



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**

**Nombre de alumno:**  
**Gordillo López Eric Roberto**

**Nombre del profesor:**  
**Diego Rolando Martínez Guillen**

**Nombre del trabajo:**

**Resumen**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Materia:**  
**clínicas Medicas Complementarias**

**Grado: 7 Grupo: "A"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de septiembre de 2022.

## Crisis hipertensivas

Las crisis hipertensivas 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 y presión arterial diastólica  $>120$  mmHg capaz de llegar a producir alteraciones estructurales o funcionales en diferentes órganos.

SE DIVIDE EN:

**Urgencia hipertensiva:** TAD  $> 120$  (100) mmHg Y/o Sin daño de órgano blanco

Elevación brusca de la presión arterial, sin que exista disfunción de los órganos diana

Tratamiento: Manejo ambulatorio, tratamiento vía oral y descenso progresivo de la PA

**Emergencia hipertensiva:** TAD  $> 120$  mmHg y/o TAS  $>210$  mmHg Lesión aguda de órganos blanco

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

Tratamiento: ingreso hospitalario, tratamiento vía parenteral, descenso de la PA en breve y monitorización intensa.

### Urgencia hipertensiva

HTA de rebote tras abandono brusco de medicación hipotensora.

HTA con insuficiencia cardíaca (IC) leve o moderada. Preeclampsia.

PAD  $> 120$ mmHg asintomática o con síntomas inespecíficos.

### Emergencia hipertensiva

#### Cardiacas

Aneurisma disecante de aorta.

Síndrome coronario agudo (SCA).

**Cerebrovasculares:**

Encefalopatía hipertensiva.

Ictus hemorrágicos.

**Renal:**

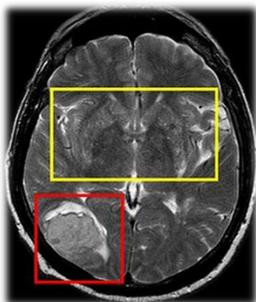
Insuficiencia renal aguda.

**Exceso De Catecolaminas Circulantes:**

Crisis de feocromocitoma.

Interacción de IMAOs con alimentos ricos en tiramina o fármacos.

Abuso de drogas simpaticomiméticas (cocaína).

**Eclampsia.****Epistaxis Severa.****Grandes Quemados****Postoperatorio De Cirugia Con Suturas Vasculares.****Encefalopatía Hipertensiva**

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

Tratamiento: **NITROPUSIATO**

La Hipertensión Maligna Es Una Emergencia Médica.

Un examen físico con frecuencia muestra:

Presión arterial extremadamente alta.

Hinchazón en la parte baja de las piernas y pies.

Ruidos cardíacos anormales y líquido en los pulmones.

Cambios en el estado mental, la sensibilidad, la capacidad muscular y los reflejos.

Los exámenes para determinar el daño a los riñones pueden abarcar:

- Gasometría arterial
- BUN
- Creatinina
- Análisis de orina

### **Síndrome Cerebrovascular**

En pacientes con accidente cerebrovascular aterotrombotico se recomienda iniciar medicación solo si la presión arterial media se encuentra por encima de 130 mmHg o la presión sistólica por encima de 220 mmHg Disenso menor de 20% de la presión arterial media inicial Se permite un incremento entre el 5% o 10 % de la presión arterial media si ocurre deterioro neurológico con la reducción de la presión arterial.

Si el paciente no va a recibir trombolíticos y la presión arterial media se encuentra encima de 130mmhg se debe iniciar tratamiento dado ya que esto esta relacionado con

- Transformacion hemorragica
- Infarto al miocardio
- Falla renal secundaria a hipertension acelerada

**Tratamiento:** Nitropusiato, Enalaprilat, Fenoldopam, Diuréticos de asa

## **INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA**

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

Asociación de congestión pulmonar y edema periférico que se desarrolla secundaria a la retención de sal y agua.

**Clasificación:** aguda o crónica, bajo o alto gasto cardiaco, izquierda o derecha, anterógrada o retrógrada, sistólica o diástole.

Tipo I: Sobrecarga de volumen

Tipo II: déficit de contractibilidad

Tipo III: falla de función diastólica

**Diagnostico:**

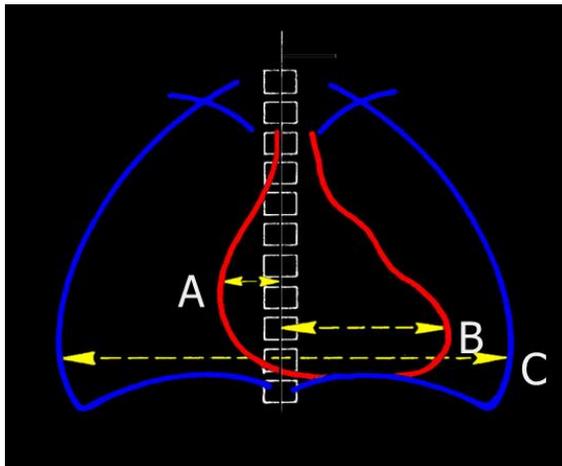
RX

Cardiomegallia,

Alteración de la trama vascular,

Prolongación de los vasos pulmonares haia la periferia en grandes shunts

Marcas vasculafres perihiliares algodonosas.



$(A+B)/C$

Silueta cardiaca: cardiomegalia

Neonato: < 0,60

< 2 años: < 0,55

> 2 años: < 0,50

Ecocardiografía: Demuestra lesión anatómica no urgente en niño crítico.

EKG: Hipertrofia de cavidades, Isquemia izquierda a derecha, Enfermedad miocárdica inflamatoria.

Tratamientos:

- Inotrópicos: digoxina
- Diuréticos: furosemida
- Fármacos reductores de la poscarga: captopril
- Agonistas adrenérgicos: dopamina
- Inhibidores de la fosfodiesterasa: milrinona
- B bloqueadores: metoprolol

## Tetralogía de Fallot

4 defectos clásicos:

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

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

Diagnostico:

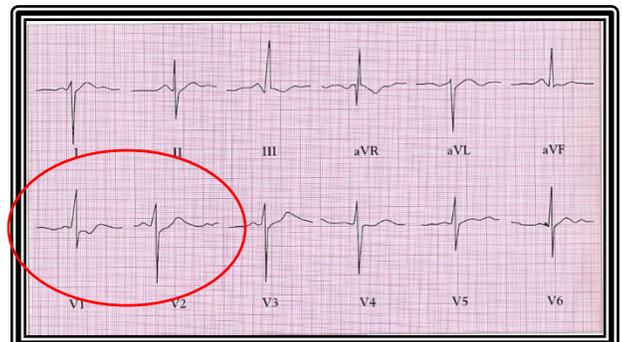
RX

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



EKG:

- Normal los primeros días de vida
- Ondas P picudas en DII y V1
- AQRS a la derecha
- CVD



La Resonancia magnética ( estándar de oro):

Vol. Diast. Final del VD: 150 – 200 ml/m<sup>2</sup>

es indicación precisa

**Tratamiento:**

El tratamiento es quirúrgico, pero las estenosis valvulares pulmonares y de ramas pueden ser tratadas por angioplastia con balón.

Tratamiento Médico: Dieta rica en hierro, Beta bloqueadores, Manejo de la policitemia, Manejo de crisis de hipoxia.

**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.

La cardiología intervencionista representa una alternativa excelente y evita la cirugía de un miocardio de por sí dañado.

## **Taponamiento Cardiaco**

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

**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%)

Diagnostico:

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

Dx Diferencial:

- Neumotórax a tensión
- Insuficiencia aguda del ventrículo derecha
- Síndrome de la vena cava superior
- EPOC
- Pericarditis Constrictiva
- Exacerbación aguda de una bronquitis crónica
- Embolismo pulmonar

Tratamiento:

- Líquidos parenterales
- Pericardiocentesis
- Toracotomía

## 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.

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 tricuspídeo.

- 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: Fatigabilidad Fácil e intolerancia al ejercicio.

#### Diagnostico:

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

#### Tratamiento:

Tratamiento médico: Dieta hiposódica y Diuréticos (Furosemidas, espironolactona)

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