



Mi Universidad

RESUMEN

Nombre del Alumno: Axel Adnert Leon Lopez

Parcial: 3

Nombre de la Materia: interculturalidad

Nombre del profesor: Ricardo acuña de saz

Nombre de la Licenciatura: Medicina humana

Semestre: 2°

Crisis hipertensiva: La HAS es la causa responsable de casi 7 100 000 de muertes al año en todo el mundo (Rosas-Peralta M, 2016). De acuerdo con los resultados del Estudio de la Carga Global de la Enfermedad realizado en 2015, en México, la HAS es el tercer factor de riesgo, basado en el resultado de años de vida saludables perdidos (AVISA) 8.8% (IC 95% 7.6 a 9.9) y siendo el 18.1% del total de las muertes (IC 95% 15.9 a 20.2%). Entre 1990 y 2015, las defunciones atribuibles a la HAS aumentaron 31%.

tiempo meta para disminuir la tensión arterial: La guía para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en adultos de la AHA 2017, refiere que las condiciones obligatorias que requieren la disminución rápida de la TAS.

Se sugiere que todos los pacientes con emergencia hipertensiva cuenten con estudios básicos y solo se realicen estudios específicos por el sitio de daño orgánico. Se sugiere solicitar la evaluación por el experto o por el médico de la unidad de cuidados intensivos (en caso de contar con ellos), según corresponda la entidad clínica.

Una revisión retrospectiva que incluyó pacientes con disección aórtica tratados con esmolol no encontró diferencia estadística ($p = 0.99$) en el tiempo requerido para obtener la TAS meta al agregar al tratamiento clevidipino

Una RS (con calidad metodológica críticamente baja evaluada por AMSTAR II) recomienda que en pacientes con disección aórtica se mantenga la TAS entre 100 a 120 mm Hg, y la frecuencia cardíaca (FC) entre 60 a 80 latidos por minuto (lpm). En el estudio se menciona que los bloqueadores beta intravenosos son la terapia de elección; si estos están contraindicados, los BCC son una alternativa. Si la TA persiste alta, el nitroprusiato de sodio puede agregarse al tratamiento, pero debe evitarse su uso como monoterapia.

La guía para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en adultos de la AHA 2017 refiere que en pacientes con emergencia hipertensiva y disección aórtica aguda se requiere el descenso rápido de la TAS ≤ 120 mm Hg y que los fármacos preferidos para su manejo son el esmolol o el labetalol. Los betabloqueadores deben preceder a la administración de los vasodilatadores (como el nicardipino o el nitroprusiato de sodio), si es necesario para el control de la TA o para prevenir la taquicardia refleja o el efecto inotrópico; la TAS ≤ 120 mm Hg debe alcanzarse en 20 min.

La guía para el tratamiento de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Cardiología/Sociedad Europea de Hipertensión 2018 (SEC/SEH) refiere que en pacientes con emergencia hipertensiva y disección aórtica se disminuya de manera inmediata la TAS

SUGERENCIAS:

- Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva y disección aórtica aguda el descenso rápido de la TAS ≤ 120 mm Hg y de la FC < 60 lpm, en un periodo de 20 min.
- Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva y disección aórtica el tratamiento sea a base de esmolol o labetalol asociado a nitroprusiato de sodio o con nitroglicerina.
- Se sugiere que los betabloqueadores precedan la ministración de vasodilatadores como el nitroprusiato de sodio o la nitroglicerina.
- Se sugiere utilizar como tratamiento de segunda línea al metoprolol, y si está contraindicado usar como alternativa a los BCC.

Estudios auxiliares:

Hemoglobina

- Hematocrito
- Glucosa plasmática en ayuno
- Hemoglobina glucosilada
- Colesterol y triglicéridos
- Potasio y sodio
- Creatinina
- Ácido úrico
- Análisis de orina
- Tasa de filtración glomerular
- Electrocardiograma

INSUFICIENCIA CARDIACA: La insuficiencia cardíaca aguda es una afección que se produce cuando el corazón no funciona apropiadamente. Se produce de manera repentina y puede poner en riesgo la vida.

En la GPC de NICE 2014, al comparar en pacientes adultos con ICA el uso de ultrafiltración contra tratamiento diurético reportaron:

- Menor estancia hospitalaria en los tratados con ultrafiltración [4.61 días contra 9.61 días ($p = <0.019$)]
- Mayor riesgo de efectos adversos en los tratados con diuréticos [RR 1.26 (1.02 a 1.56, $p = 0.05$)]
- Mayor porcentaje de pérdida de peso en los tratados con ultrafiltración [2.2 % más (0.95 a 3.45% más)]
- Mayor incremento en los niveles de creatinina en los tratados con ultrafiltración [23.97 $\mu\text{mol/l}$ más (de 8.77 a 39.7 $\mu\text{mol/l}$ más)].
- Sin encontrar diferencia estadística en la mortalidad

La insuficiencia cardíaca puede ser asintomática o variar de leve a grave. Los síntomas pueden ser constantes o infrecuentes

- Pulmones congestionados: pulmones llenos de líquido que provocan dificultad para respirar, tos seca o sibilancias
- Retención de líquidos y agua: resulta de un suministro reducido de sangre a los riñones, lo que a su vez conduce a tobillos, piernas y abdomen hinchados (hinchazón generalizada del cuerpo), aumento de peso, aumento de la frecuencia de micción por la noche, pérdida de apetito y / o náuseas
- Reducción del suministro de sangre a los órganos vitales: produce mareos, cansancio, debilidad y confusión
- Latidos cardíacos rápidos o irregulares
- Aumento de peso
- Dolor en el pecho
- Desmayos en casos severos
- Los síntomas de insuficiencia cardíaca en niños pueden incluir:

- Mala alimentación
- Sudoración excesiva
- Respiración dificultosa

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ICA

- Disnea
- Disnea paroxística nocturna
- Ortopnea • Presión venosa yugular elevada
- Tercer sonido cardíaco
- Impulso apical desplazado lateralmente
- Reflujo hepatoyugular

DATOS DE CHOQUE

- TAS < 90 mmHg
- FC 120 lpm
- lactato mayor > 2 mmo/L

pruebas diagnósticas:

- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Troponina • Dímero D

TRATAMIENTO Y MEDICAMENTOS:

El tratamiento de la insuficiencia cardíaca puede depender de la causa. El tratamiento suele incluir cambios en el estilo de vida y medicamentos. Si hay otra enfermedad que esté causando la insuficiencia cardíaca, tratar dicha enfermedad puede revertir la insuficiencia.

Algunas personas con insuficiencia cardíaca necesitan someterse a una cirugía para abrir las arterias obstruidas o colocar un dispositivo que ayude al corazón a funcionar mejor.

Con tratamiento, los síntomas de la insuficiencia cardíaca pueden mejorar.

Se puede utilizar una combinación de medicamentos para tratar la insuficiencia cardíaca. Los medicamentos específicos que se usen dependerán de su causa y de los síntomas. Los medicamentos para tratar la insuficiencia cardíaca incluyen los siguientes:

- **Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA).** Estos fármacos relajan los vasos sanguíneos para reducir la presión arterial, mejorar el flujo sanguíneo y disminuir el esfuerzo que debe hacer el corazón. Algunos ejemplos son el enalapril (Vasotec, Epaned), el lisinopril (Zestril, Qbrelis) y el captopril.

- **Antagonistas de receptores de angiotensina II (ARA-II).** Estos fármacos comparten muchos de los beneficios de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. Pueden ser una alternativa para las personas que no pueden tolerar los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. Entre ellos, se incluyen el losartán (Cozaar), el valsartán (Diovan) y el candesartán (Atacand).
- **Inhibidores de la neprilisina y del receptor de angiotensina (INRA).** Este medicamento utiliza dos fármacos para la presión arterial a fin de tratar la insuficiencia cardíaca. El medicamento combinado es sacubitril/valsartán (Entresto). Se usa para tratar a algunas personas con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida. En esas personas, puede ayudar a prevenir una hospitalización.
- **Betabloqueadores.** Estos medicamentos disminuyen la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Reducen los síntomas de insuficiencia cardíaca y mejoran el funcionamiento del corazón. Si tienes insuficiencia cardíaca, los betabloqueadores pueden prolongar tu vida. Algunos ejemplos son el carvedilol (Coreg), el metoprolol (Lopressor, Toprol-XL, Kaspargo Sprinkle) y el bisoprolol.
- **Diuréticos.** Los medicamentos diuréticos hacen que orines con mayor frecuencia. Así previenen la acumulación de líquido en el cuerpo. Los diuréticos, como la furosemida (Lasix), también disminuyen el líquido en los pulmones, para que puedas respirar con mayor facilidad.

Algunos diuréticos hacen que el cuerpo pierda potasio y magnesio. Es posible que tu proveedor de atención médica recomiende suplementos para tratar esta situación. Si tomas diuréticos, es posible que debas someterte a análisis de sangre periódicos para comprobar tus niveles de potasio y magnesio.

- **Diuréticos ahorradores de potasio.** Estos medicamentos, también conocidos como antagonistas de la aldosterona, incluyen la espironolactona (Aldactone, Carospir) y la eplerenona (Inspra). Pueden ayudar a prolongar la vida de personas con insuficiencia cardíaca grave con fracción de eyección reducida.

A diferencia de otros diuréticos, estos medicamentos pueden aumentar el nivel de potasio en la sangre hasta niveles peligrosos. Habla con el proveedor de atención médica sobre tu alimentación y la ingesta de potasio.

- **Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (SGLT2, por sus siglas en inglés).** Estos medicamentos ayudan a reducir los niveles de glucosa sanguínea. Con frecuencia son recetados con cierta alimentación y ejercicio para tratar la diabetes tipo 2, pero también son uno de los primeros tratamientos para la insuficiencia cardíaca. Esto se debe a que existen numerosos estudios que

BIBLIOGRAFIA:

1. Anderson CS, Heeley E, Huang Y, Wang J, Stapf C, Delcourt C, et al. Rapid blood-pressure lowering in patients with acute intracerebral hemorrhage. *N Engl J Med*. 2013 Jun 20;368(25):2355-65
2. Bandeira DS, Aires de Oliveira E, Ludwig da Costa F, Netto TM, Cabral L. Acute aortic dissection: diagnosis and management. *Acta méd. (Porto Alegre)* 2017
3. Bath PM, Krishnan K. Interventions for deliberately altering blood pressure in acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Oct 28;(10):CD000039
4. Cannon CM, Levy P, Baumann BM, Borczuk P, Chandra A, Cline DM, et al. Intravenous nicardipine and labetalol use in hypertensive patients with signs or symptoms suggestive of end-organ damage in the emergency department: a subgroup analysis of the CLUE trial. *BMJ Open*. 2013 Mar 26;3(3). pii: e002338
5. Farias S, Peacock WF, Gonzalez M, Levy PD. Impact of initial blood pressure on antihypertensive response in patients with acute hypertension. *Am J Emerg Med*. 2014 Aug;32(8):833-6
6. Freiermuth CE, Chandra A, Peacock WF, Site Investigators. Characteristics of patients that do not initially respond to intravenous antihypertensives in the emergency department: subanalysis of the CLUE trial. *West J Emerg Med*. 2015 Mar;16(2):276-83
7. Grassi D, O'Flaherty M, Pellizzari M, Bendersky M, Rodriguez P, Turri D, et al. Hypertensive urgencies in the emergency department: evaluating blood pressure response to rest and to antihypertensive drugs with different profiles. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008 Sep;10(9):662-7
8. Li J, Chen Z, Gao X, Zhang H, Xiong W, Ju J, et al. Meta-Analysis Comparing Metoprolol and Carvedilol on Mortality Benefits in Patients with Acute Myocardial Infarction. *Am J Cardiol*. 2017 Nov 1;120(9):1479-1486