



**Nombre del alumno: Gabriela Guadalupe
Morales Argüello**

**Nombre del docente: Dr. Diego Rolando
Martínez Guillen**

Tema: Resumen 1era unidad

Materia: Clínicas médicas complementarias

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas Septiembre del 2022

Crisis hipertensivas

Las crisis hipertensivas se definen como 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.

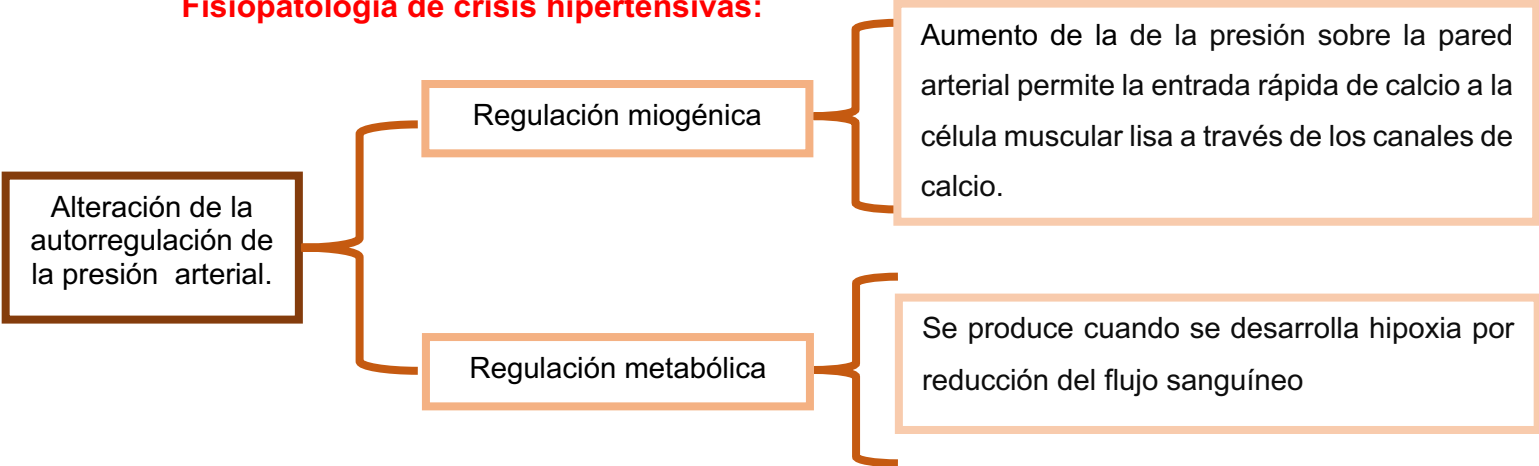
Clasificación:

Urgencia hipertensiva	Emergencia hipertensiva
Elevación brusca de la presión arterial , sin que exista disfunción de los órganos diana	Elevación brusca de la presión arterial , que produce alteración de los órganos diana del proceso hipertensivo (cerebro, riñón, retina, corazón y vasos sanguíneos), cuya integridad puede ser dañada irreversiblemente

Clasificación operacional:

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

Fisiopatología de crisis hipertensivas:



Situaciones que se consideran urgencias hipertensivas:

- 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 emergencias hipertensivas:

Cardíacas

Aneurisma disecante de aorta: La hipertensión inicia el desgarro de la intima de una aorta previamente enferma y a medida que avanza el proceso se va formando un hematoma entre la intima y la media que desgarran la pared del vaso en forma anterograda.

Presentación clínica:

- Dolor precordial súbito e intenso irradiado a región interescapular, cuello y área sacra.
- Sincope, cefalea, estado confusional, disnea, hemoptisis, náuseas y vómito.

Dx:

- ecocardiograma (transesofágico)
- Tomografía de tórax
- Resonancia magnética nuclear

Tratamiento:

- Nitroglicerato de sodio con betabloqueador

Para mantener la presión sistólica no mayor de 100 mmHg y la frecuencia cardíaca en 60 lpm.

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

Presentación clínica: 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

Tratamiento: NITROPUSIATO, FENOLDOPAN, LABETALOL y NICARDIPINA

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: Es un tumor que secreta catecolaminas y este situado en la medula adrenal, o en el tejido preganglionar extra – adrenal.

Presentación clínica:

- Sudoración
- Taquicardia
- Palidez
- Temblores

Tratamiento:

Bloqueadores alfa fentolamina o fenoxibenzamina y después agregar un bloqueador

Interacción de IMAOs con alimentos ricos en tiramina o fármacos.

Abuso de drogas simpaticomiméticas (cocaína).

ECLAMPSIA.

EPISTAXIS SEVERA.

GRANDES QUEMADOS

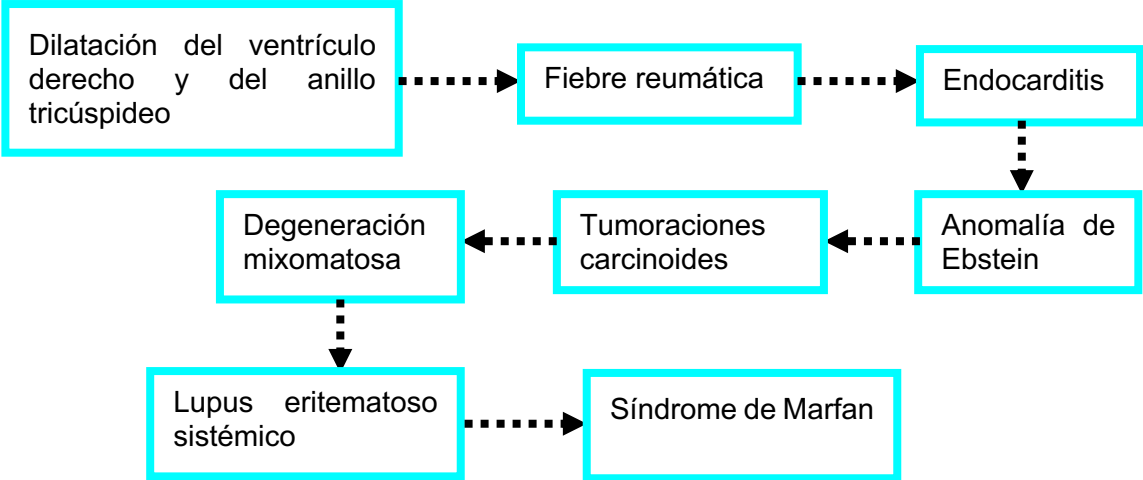
POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CON SUTURAS VASCULARES.

Insuficiencia Tricúspidea

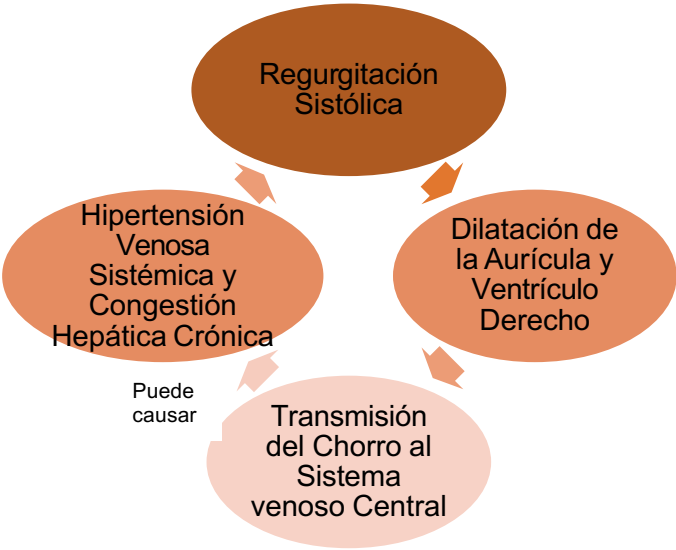
Insuficiencia Tricúspidea Funcional: Dilatación del ventrículo derecho y del anillo tricúspide.

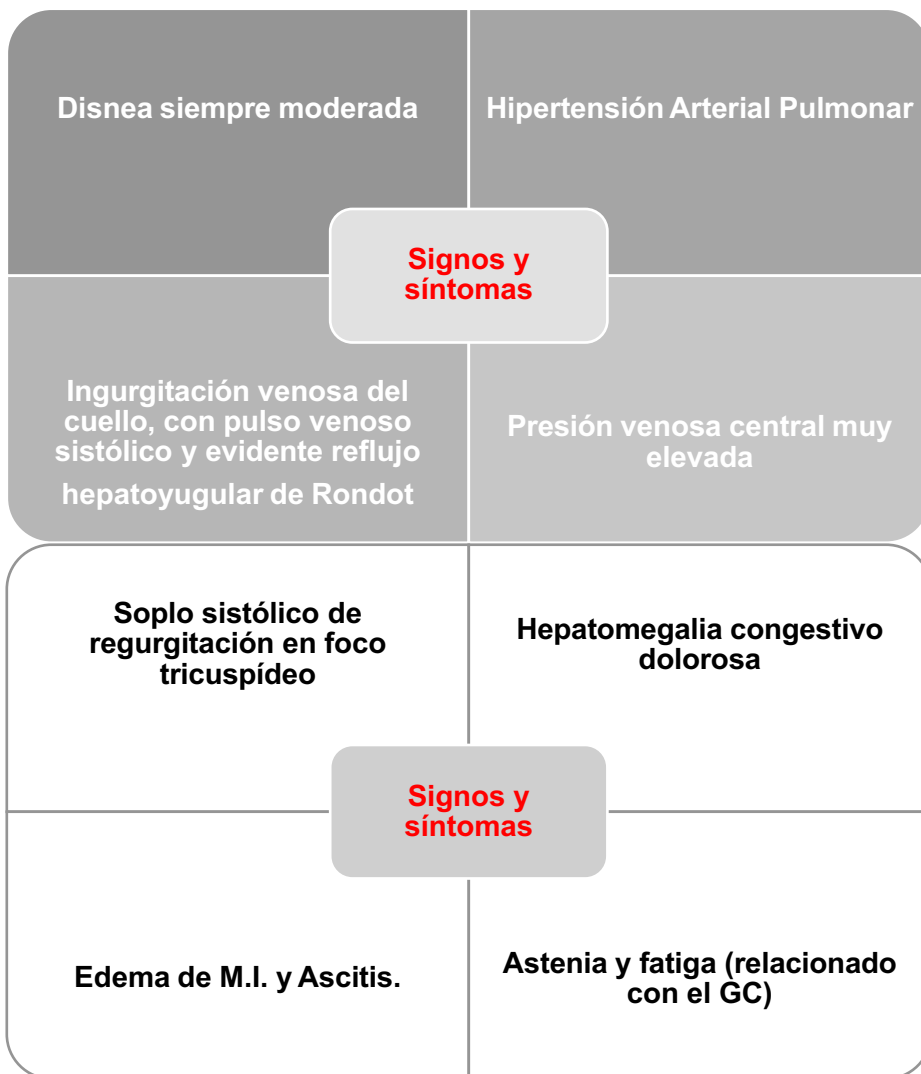
Insuficiencia Tricúspidea Orgánica: Fiebre reumática, endocarditis infecciosa, traumatismos, síndrome de Ebstein, síndrome carcinoide, síndrome de Marfan y degeneración mixomatosa.

Etiología



Fisiopatología





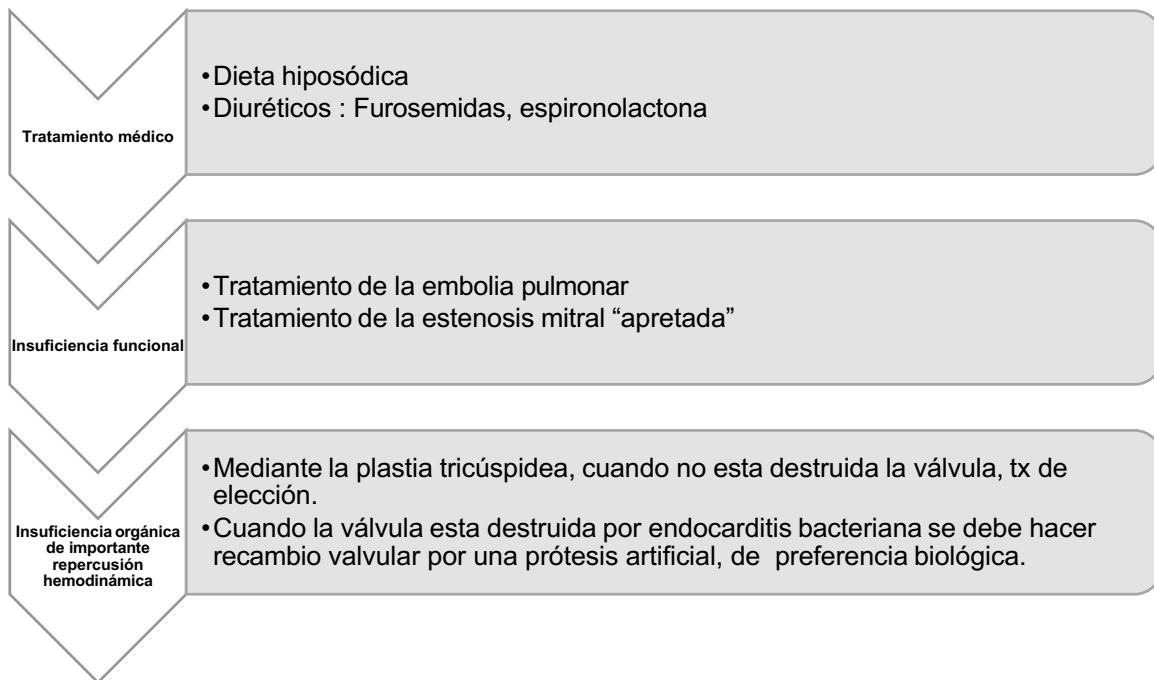
Complicaciones

- 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: Fatigabilidad Fácil e intolerancia al ejercicio.

Diagnóstico

- Radiología.
- Ecocardiograma.
- Electrocardiograma.
- Cateterismo cardíaco

Tratamiento

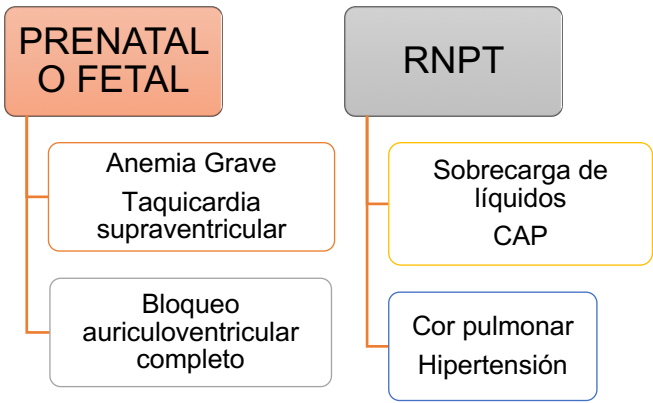


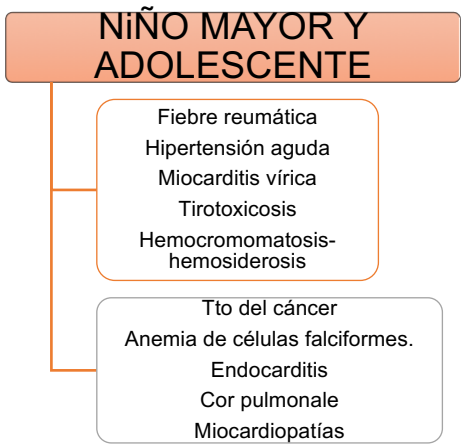
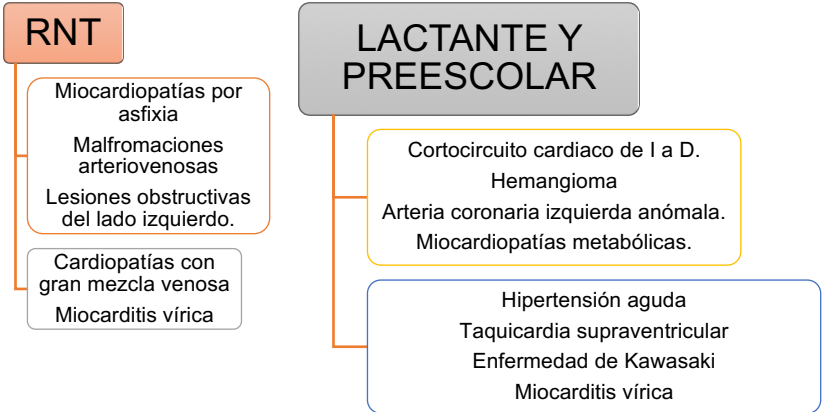
Insuficiencia Cardíaca Congestiva

Insuficiencia cardíaca: Incapacidad del corazón para dar el GC necesario para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo.

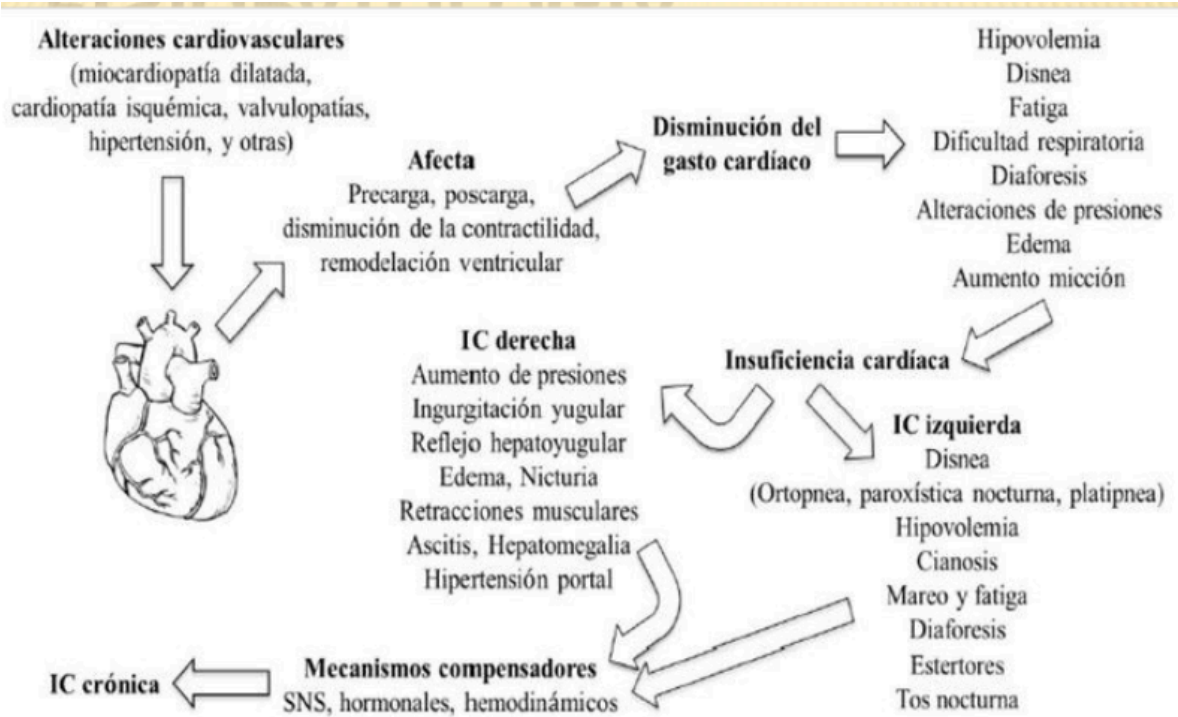
Insuficiencia cardíaca congestiva: Asociación de congestión pulmonar y edema periférico que se desarrolla secundaria a la retención de sal y agua

Etiología

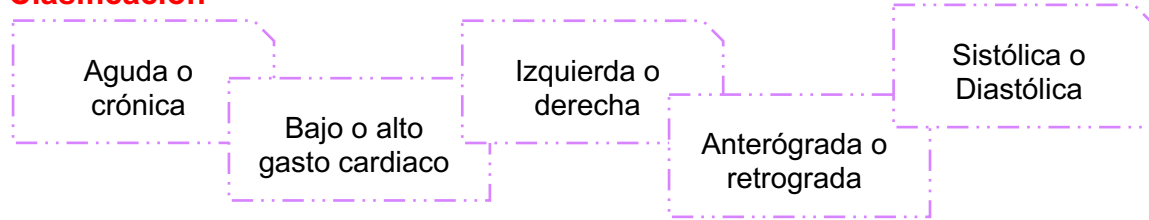




Fisiopatología



Clasificación



Manifestaciones clínicas

Síntomas en reposo: agotamiento de los mecanismos compensadores hasta el punto que el gasto cardíaco no es suficiente para satisfacer necesidades basales del organismo.

Síntomas con el ejercicio: son incapaces de aumentar el gasto cardíaco en respuesta al ejercicio aunque éste sea muy leve si presentar síntomas llamativos.

Síntomas con ejercicio bastante vigoroso: niños con cardiopatías menos graves que tienen que realizar ejercicio vigoroso para comprometer su función cardíaca.

Diagnóstico: Rx

- Cardiomegalia
- Alteración de la trama vascular
- Prolongación de los vasos pulmonares hacia la periferia en grandes shunts
- Marcas vasculares perihiliares alveolares

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 fosodiesterasa: milrinona

B- bloqueadores: metoprolol, carvedilol.

Taponamiento cardíaco

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

Medios de fijación del pericardio:

- Lig. verterbopericardico de Beraud
- Lig. esternopericardico Sup. e Inf.
- Lig. frenopericardico laterales y anterior
- Lig. tirotimopericardico
- Tejido adiposo

Linfáticos: Ganglios traqueobronquiales

Venas: Troncos venosos Braquiocefálicos, Vena Cava superior, V. ácigos, Aurícula derecha

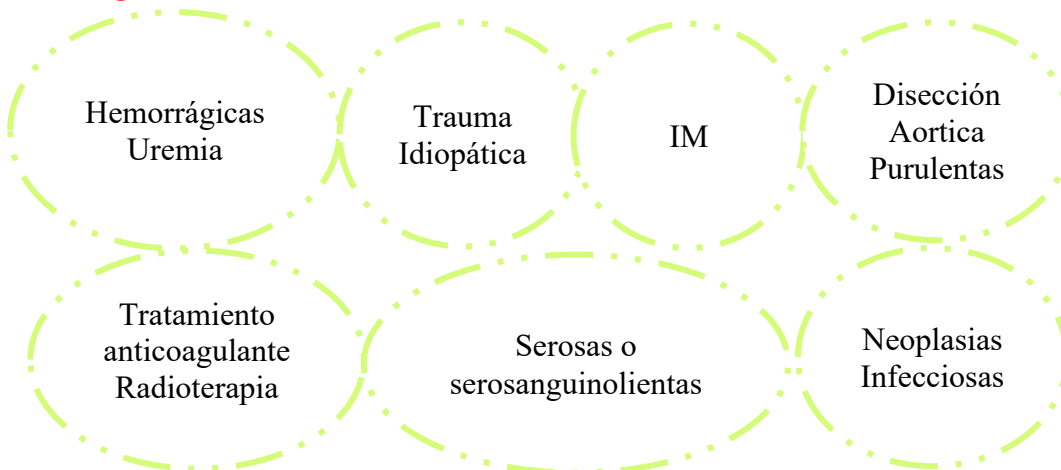
Funciones

Cavidades cardiacas	Corazón
Limita la distención cardiaca	Lubricación
Facilita la interacción entre las cavidades cardiacas	Equilibrio
Mantiene la reacción Presión/Volumen y el GC de las cavidades	Inmunológico
Mantiene la geometría ventricular	Lubricación
-----	Fibrinolítico

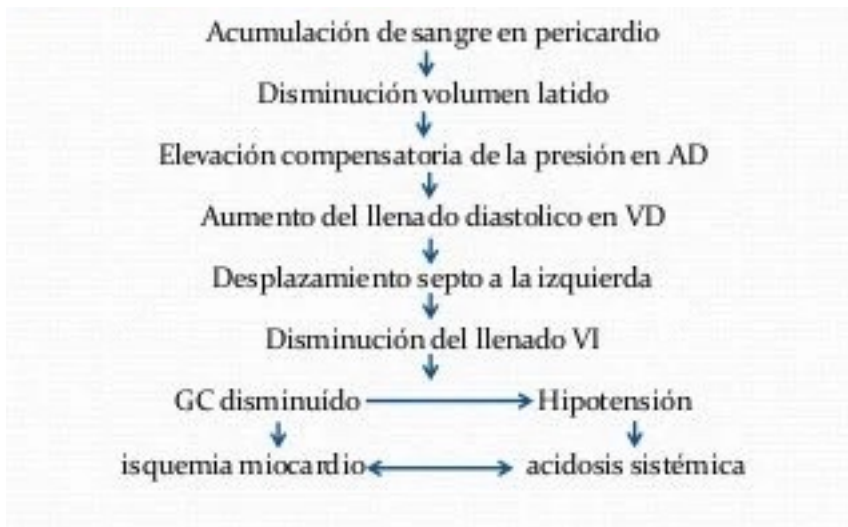
Taponamiento cardiaco

Síndrome clínico hemodinámico producido por una compresión cardiaca (lenta o brusca), debido a la acumulación de líquido (sangre, pus o coágulos)

Etiología



Fisiopatología



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 Cardiacos disminuidos (34%)
- Roce Pericárdico (29%)

Diagnóstico

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

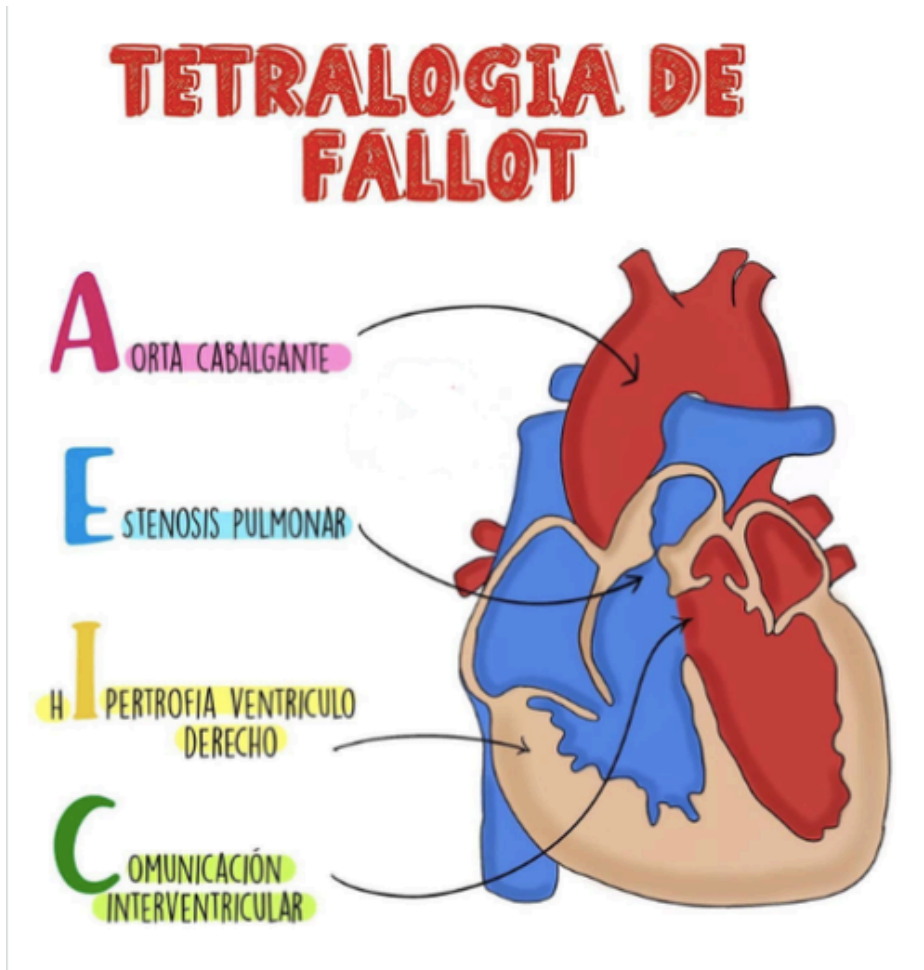
Triada de Beck

Tratamiento

- Líquidos parenterales
- Pericardiocentesis
- Toracotomía

Tetralogía de Fallot

4 defectos clásicos



Alteraciones embriológicas

- El septo conal se desarrolla en una posición anormal
- Situándose más anterior de lo normal
- El cono cardiaco primitivo queda dividido anormal en dos canales desiguales (en anterior más estrecho)

Anatomía patológica

- Aurícula derecha aumentada con paredes hipertróficas
- Dextroposición de Aorta

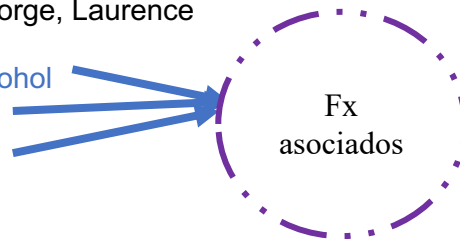
- Anomalías de las arterias coronarias en 2-8%
- Aorta de tamaño superior al de la arteria Pulmonar
- En 25% arco aórtico derecho
- Comunicación interventricular

Etiología

- Etiología desconocida, probable delección de cromosoma 22q11

Asociado a:

- Síndrome de Down, DiGeorge, Laurence
- Moon, Bield y Goldenhar
- 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

Tratamiento médico

- Dieta rica en hierro
- Betabloqueadores
- Manejo de crisis de hipoxia
- Manejo de la policitemia

Tratamiento quirúrgico

- La decisión entre cirugía paliativa o correctora dependerá de la experiencia y de los resultados de cada grupo.
- En la cirugía paliativa deben evitarse las conexiones que pueden provocar hipertensión pulmonar o distorsiones de las arterias pulmonares.

Elección de la técnica quirúrgica

- < de 6 meses Qx paliativa
- 6 – 12 meses Qx paliativa excepto en casos con anatomía favorable
- > de 1 año asintomáticos y anatomía favorable: corrección total