



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**  
**LIC. EN MEDICINA HUMANA**

**Alumno: Leo Dan De Jesús Márquez Albores**

**Docente: Dr. Diego Rolando Martínez Guillen**

**Nombre del trabajo: Resumen (temas de  
cardiología)**

**Materia: Clínicas Medicas Complementarias**

**Semestre: 7**

**Grupo: A**

**Comitán de Domínguez, Chiapas. A 14 septiembre de  
2022**

## CRISIS HIPERTENSIVAS

Definición: Elevación de la presión arterial mayor a 210/120 mmhg

Se divide en

### URGENCIA:

**SIN** daño a órgano blanco

#### ¿Cuándo sospechar de una urgencia hipertensiva?

- Abandono brusco del tratamiento antihipertensivo
- Insuficiencia Cardíaca leve o moderada
- Preeclamsia
- Presión arterial diastólica MAYOR 120mmHg Asintomática o con síntomas inespecíficos

#### ¿Qué hacer en una urgencia hipertensiva?

- Atención ambulatoria: durante la consulta se debe descartar una crisis hipertensiva de emergencia, colocar al paciente en condiciones óptimas PA, dar tratamiento **exclusivo por vía oral**.
- Descenso progresivo de la PA: **20 a 25 %** en 24 a 48 hrs
- Estudios: Exploración física, AMPA (auto medida de la presión arterial).
- Tratamiento vía oral:
  - **Captopril 25-50 mg cada 15 a 30 min/** 100 mg dosis máxima
  - Amlodipino 5-10 mg cada 15 a 30 min
  - Propanolol 20 a 40 mg

#### ¿Qué **NO** se debe realizar durante la urgencia hipertensiva?

- No se puede reducir bruscamente la PA
- No administrar **fármacos por vía sublingual**
- Vigilar el uso de Captopril en pacientes con insuficiencia renal e hipotensión, en mujeres embarazadas

## **EMERGENCIA:**

**Daño a órgano blanco** (Retina, riñón, cerebro, corazón y vasos sanguíneos)

¿Qué hacer con un paciente con Emergencia hipertensiva?

- Ingreso hospitalario
  - I. **Ingreso hospitalario urgente**
  - II. Vigilancia del nivel de conciencia (Glasgow)
  - III. Motorización de la PA y FC
  - IV. Disminución de la PA hasta obtener valores seguros
  
- Descenso de la PA en breve
  - I. **25% de PA en 1 hora**
  
- Motorización intensiva
  1. **FC Normal, PA menor a 160/90 mm Hg**
  
- Tratamiento intravenoso
  - Nitroprusiato de sodio
  - Labetalol

## INSUFICIENCIA TRICÚSPIDE

Definición: incompetencia de la válvula tricúspide que promueve el movimiento del flujo sanguíneo procedente del ventrículo derecho hacia la aurícula derecha durante la sístole

### **Clasificación:**

- Insuficiencia tricuspidea funcional: dilatación del VD y anillo tricúspide
- Insuficiencia tricuspidea orgánica: fiebre reumática, endocarditis, infecciosa, traumatismo, síndrome carcinoide

### **Etiología:**

- Anomalía de Ebstein
- **Fiebre reumática (más común)**
- Endocarditis
- Dilatación de ventrículo derecho y anillo tricúspide

### **Fisiopatología**

Existe una dilatación del ventrículo y aurícula izquierda lo que provoca un aumento del volumen en el ventrículo derecho, lo cual hace una regurgitación sistólica que puede causar una hipertensión venosa sistémica y congestivo hepática crónica

### **Cuadro clínico**

- **Soplo holosistólico** debido a la regurgitación en foco tricuspideo
- Hipertensión arterial pulmonar
- Disnea siempre moderada
- Ingurgitación venosa del cuello, con pulso venoso sistólico y evidente hepatoyugular de rando
- Hepatomegalia congestivo dolorosa
- Edema en miembros inferiores
- Ascitis

### **Diagnostico**

- Radiografía de tórax----- Cardiomegalia y hepatomegalia
- Ecocardiograma
- Electrocardiograma----- Alteraciones en QRS y crecimiento auricular derecho
- Cateterismo cardiaco

### **Tratamiento**

Medico:

- Furosemide 40 mg y Dieta hipo sódica

QX:

- Plastia tricuspidea cuando no está destruido la válvula
- Recambio valvular; cuando la válvula está destruida por endocarditis bacteriana

### **Complicaciones**

- Cirrosis hepática
- Síntomas de insuficiencia hepática crónica
- Síntomas de bajo gasto cardiaco
- Hígado tricuspideo

## INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Definición: **INSUFICIENCIA CARDIACA** es la incapacidad del corazón para dar el GC necesario para satisfacer las necesidades metabólicas del cuerpo

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA; asociación de congestión pulmonar y edema periférico que se desarrolla secundaria a retención de agua y sal

### **Clasificación**

- Aguda o crónica
- Sistólica o diastólica
- Anterógrada o retrograda
- Izquierda a derecha
- Bajo o alto GC

Tipo 1-----sobrecarga de volumen

Tipo 2-----déficit de contractibilidad

Tipo 3----- falla de función diastólica

### **Manifestaciones clínicas**

Síntomas con ejercicio: niños con cardiopatía menos graves, son incapaces de aumentar el gasto cardíaco en respuesta al ejercicio y presenta síntomas llamativos.

Síntomas en reposo: Es cuando se agotan todos los mecanismos compensatorios hasta que GC no es suficiente para satisfacer las necesidades del organismo

- Fatiga
- Disnea
- Tos
- Intolerancia al esfuerzo
- Anorexia
- Dolor abdominal
- **Ruido de galope (frecuente)**
- **Cardiomegalia**
- **Taquicardia**
- **Sudoración**
- **Cianosis periférica**

### **Estudios de laboratorio**

- **Radiografía de tórax:** se encontrará cardiomegalia, alteración en el trauma vascular, marcas vasculares perihiliares, aumento de la silueta cardiaca
- **Ecocardiografía:** lesión anatómica no urgente en niño crítico, hipertrofia de cavidades, isquemia izquierda a derecha

### **Tratamiento:**

Furosemide

Digoxina

Captopril o Nitroprusiato de sodio

Metroprolol

# TAPONAMIENTO CARDIACO

Definición: síndrome clínico hemodinámico producido por una compresión cardiaca debido a la acumulación de líquido (sangre, líquido, coágulos etc.)

Valor normal de líquido pericárdico  
20 a 50 ml

## **Etiología:**

- Hemorrágicas
- Por trauma (ruptura cardiaca torácico penetrante, contuso, cateterismo cardiaco, pericardiocentesis.
- Neoplasias: Cáncer de pulmón, cáncer de mamas y linfomas
- Infarto agudo a miocardio
- Tratamiento anticoagulante
- Infecciosas (tuberculosis, coxiela burnetti)

## **Fisiopatología**

Existe un derrame pericárdico que conlleva a un aumento de la presión de la cavidad pericárdica causando una restricción al llenado de cavidades derechas, esto aumentara la presión en las cámaras causando una congestión pericárdica, además disminuye el gasto cardiaco causando hipotensión, acidosis metabólica, e isquemia del miocardio ambos activando el SRAA.

## **Cuadro clínico**

- **Ingurgitación yugular 100%**
- **Pulso paradójico 90%**
- Taquipnea
- Taquicardia
- Presión sistólica mayor a 100 mmHg
- Colapso de aurícula derecha
- **Ruidos cardiacos disminuidos**

## **Diagnostico:**

**INGURGITACION YUGULAR + PULSO PARADOGICO+ COLAPSO AD O VD = TAPONAMIENTO CARDIACO**

Clinico: explorando ingurgitación yugular, pulso, además de signos vitales para checar taquicardia, taquipnea, hipotensión

**LA TRÍADA DE BECK** consiste de **ruidos cardíacos alejados, hipotensión y distensión de las venas del cuello.**

- Rx de tórax; cardiomegalia con pulmones limpios, signo de la botella, ensanchamiento del mediastino
- TAC: derrame pericárdico, deformidad y compresión de las cámaras cardiacas, congestión venosa
- Electrocardiograma: Taquicardia/bradicardia, alternancia eléctrica (menos QRS y variación de latidos) bajo voltaje, y signos de pericarditis (elevación de st, y depresión de PR9}
- Ecocardiograma 2D doppler color 3D: derrame pericárdico, colapso diastólico de AD, VD, AI, y movimiento de tabique IV hacia la izquierda en inspiración, colapso de las cavidades izquierdas, colapsó de ventrículo y aurícula derecha, aumento del flujo tricuspideo, y disminución del flujo mitral

Tratamiento

- **Pericardiocentesis:**

procedimiento empleado para extraer liquido pericárdico con una aguja. Los niveles o vías de acceso son: Subxifoidea, quinto espacio intercostal, a nivel del ápex.

Complicaciones del procedimiento: arritmias, punción auricular o ventricular, hemopericardio, perforación de estómago o colon

- **Toracotomía**

Procedimiento qx empleado por la falla de una pericardiocentesis, se realiza de emergencia al paciente por la acumulación excesiva de líquido en el espacio pericárdico

- **Tratamiento medico**

Furosemide 40 mg

## TETRALOGIA DE FALLOT

Anomalía congénita, clasificada como cardiopatías cianóticas

### **4 grandes defectos:**

- Comunicación interventricular.
- Estenosis subpulmonar.
- Cabalgamiento de la aorta.
- Hipertrofia ventricular derecha.

### **Incidencia**

3.5 de cardiopatías congénitas, 10 % en México y 1 por cada 36000 nacidos vivos.

### **Etiología:**

Desconocida, asociado con el sx de Down, digorge, probable detección en cromosoma 22q11, entre los factores asociados está el consumo excesivo de alcohol, ingesta de drogas en embarazo

### **Cuadro clínico:**

- **Cianosis o crisis de hipoxia**
- Tolerancia disminuida al esfuerzo
- **Dedos en palillos de tambor**
- Soplos sistólico pulmonar o II EIC izquierdo
- **Posición de cuchillas (incrementa el retorno venoso)**

### **Diagnostico:**

- **Debe ser diagnosticado de forma temprana**
- **Radiografía de tórax:** Cardiomegalia leve, Arco de la pulmonar excavado, levantamiento de la punta del corazón oligohemia pulmonar, arco aórtico derecho (20%)
- **Electrocardiograma;** Normal en los primeros días de vida, ondas P picudas en DII Y V1, QRS a la derecha, CVD
- **Ecocardiograma:** se visualiza localización y características de la comunicación interventricular, además del grado de dextro posición de la aorta y su cabalgamiento, la obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho, tamaño de unión del ventrículo derecho y la arteria pulmonar, anomalías asociadas
- La ecocardiografía convencional y con doppler tisular representa una excelente alternativa

- La resonancia magnética **ESTANDAR DE ORO** Vol diastólico final del VD.: 150-200 ml/m<sup>2</sup> es indicación precisa
  - i. Volumen final de la diástole y sístole del VD ajustado
  - ii. Fracción de expulsión del VD

## **Tratamiento**

### **Medico:**

1. Dieta rica en hierro
2. Beta bloqueadores: Metoprolol
3. Manejo de la policitemia
4. Manejo de la crisis de hipoxia

### **Quirúrgico:**

- Paliativo: deben evitarse las conexiones que pueden provocar hipertensión pulmonar o distorsiones de las arterias pulmonares
- Correctivo: Es la más indicada ya que estos pacientes requieren corrección lo más antes posible

### **¿Cómo elegir la técnica Qx?**

Menor de 3 meses: **Qx paliativo**

6-12 meses: **Qx paliativo** excepto en caso de anatomía desfavorable

Más de 1 año asintomáticos y anatomía favorable: **corrección total**

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- **ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults [Internet].**
- **New York: American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association, Inc; 2017 [cited 2017 Jul 12]. Available from: <http://hyper.ahajournals.org/content/hypertensionaha/early/2017/11/10/HYP.0000000000000066.full.pdf>**