

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

MATERIA:

CLÍNICAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS

CATEDRÁTICO:

DR. DIEGO ROLANDO MARTÍNEZ GUILLÉN

PRESENTA:

AXEL DE JESÚS GARCÍA PÉREZ

TRABAJO:

RESUMEN

GRADO Y GRUPO:

7 ° B

LUGAR Y FECHA:

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS A 19 DE SEPTIEMBRE DEL 2022

CRISIS HIPERTENSIVA

Suponen un peligro inmediato para sujetos con tensión arterial elevada por su capacidad para afectar la integridad del aparato cardiovascular.

Las crisis hipertensivas se definen como una elevación aguda de la presión arterial

- Sistólica >210 mmhg
- Diastólica >120 mmhg

Capaces de llegar a producir alteraciones estructurales o funcionales en diferentes órganos. Dividiéndose en:

- **Urgencia:** TAD > 120 mmHg y/o TAS >210 mmHg (Lesión aguda de órganos blanco)
- **Emergencia:** TAD > 120 (100) mmHg Y/o Sin daño de órgano blanco

Signos y síntomas:



Situaciones que se consideran urgencia hipertensiva:

- 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.

Situaciones que se consideran emergencia hipertensiva:

CARDÍACAS:

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

CEREBROVASCULARES:

- Encefalopatía hipertensiva.
- Ictus hemorrágicos.
- Ictus isquémicos con: presión arterial diastólica (PAD) >120 mmHg o presión arterial sistólica (PAS) >210 mmHg o necesidad de tratamiento trombolítico, en cuyo caso es necesario reducir la PA por debajo de 185/110 mmHg. o Traumatismo craneal o medular.

RENAL:

- Insuficiencia renal aguda.

EXCESO DE CATECOLAMINAS CIRCULANTES:

- Crisis de feocromocitoma.
- Interacción de IMAOs con alimentos ricos en tiramina o fármacos.
- Abuso de drogas simpaticomiméticas (cocaína).

ECLAMPSIA.

EPISTAXIS SEVERA.

GRANDES QUEMADOS

POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CON SUTURAS VASCULARES.

Aproximación inicial al paciente con crisis hipertensiva:

- diferenciar que tipo de crisis está presentando el paciente (emergencia vs. urgencia)
- profundización de la historia clínica en el sistema cardiovascular, neurológico y renal
- antecedentes personales
- exploración física completa
- seguimiento con laboratorios

Presentación clínica encefalopatía hipertensiva:

La cifra frecuente de estos pacientes es >250/150 mmhg signos y síntomas relacionados cefalea global de aparición temprana náuseas vómitos en proyectil alteraciones visuales confusión mental somnolencia convulsiones

ETIOLOGIA:

- Hipertensión no tratada o tratada inadecuadamente
- Enfermedad del parénquima renal feocromocitoma dx diferencial

TRATAMIENTO:

- Nitroglicerato
- fenoldopan
- labetalol
- nicardipina

Tabla 4	ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA
<p>Tríada</p> <ul style="list-style-type: none">- Hipertensión severa- Encefalopatía- Rápida resolución con el tratamiento <p>Usualmente asociada a hipertensión maligna</p> <p>Fisiopatología</p> <ul style="list-style-type: none">- Vasodilatación cerebral- Disrupción de la barrera hematoencefálica	<p>Etiología</p> <ul style="list-style-type: none">- Hipertensión no tratada- Enfermedad del parénquima renal- Enfermedad renal vascular- Feocromocitoma- Preeclampsia/Eclampsia <p>Diagnóstico diferencial</p> <ul style="list-style-type: none">- Lesión del SNC incluyendo tumores y ACV- Drogas, vasculitis y uremia

INSUFICIENCIA TRICÚSPIDEA

Clasificación (de acuerdo a su etiología):

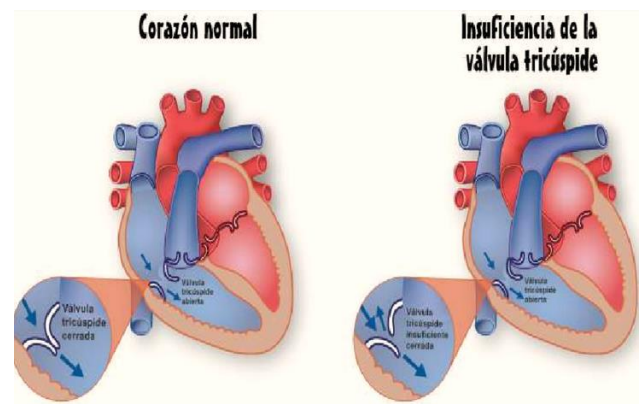
- **Insuficiencia Tricúspidea Funcional:** Dilatación del ventrículo derecho y del anillo tricúspide.
- **Insuficiencia Tricúspidea Orgánica:** Fiebre reumática, endocarditis infecciosa, traumatismos, síndrome de Ebstein, síndrome carcinoide, síndrome de Marfan y degeneración mixomatosa.

Etiología:

- Dilatación del ventrículo derecho y del anillo tricúspideo.
- Fiebre reumática.
- Endocarditis.
- La anomalía de Ebstein.
- Los tumores carcinoides.
- La degeneración mixomatosa.
- El lupus eritematoso sistémico.
- Síndrome de Marfan.

Síntomas y Signos:

- Disnea siempre moderada.
- Hipertensión Arterial Pulmonar
- Ingurgitación venosa del cuello, con pulso venoso sistólico y evidente reflujo hepatojugular de Rondot.
- Presión venosa central muy elevada.
- Soplo sistólico de regurgitación en foco tricúspideo.
- Hepatomegalia congestivo dolorosa.
- Edema de M.I. y Ascitis.
- Astenia y fatiga (relacionado con el GC)

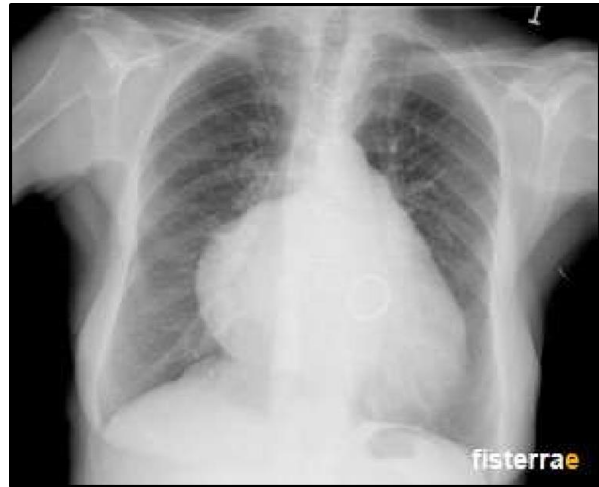


Complicaciones:

- Grave Crónica: Congestión y necrosis centrilobulillar hepática "Hígado Tricúspidea"
- Cirrosis hepática "Cirrosis Cardiaca"
- Síntomas de Insuficiencia Hepática Crónica (adelgazamiento, astenia, hiporexia, atrofia muscular, disminución del vello axilar y pubiano, ictericia leve).
- Síntomas de bajo Gasto Cardíaco.

Diagnostico:

- Radiología.
- Ecocardiograma.
- Electrocardiograma.
- Cateterismo cardiaco.

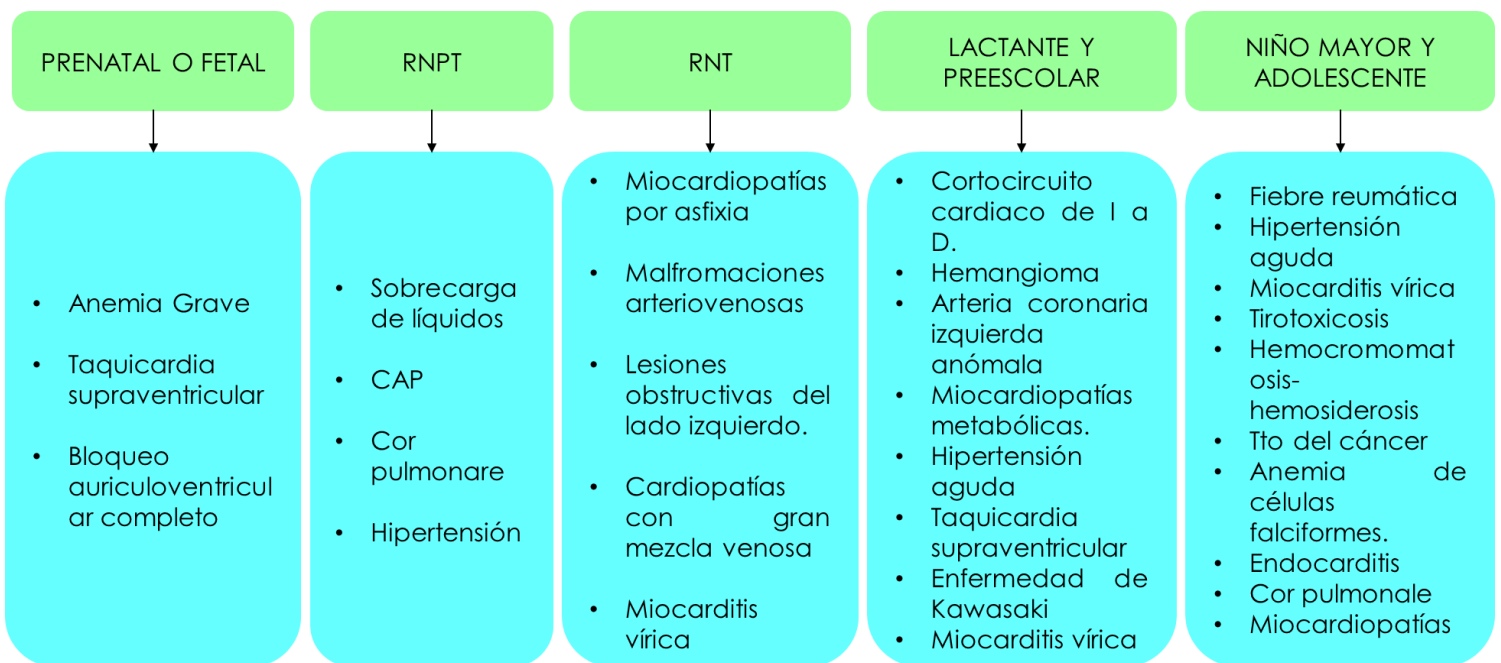
**Tratamiento:**

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

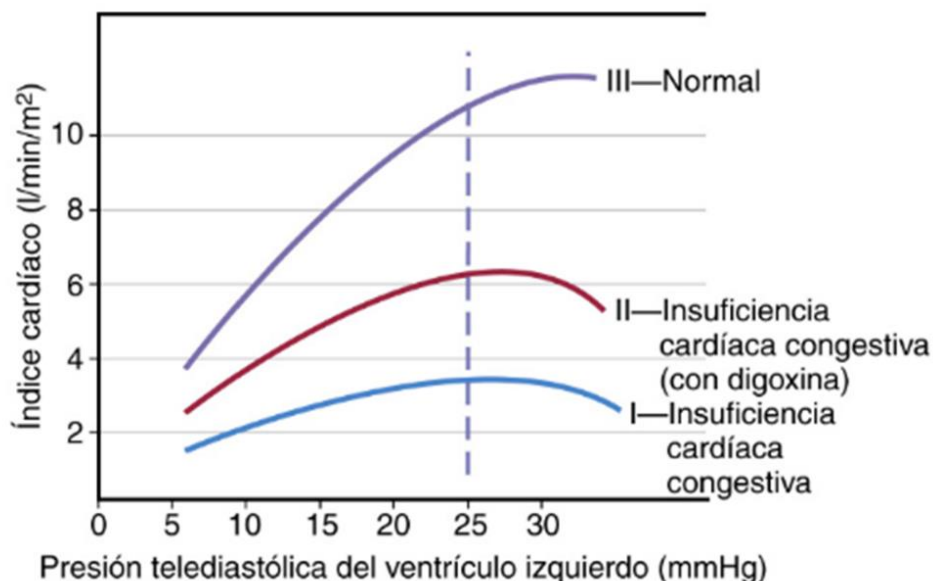
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Será la incapacidad del corazón para dar el GC necesario para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo. Tiene una asociación de congestión pulmonar y edema periférico que se desarrolla secundaria a la retención de sal y agua.

Etiología:



Curva de Frank-Starling



Clasificación:

- Aguda o crónica
- Bajo o alto gasto cardíaco
- Izquierda o derecha
- Anterógrada o retrógrada
- Sistólica o diastólica

Manifestaciones clínicas:

- Falta de aliento durante una actividad o cuando estás acostado
- Fatiga y debilidad
- Hinchazón en las piernas, en los tobillos y en los pies
- Latidos del corazón rápidos o irregulares
- Menor capacidad para hacer ejercicio
- Tos o sibilancia al respirar constantes con moco blanco o rosa manchado de sangre
- Hinchazón del área del vientre (abdomen)
- Aumento de peso muy rápido debido a la acumulación de líquidos
- Náuseas y falta de apetito
- Dificultad para concentrarse o menor estado de alerta
- Dolor en el pecho si la insuficiencia cardíaca es producto de un ataque cardíaco.

Diagnóstico:

- Rx
- Ecocardiografía
- EKG

Tratamiento:

Medidas generales	Reposo, decúbito con inclinación, ventilación con presión positiva, aumento de la ingesta de calorías, alimentación por sonda nasogástrica
Inotrópicos	Digoxina
Diuréticos	Furosemida, Espironolactona, clorotiazida
Fármacos reductores de poscarga	Nitroprusiato, captopril, hidralazina
Agonistas adrenérgicos	Dopamina, dobutamina, isoprenalina
Inhibidores de la fosfodiesterasa	Milrinona
β bloqueadores	Metoprolol, carvedilol.

TAPONAMIENTO CARDÍACO

Síndrome clínico hemodinámico producido por una compresión cardíaca (lenta o brusca), debido a la acumulación de líquido (sangre, pus o coágulos) con una incidencia de 1/10,000.

Etiología:

- Hemorrágicas
- Trauma (Ruptura cardíaca torácica penetrante y contuso, cateterización cardíaca, Post. Toracotomía, Pericardiocentesis, Masaje cardíaco)
- Infarto de miocardio
- Disección Aórtica
- Tratamiento anticoagulante
- Serosas o serosanguinolentas
- Neoplasias (CA de Pulmón, Ca de Mamas, Linfomas)
- Enf. Del Tejido conectivo (LES, Art. Reumatoide, Fiebre Reumática, Poliarteritis, PTI, Síndrome de Behçet)
- Uremia
- Radioterapia
- Idiopática
- Purulentas
- Infecciosas; Bacteriana (M. tuberculosis, Coxiella burnetii)

Cuadro clínico:

- Presión venosa sistémica alta (100%)
(INGURGITACION YUGULAR)
- Pulso Paradójico (98%)
- Taquipnea (80%)
- Taquicardia (77%)
- Presión sistólica >100mmHg (64%)
- Colapso de la Aurícula derecha (53%)
- Ruidos Cardíacos disminuidos (34%)
- Roce Pericárdico (29%)

Diagnóstico:

- Clínico
- Rx de Tórax
- Electrocardiograma
- TAC y RNM
- Ecocardiograma 2D
- Doppler

Tratamiento:

- Líquidos parenterales
- Pericardiocentesis (Es un procedimiento en el que se emplea una aguja para extraer líquido del saco pericárdico)
- Toracotomía

TETRALOGÍA DE FALLOT

Comprenderá 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

Etiología:

Etiología desconocida, probable delección de cromosoma 22q11 (15%)

Asociado a Sx de Down, DiGeorge, Laurence

Moon, Bield y Goldenhar

Factores asociados

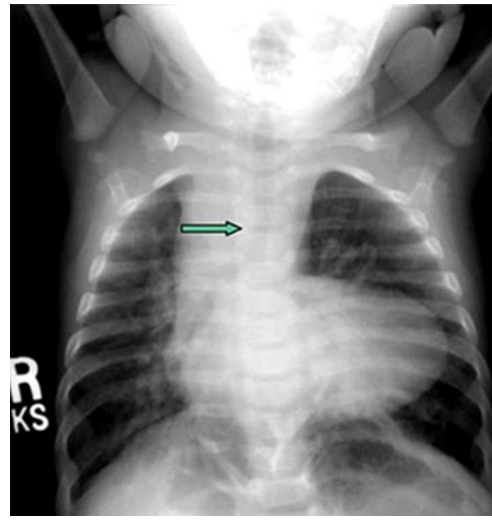
- Consumo excesivo de alcohol
- Ingesta de anticomiciales
- Madres con fenilcetonuria

Cuadro clínico

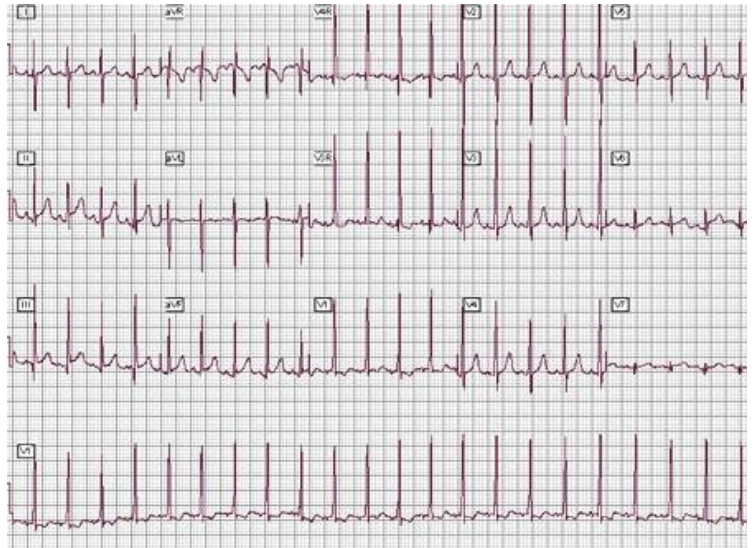
- Cianosis y/o crisis hipoxia
- Tolerancia disminuida al esfuerzo
- Posición en cuclillas (incrementa retorno venoso)
- Dedos en palillo de tambor
- Soplo sistólico pulmonar o III EIC izquierdo
- Soplo continuo cuando hay PCA

Diagnóstico:

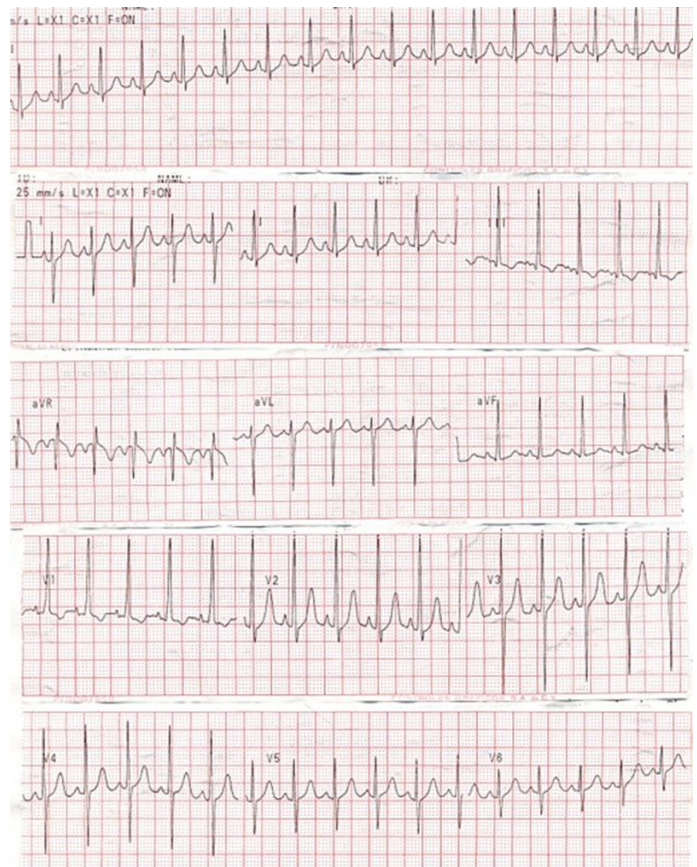
- Radiografía de tórax



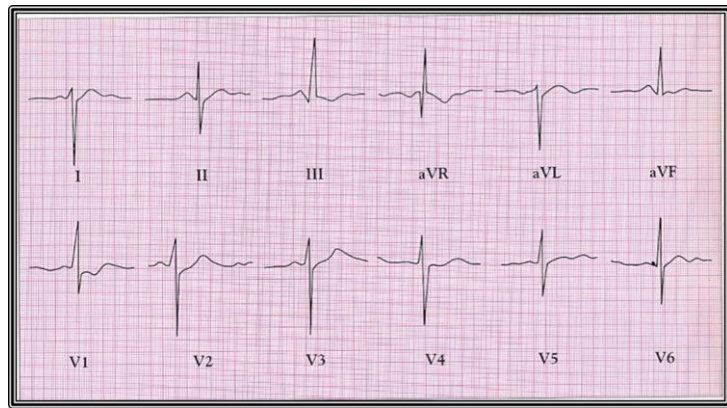
- Electrocardiograma



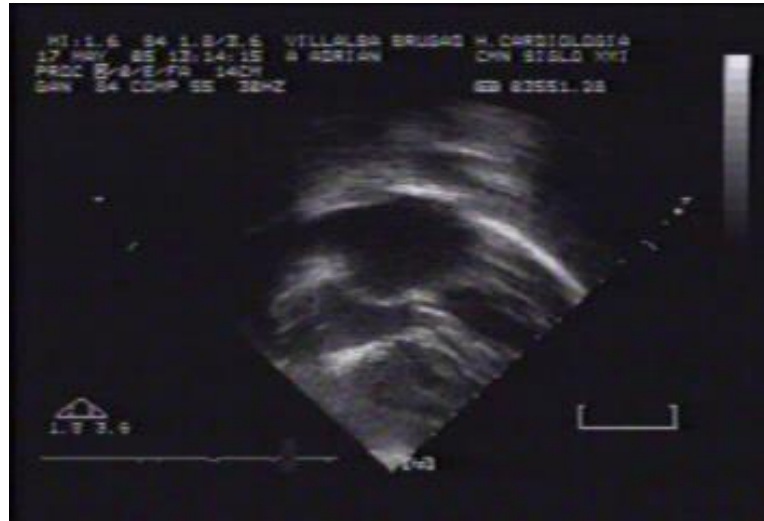
- EKG



- Electrocardiograma



- Ecocardiograma



- Angiocardografía
- Coronariografía
- Angiocardiograma
- Resonancia Magnética Nuclear

Tratamiento:

- 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%
- Dieta rica en hierro
- Betabloqueadores
- Manejo de la policitemia
- Manejo de crisis de hipoxia
- Tratamiento quirúrgico:
 1. La decisión entre cirugía paliativa o correctora dependerá de la experiencia y de los resultados de cada grupo.
 2. En la cirugía paliativa deben evitarse las conexiones que pueden provocar hipertensión pulmonar o distorsiones de las arterias pulmonares.

Factores que aumentan la morbi-mortalidad:

- Anomalías de la arteria pulmonar
- Defectos asociados
- Hematócrito preQx
- Bajo peso y corta edad
- Edad > de 3 años

Pronóstico y sobrevida:

- Bueno
- Mortalidad hospitalaria < de 2%
- PO inmediato: GC, disf. diast. der, arritmias
- 90% de sobrevida a los 20 a, 85% 30 a
- Buena calidad de vida
- Mortalidad (FCD, arritmias, endocarditis)
- Reintervención 5 – 10%

Pronóstico:

- Mortalidad perioperatoria baja
- Riesgo de muerte se incrementa posterior al reemplazo valvular pulmonar
- Sobrevida a 5 años del 92% y a 10 años del 86%.
- Libre de reoperación en 81% a 5 años, 58% a 10 años, y 41% a 15 años.
- Predictor de reoperación temprana es reemplazo a edad joven.