

Exceso de catecolaminas circulantes:

- Crisis de feocromocitoma.
- Interacción de imaos con alimentos ricos en tiramina o fármacos.
- Abuso de drogas simpaticomiméticos.

Eclampsia.

Epistaxis severa.

Grandes quemados

Postoperatorio de cirugía con suturas vasculares

La urgencia hipertensiva es una elevación brusca de la presión arterial sin que exista disfunción de los órganos diana, sus cifras tensionales son TAD >120(100) mmHg. En este caso el paciente requiere un manejo ambulatorio, tratamiento por vía oral y un descenso progresivo de la PA. Las situaciones que se consideran urgencia hipertensiva son:

- HTA de rebote tras abandono brusco de medicación hipotensora.
- HTA con insuficiencia cardíaca (IC) leve o moderada.
- Preeclampsia.
- PAD > 120mmHg asintomática o con síntomas inespecíficos

Fármacos de una urgencia hipertensiva

IECA

- Captopril 25-50mg cada 15-30 min hasta tres tomas máximo 100mg no producen hipotensión brusca con la primera dosis

Calcioantagonista

- Amlodipino 5-10mg

- Nifedipino 20mg
- Nitredipino 20mg
- Manidipino 10-20mg

Amlodipino es una de los fármacos con acción más lenta el cual es una de primera elección

Bloqueadores

- Atenolol 50-100mg
- Propanolol 20-40mg

Se repite dosis después de 1-2 hora. se puede combinar varios agentes con el fin de disminuir la PA. Los valores considerados seguro va de 180/100 mmHg durante 24-48 horas

Diuréticos

- Furosemida 40mg facilita la reducción de sobrecarga de volumen con descenso de la PA

Bloqueantes alfa y beta.

- Labetalol 100-200mg dosis se repite cada 10-20 min.

INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA

La insuficiencia tricuspídea se divide en dos:

Insuficiencia Tricuspídea Funcional: Dilatación del ventrículo derecho y del anillo tricúspide.

Insuficiencia Tricuspídea Orgánica: Fiebre reumática, endocarditis infecciosa, traumatismos, síndrome de Ebstein, síndrome carcinoide, síndrome de Marfan y degeneración mixomatosa.

Los signos y síntomas de esta patología son:

Disnea siempre moderada.

- Hipertensión Arterial Pulmonar
- Ingurgitación venosa del cuello, con pulso venoso sistólico y evidente reflujo
- Hepatoyugular de Rondot.
- Presión venosa central muy elevada.
- Soplo sistólico de regurgitación en foco tricúspideo.
- Hepatomegalia congestiva dolorosa.
- Edema de M.I. y Ascitis.
- Astenia y fatiga.

El diagnóstico se realiza a base de:

- Radiología.
- Ecocardiograma.
 - La valvulopatía de origen reumático produce alteraciones idénticas a las producidas por estenosis mitral.
 - Puede presentar vegetaciones valvulares injertadas en la tricúspide o rotura de las cuerdas tendinosas.
- Electrocardiograma.
 - Crecimiento de la aurícula derecha
 - Crecimiento ventricular
- Cateterismo cardíaco

El tratamiento para la insuficiencia tricuspídea es:

- Dieta hiposódica
- Diuréticos
 - Furosemida 40mg

La insuficiencia funcional desaparece cuando se normaliza la presión pulmonar:

- Tratamiento de la embolia pulmonar.
- Tratamiento de la estenosis mitral “apretada”

Insuficiencia orgánica sin repercusión hemodinámica, no requiere tratamiento solo vigilancia periódica.

Insuficiencia orgánica de importante repercusión hemodinámica debe ser tratada quirúrgicamente:

- Mediante la plastia tricuspídea, cuando no está destruida la válvula, tratamiento de elección.
- Cuando la válvula está destruida por endocarditis bacteriana se debe hacer recambio valvular por una prótesis artificial, de preferencia biológica.

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Se define como la incapacidad del corazón para dar el gasto cardiaco necesario para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo.

La etiología de este es muy variable como:

Prenatal o fetal

- Anemia grave
- Taquicardia supraventricular
- Bloqueo auriculoventricular completo

Recién nacido pretermino

- Sobrecarga de líquidos
- CAP
- Hipertensión

Recién nacido a termino

- Miocardiopatías por asfixia
- Malformaciones arteriovenosas
- Lesiones obstructivas del lado izquierdo.
- Cardiopatías con gran mezcla venosa
- Miocarditis vírica

Niño mayor y adolescente

- Fiebre reumática
- Hipertensión aguda
- Miocarditis vírica
- Tirotoxicosis
- Hemocromatosis
- Tto del cáncer
- Anemia de células falciformes.
- Endocarditis

- Miocardiopatías

La insuficiencia cardiaca, se compensa por el mecanismo de la ley de Frank-Starling

1. El corazón impulsa toda la sangre que llega
2. Cuando aumenta la precarga, aumenta la postcarga
3. Existe límite fisiológico para que el corazón cumpla lo anterior

Las manifestaciones clínicas son:

En reposo

- Se agotan los mecanismos compensadores hasta el punto que el gasto cardiaco no es suficiente para satisfacer necesidades basales del organismo

Síntomas con el ejercicio

- Son incapaces de aumentar el gasto cardiaco en respuesta al ejercicio, aunque este sea muy leve sin presentar síntomas llamativos

Síntomas con ejercicio bastante vigoroso

- Compromete la función cardiaca

Insuficiencia cardiaca del lado derecho

- Hepatomegalia
- Ingurgitación yugular
- Edema periférico

Insuficiencia cardiaca del lado izquierdo

- Taquipnea
- Disnea en reposo
- Dificultad respiratoria
- Estertores y tos
- Cianosis central

Signos de función miocárdica disminuida

- Cardiomegalia
- Taquicardia
- Ritmo de galope
- Pulso disminuido
- Llenado capilar disminuido
- Sudoración
- Cianosis periférica

El diagnóstico de la insuficiencia cardiaca congestiva:

Radiografía:

- Cardiomegalia.
- Alteración de la trama vascular.
- Marcas vasculares perihiliares algodonosas.

Ecocardiograma

- Demuestra lesión anatómica no urgente en niño crítico.

Electrocardiograma

- Hipertrofia de cavidades.
- Isquemia izquierda a derecha.
- Enfermedad miocárdica inflamatoria.

El tratamiento se basa en:

- Reposo, decúbito con inclinación, ventilación con presión positiva, aumento de la ingesta de calorías, alimentación por sonda nasogástrica
- Digoxina
- Furosemida
- Nitroprusiato, Captopril, hidralazina
- Metoprolol
- Dopamina, dobutamina

TAPONAMIENTO CARDIACO

Síndrome clínico hemodinámico producido por una compresión cardíaca, debido a la acumulación de líquido.

Etiología:

- Hemorrágicas
- Trauma
- Infarto de miocardio
- Disección Aortica
- Tratamiento anticoagulante
- Serosas o serosanguinolentas
- Neoplasias
- Enf. Del Tejido conectivo
- Uremia
- Radioterapia
- Idiopática
- Purulentas
- Infecciosas (M. tuberculosis, Coxiella burnetii)

El cuadro clínico del taponamiento cardíaco es:

- Presión venosa sistémica alta (INGURGITACION YUGULAR)
- Pulso Paradójico
- Taquipnea
- Taquicardia
- Presión sistólica $>100\text{mmHg}$
- Colapso de la Aurícula derecha
- Ruidos Cardiacos disminuidos
- Roce Pericárdico

Métodos diagnósticos para el taponamiento cardíaco:

- Clínico

- Triada de Beck
- Radiografía de tórax
 - Cardiomegalia con pulmones limpios (Aumento de la silueta cardiaca)
 - Ensanchamiento del mediastino
 - Signo de la botella de agua
- Electrocardiograma
 - Taquicardia / Bradicardia
 - Alternancia eléctrica (<QRS, raro de la T) (Variación en los latidos)
 - Bajo voltaje (Altura del QRS baja)
 - Signos de pericarditis (Elevación ST, Depresión de PR)
- Tomografía axial computarizada
 - Derrame pericárdico (localizados)
 - Deformidad y compresión de cámaras cardiacas
 - Congestión venosa
- Resonancia magnética
 - Derrame pericárdico
- Ecocardiograma 2D
 - Derrame pericárdico
 - Colapso diastólico de AD, VD y AI
 - VCI sin colapso inspiratorio
 - Movimiento tabique IV hacia izquierda durante la inspiración
- Doppler
 - Aumento del flujo tricuspídeo y disminución del flujo mitral durante la inspiración.
 - Aumento del flujo reverso durante la contracción auricular.

El tratamiento del taponamiento cardiaco se basa en:

- Líquidos parenterales
- Pericardiocentesis
- Toracotomía

TETRALOGÍA DE FALLOT

La tetralogía de Fallot comprende 4 defectos clásicos

- Defecto septal ventricular
- Obstrucción muscular del tracto de salida derecho
- Conexión biventricular de la aorta cabalgando al septum
- Hipertrofia del ventrículo derecho

La etiología es desconocida, asociado al síndrome de Down, DiGeorge, Laurence.

Los factores asociados de esta patología son:

- Consumo excesivo de alcohol
- Ingesta de anticomiciales
- Madres con fenilcetonuria

Con base el cuadro clínico, es el siguiente:

- Cianosis y/o crisis hipoxia
- Tolerancia disminuida al esfuerzo
- Posición en cuclillas (incrementa retorno venoso)
- Dedos en palillo de tambor
- Soplo sistólico pulmonar o III EIC izquierdo
- Soplo continuo cuando hay PCA

Para el diagnóstico en:

En la radiografía de tórax se observa:

- Cardiomegalia leve
- Arco de la pulmonar excavado
- Levantamiento de la punta del corazón
- Oligohemia pulmonar
- Arco aórtico derecho (25%)

En el electrocardiograma se observa:

- Existe transición brusca entre el QRS en V1 (básicamente R monofásica)
- Positividad onda T en precordiales derechas y sin negatividad de las izquierdas y en V2 (QRS isodifásico)

En el ecocardiograma se observa:

- La localización y las características anatómicas de la comunicación interventricular.
- El grado de dextroposición y cabalgamiento de la aorta.
- La obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho
- El tamaño de la unión ventrículo derecho-arteria pulmonar (anillo pulmonar) y las características de la válvula pulmonar
- El tamaño de la arteria pulmonar y de sus ramas y la procedencia del flujo sanguíneo pulmonar.
- Origen y distribución de las arterias coronarias.
- Anomalías asociadas.

Lesiones asociadas

Leves:

- FOP o CIA
- PCA
- Ventana Aorta Pulmonar sin hipertensión pulmonar
- Estenosis periférica de ramas pulmonares

Graves:

- Estenosis periférica de ramas pulmonares
- Anomalía de la arteria coronaria
- Agenesia de valvas pulmonares
- Drenaje pulmonar o sistémico anómalo
- Resistencias pulmonares elevadas
- CIV múltiple

En base al tratamiento encontramos:

- El tratamiento es quirúrgico, pero las estenosis valvulares pulmonares y de ramas pueden ser tratadas por angioplastia con balón.
- Dieta rica en hierro
- Betabloqueadores
- Manejo de crisis de hipoxia
- Manejo de la policitemia
- El 70% de los pacientes con tetralogía de Fallot sintomáticos necesitan una intervención en el primer año de vida.
- Si se dejan a la evolución natural, sólo llega a la edad adulta un 5%

La esperanza de vida en los pacientes es de:

- 25% fallecen antes del año
- 40% antes de los 4 años
- 70% antes de los 10 años
- 5% llegan a la edad adulta