



**Universidad del Sureste**  
Licenciatura en Medicina Humana

**Nombre de la alumna: Victoria Belén de la Cruz Escobar**

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

**Nombre del trabajo: "Resumen de los temas vistos en clase"**

**Materia: Clínicas Medicas Complementarias I**

**Grado: 7°**

**Grupo: "A"**

Comitán de Domínguez, Chiapas a 19 de septiembre del 2022

## Tabla de contenido

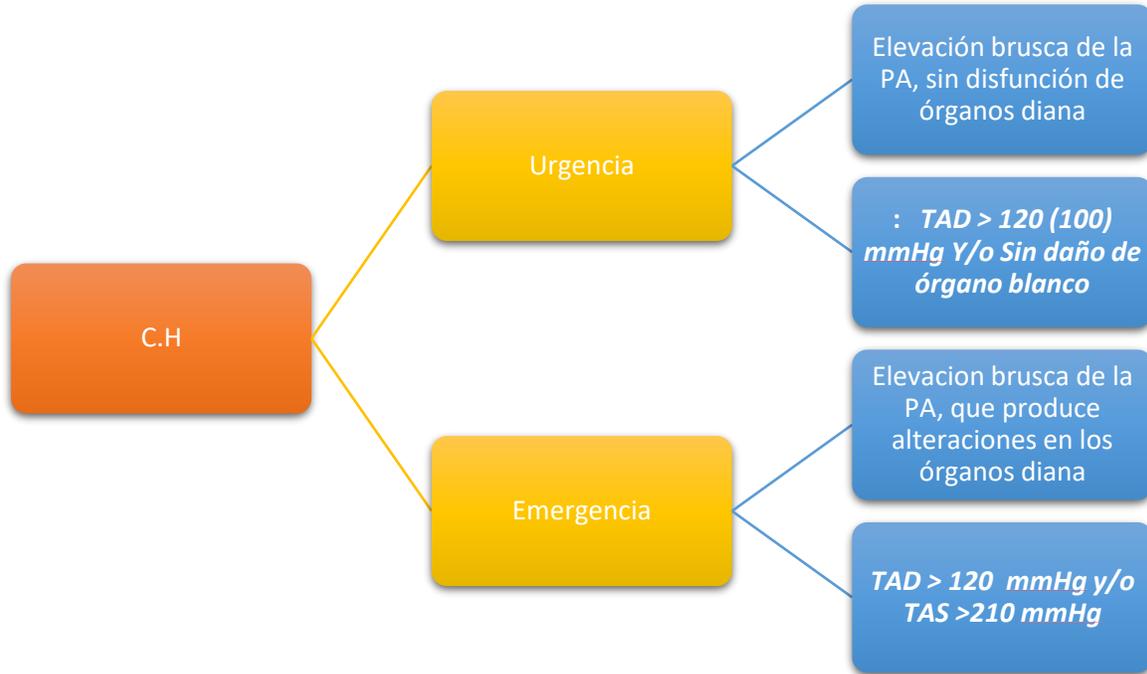
<b><i>Crisis Hipertensiva</i></b> .....	<b>4</b>
¿Qué situaciones se consideran urgencias y cuáles emergencias? .....	4
Fisiopatología .....	5
¿Cuál es el manejo en ambas clasificaciones? .....	6
¿Cuál es la aproximación que debemos de tener hacia el paciente con crisis hipertensiva?.....	6
<b><i>Emergencias Hipertensivas:</i></b> .....	<b>7</b>
<b>Crisis Cardiovasculares:</b> .....	<b>9</b>
Angina Inestable e infarto agudo al miocardio .....	9
Diseccción aortica .....	9
<b>Emergencia Hipertensiva con compromiso renal:</b> .....	<b>10</b>
<b>Hipertensión perioperatoria:</b> .....	<b>10</b>
<b>Fármacos de una urgencia hipertensiva</b> .....	<b>11</b>
<b><i>Insuficiencia Cardíaca Congestiva</i></b> .....	<b>12</b>
Etiología según las etapas del crecimiento.....	12
Clasificación .....	14
<b>Manifestaciones Clínicas</b> .....	<b>15</b>
Manifestaciones Clínicas según la edad:.....	15
<b>Diagnóstico</b> .....	<b>16</b>
<b>Tratamiento</b> .....	<b>16</b>
<b><i>Insuficiencia Tricúspidea</i></b> .....	<b>17</b>
Clasificación: de acuerdo con su etiología.....	17
Etiología.....	17
Fisiopatología .....	17
Síntomas y signos .....	18
Diagnostico .....	18
Tratamiento .....	19
<b><i>Taponamiento Cardíaco</i></b> .....	<b>20</b>
Etiología.....	20
Fisiopatología.....	20
Cuadro clínico.....	21
Diagnóstico .....	21
Diagnostico Diferencial .....	22
Tratamiento .....	22

<b><i>Tetralogía de Fallot</i></b> .....	<b>23</b>
<b>Alteraciones embriológicas</b> .....	<b>23</b>
<b>Etiología</b> .....	<b>23</b>
<b>Fisiopatología</b> .....	<b>24</b>
<b>Cuadro Clínico</b> .....	<b>24</b>
<b>Estudios de imagen</b> .....	<b>24</b>
Radiografía de tórax:.....	24
Electrocardiograma:.....	24
Ecocardiografía .....	25
Hemodinamia:.....	25
<b>Tratamiento:</b> .....	<b>25</b>

# CRISIS HIPERTENSIVA

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.

Las cuales podemos clasificar en dos:



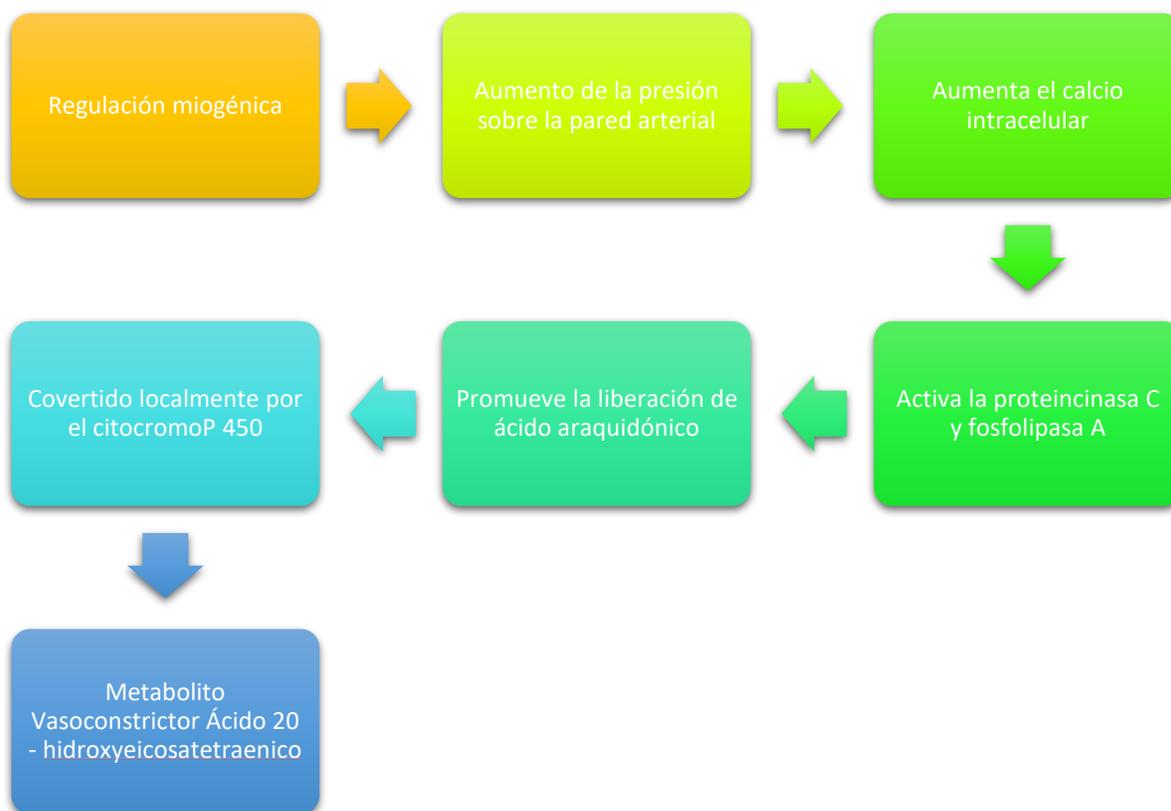
**¿Qué situaciones se consideran urgencias y cuáles emergencias?**

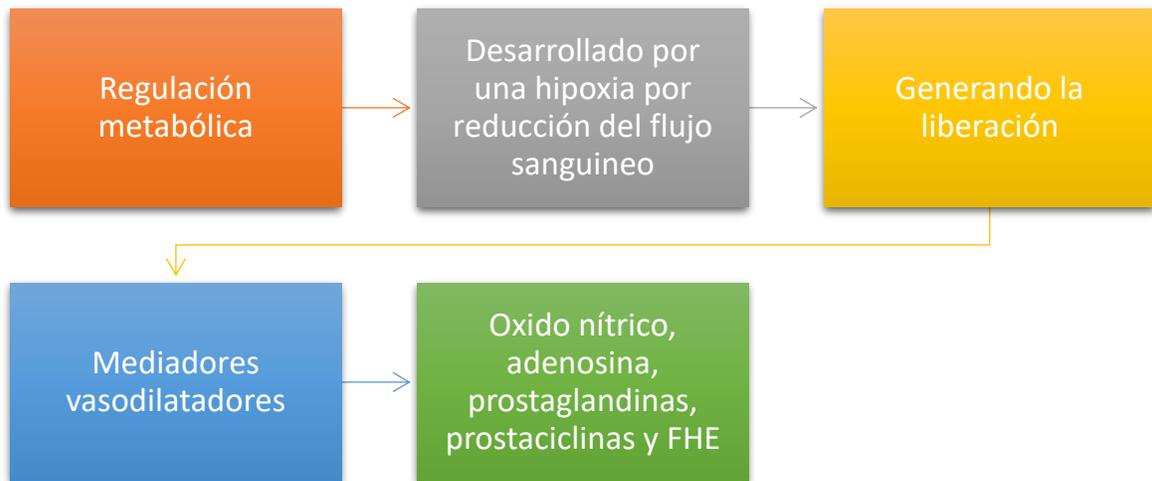
Urgencia Hipertensiva	Emergencia Hipertensiva
HTA con IC leve o moderada	<b>Cardíacas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aneurisma disecante de aorta.</li> <li>✓ Insuficiencia cardíaca grave o edema agudo de pulmón (EAP).</li> <li>✓ Síndrome coronario agudo (SCA).</li> </ul>
Preeclampsia	<b>Cerebrovasculares:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Encefalopatía hipertensiva.</li> <li>✓ EVC hemorraagicos</li> <li>✓ EVC isquemico</li> </ul>

PAD >120mmHg asintomática o con síntomas inespecíficos	Renal: ✓ Insuficiencia renal aguda.
HTA de rebote por mal apego al tratamiento	Eclampsia
	Epistaxis severa
	Grandes quemados
	Postoperatorio de cirugía con suturas vasculares

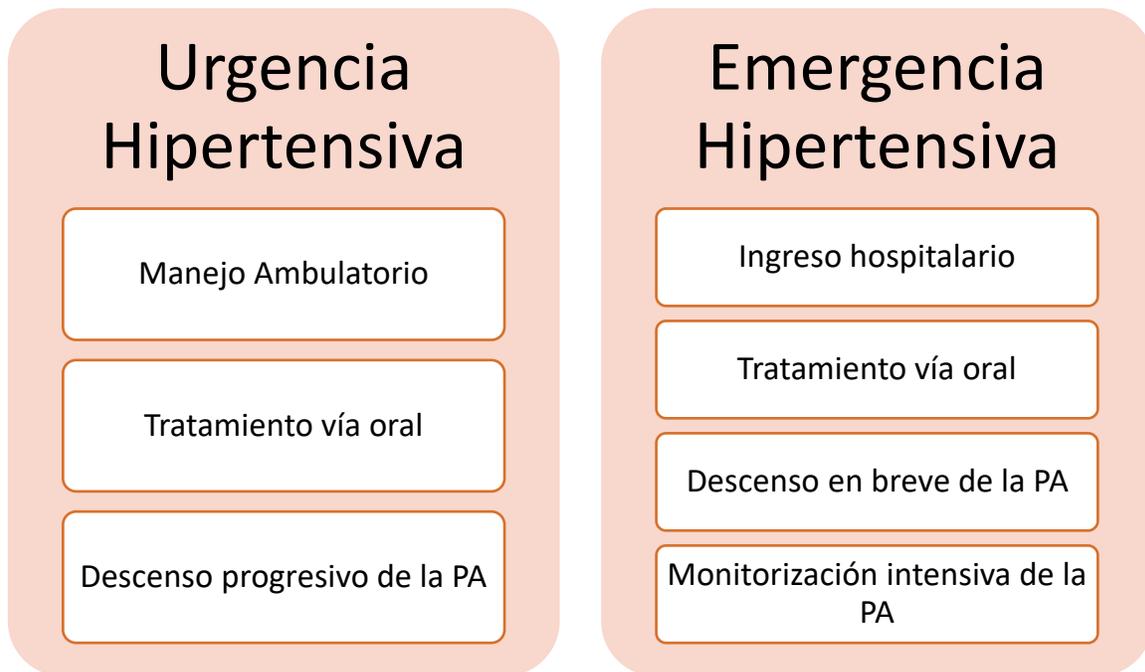
## Fisiopatología

La fisiopatología relacionada con la urgencia y la emergencia hipertensiva se explica a partir de la alteración de la autorregulación de la presión arterial. Las cuales pueden explicarse mediante dos mecanismos





¿Cuál es el manejo en ambas clasificaciones?



¿Cuál es la aproximación que debemos de tener hacia el paciente con crisis hipertensiva?

- ❖ diferenciar que tipo de crisis esta presentando el paciente

- ❖ profundización de la historia clínica en el sistema cardiovascular, neurológico y renal
- ❖ antecedentes personales
- ❖ exploración física completa
- ❖ seguimiento con laboratorios (cuadro hemático, uroanálisis, creatinina, electrocardiograma, RX tórax etc.)

## EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS:

Encefalopatía Hipertensiva			
Síndrome de hipertensión severa con disfunción cerebral y daño neurológico	Cuadro Clínico: PA >250/150 mmHg, cefalea global de aparición temprana, vomito en proyectil, alteración visual y confusión mental, somnolencia y convulsiones	Etiología: Hipertensión no tratada o mal tratada, enfermedad del parénquima renal feocromocitoma	Tratamiento: Nitroprusiato, fenoldopan, labetalol, nicardipina

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

# Hipertensión maligna:

Combinación de HTA severa (>220/130mmHg) y daño retiniano en forma de hemorragia y exudado algodonoso y papiledema.

Cuadro clínico: Visión borrosa, disminución de la agudeza visual, cefalea occipital de predominio matutino, confusión y estupor

Exploración física: Hinchazón de piernas y pies, ruidos cardíacos anormales, cambios en el estado mental, hemorragia en la retina, estrechamiento de los vasos sanguíneos

Exámenes para determinar daño en los riñones: Gasometría arterial, BUN, creatinina, análisis de orina

# EVC isquémicos

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

Desenso 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

En algunos casos el criterio de bajar la presión o no depende de si ha elegido la terapia trombol

# EVC Intracerebral

Para los pacientes con accidente cerebrovascular hemorrágico la Asociación Americana del corazón recomienda tratar la hipertensión cuando los valores exceden los 180/105mmhg y mantener la presión media entre 110/130mmhg o la sistólica entre 140-160mmhg

## Crisis Cardiovasculares:

Angina Inestable e infarto agudo al miocardio

- ✓ La **reducción** de la PA reduce el trabajo cardíaco, la tensión parietal y el consumo de Oxígeno Limitando la necrosis en la etapa temprana del SCA.
- ✓ Reduciendo la poscarga **mejora** estado hemodinámico del paciente.
- ✓ **se recomienda el uso de NITROGLICERINA, BETABLOQUEADORES Y NITROPUSIATO, generalmente en combinación**

Disección aortica

SE PRESENTA:

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

## Diagnóstico

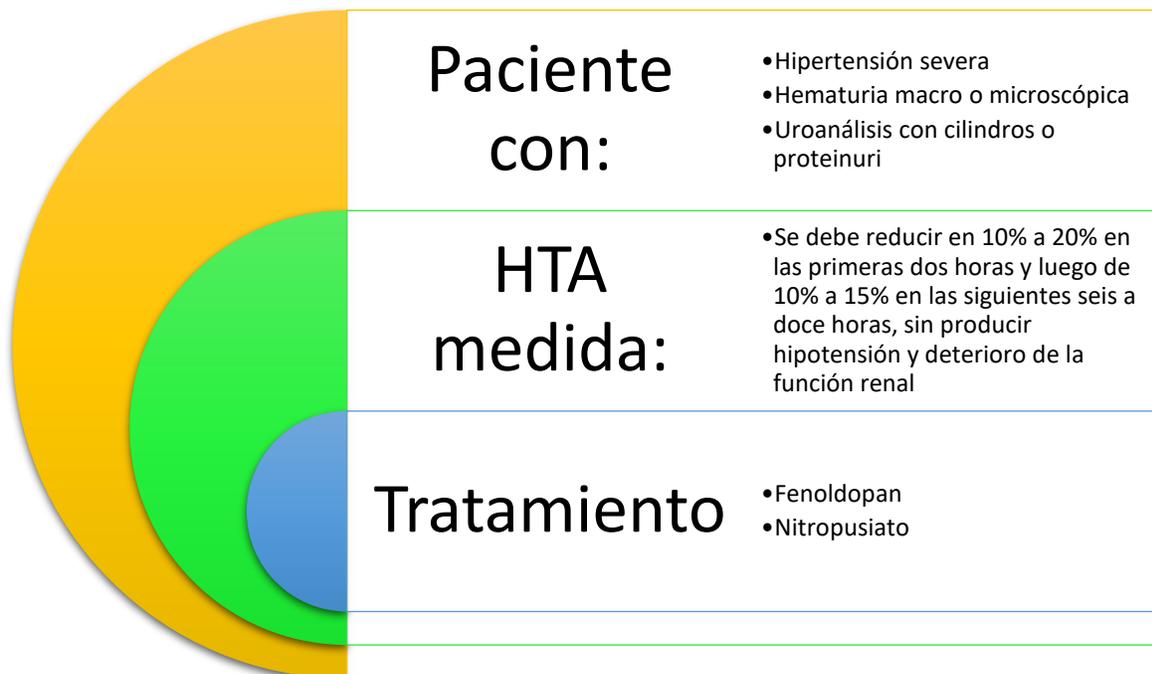
- ecocardiograma (transesofágico)
- Tomografía de tórax
- Resonancia magnética nuclear

## Tratamiento

- ✓ Nitroprusiato de sodio con beta bloqueador

- Para mantener la presión sistólica no mayor de 100 mmHg y la frecuencia cardíaca en 60 lpm.
- Si esta disponible
- ✓ Trimefaban
- ✓ Labetalol
- ✓ Fenoldopan
- ✓ Nicardipina

## Emergencia Hipertensiva con compromiso renal:



## Hipertensión perioperatoria:

Se define como la elevación sostenida de la PA media (controlada o no controlada) superior al 20% de la presión habitual con una duración suficiente como para comprometer los órganos diana.

- ❖ Es mas frecuentes en pacientes con antecedentes:
  - Hipertensión
  - Uso previo de betabloqueantes
  - Función ventricular conservada

Dependiendo al tiempo de aparición se clasifica en:

- ❖ Hipertensión preoperatoria
- ❖ Hipertensión intraoperatoria
- ❖ Hipertensión postoperatoria

## Hipertensión preoperatoria

- Ansiedad, estrés, tratamiento antihipertensivo inadecuado
- pre medicación anestésica inadecuada y crisis de angina

## Hipertensión intraoperatoria

- Desencadenada por inducción anestésica, laringoscopia, intubación traqueal o nasofaríngea
- Incisión quirúrgica en cirugías cardíacas

## Hipertensión postoperatoria

- ocurre en las primeras 12 horas de postoperatorio.
- relacionado con hipoxia, hipercapnia, escalofríos, recuperación anestésica, problemas de ventilación y vejiga llena.

### Fármacos de una urgencia hipertensiva

Fármacos	Dosis	Notas
IECA <b>captopril</b>	25-50mg cada 15-30min hasta tres tomas, máximo 100mg	Precaución . insuficiencia renal, hipotensión  contraindicaciones. Embarazo y estenosis bilateral de arteria renal
CALCIANTAGONISTA <b>Amlodipino</b> <b>Nifedipino</b> <b>Nitredipino</b> <b>Manidipino</b>	5-10mg 20mg 20mg 10-20mg	Amlodipino es una de los fármacos con acción mas lenta el cual es una de las primeras elección
BETABLOQUEADORES <b>Atenolol</b> <b>Propranolol</b>	50-100mg 20-40mg se repite dosis después de 1 a 2 hrs	se puede combinar varios agente con el fin de disminuir la PA. los valores considerados seguro va de 180/100 mmhg durante 24-48 horas
DIURETICOS <b>Furosemida</b>	40mg	Facilita la reducción de sobrecarga de volumen con descenso de la PA

<p>BLOQUEANTES ALFA Y BETA <b>Labetalol</b></p>	<p>100-200mg dosis se repite cada 10-20min</p>	<p>Precaución. Pacientes con depresión de volumen Reduce la resistencias sistémicas, vascular sin disminuir el flujo sanguíneo periférico. manteniendo la circulación cerebral, renal y coronaria.</p>
---	--	--

## INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

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

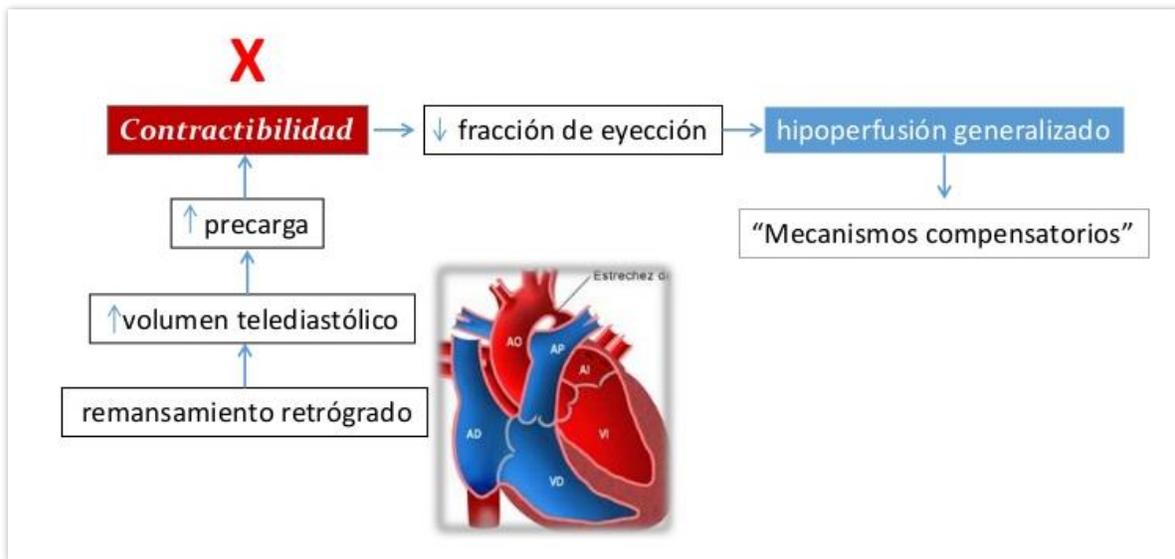
Asociada con la congestión pulmonar y el edema periférico que se desarrolla secundaria a la retención de sal y agua

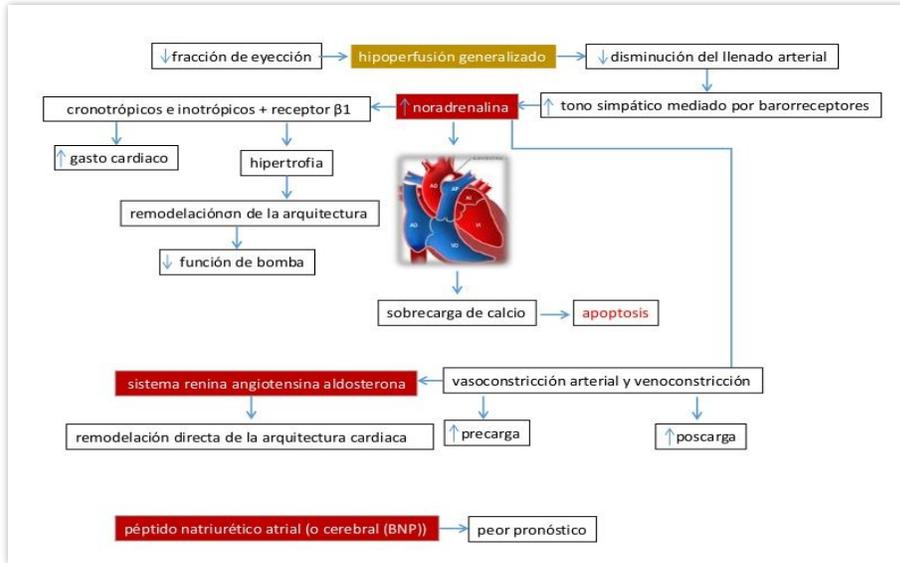
### Etiología según las etapas del crecimiento

Etapa del crecimiento	Etiología
<b>Prenatal o fetal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia Grave</li> <li>• Taquicardia supraventricular</li> <li>• Bloqueo auriculoventricular completo</li> </ul>
<b>Recién nacido pretérmino</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga de líquidos</li> <li>• CAP</li> <li>• Cor pulmonare</li> <li>• Hipertensión</li> </ul>
<b>Recién nacido a término</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miocardiopatías por asfixia</li> <li>• Malformaciones arteriovenosas</li> <li>• Lesiones obstructivas del lado izquierdo.</li> <li>• Cardiopatías con gran mezcla venosa</li> <li>• Miocarditis vírica</li> </ul>
<b>Lactante y preescolar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cortocircuito cardiaco de I a D.</li> <li>• Hemangioma</li> </ul>

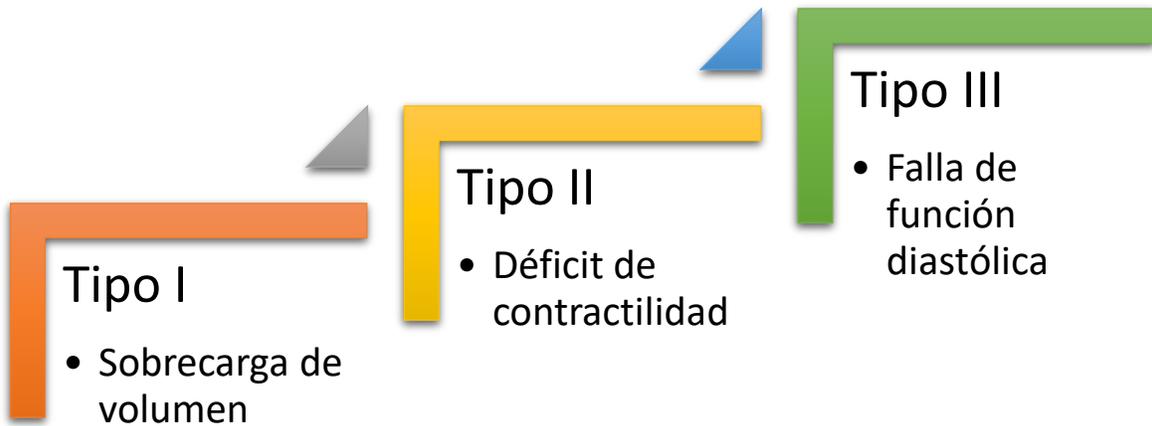
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arteria coronaria izquierda anómala.</li> <li>• Miocardiopatías metabólicas.</li> <li>• Hipertensión aguda</li> <li>• Taquicardia supraventricular</li> <li>• Enfermedad de Kawasaki</li> <li>• Miocarditis vírica</li> </ul>
<b>Adolescente y niño mayor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre reumática</li> <li>• Hipertensión aguda</li> <li>• Miocarditis vírica</li> <li>• Tirotoxicosis</li> <li>• Hemocromomatosi- hemosiderosis</li> <li>• Tto del cáncer</li> <li>• Anemia de células falciformes.</li> <li>• Endocarditis</li> <li>• Cor pulmonale</li> <li>• Miocardiopatías</li> </ul>

## Fisiopatología

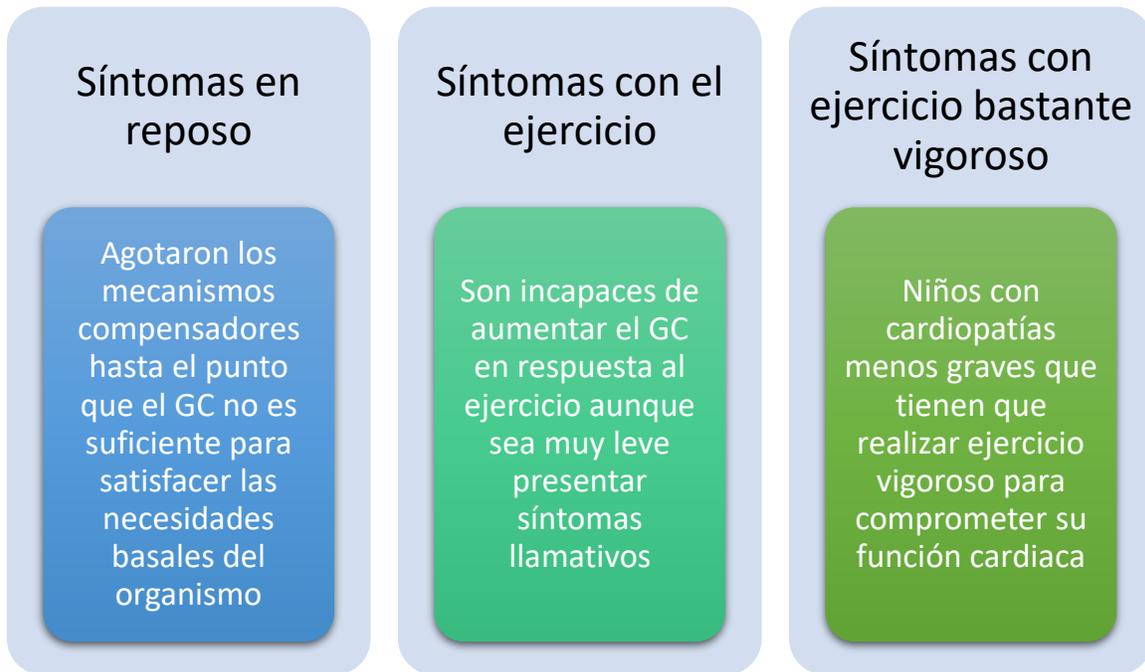




## Clasificación



## Manifestaciones Clínicas



Manifestaciones Clínicas según la edad:

### Lactante menor:

- ❖ Alimentación
- ❖ Disnea al succionar
- ❖ Sudor profundo

### Niño

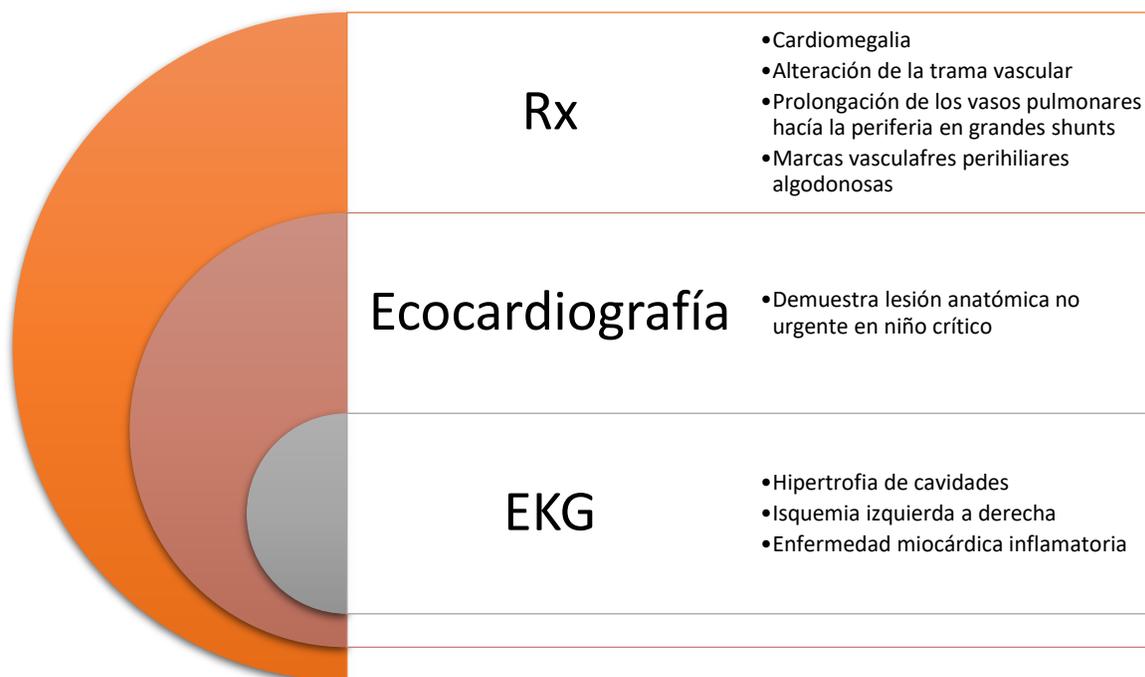
- ❖ Fatiga
- ❖ Disnea
- ❖ Tos
- ❖ Intolerancia al esfuerzo
- ❖ Anorexia
- ❖ Dolor abdominal

### Adolescentes

- ❖ Generalmente síntomas abdominales
- ❖ Ausencia de síntomas respiratorios



## Diagnóstico



## Tratamiento

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

# INSUFICIENCIA TRICÚSPIDEA

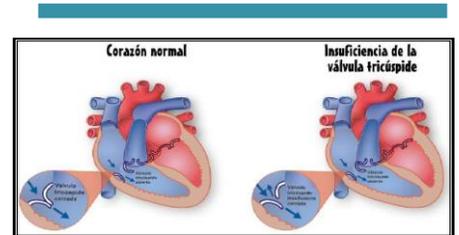
**Clasificación:** de acuerdo con su etiología

**Insuficiencia Tricúspide funcional:** Dilatación del ventrículo derecho y anillo tricúspide

**Insuficiencia tricúspide 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 tricúspide.
- Fiebre reumática.
- Endocarditis.
- La anomalía de Ebstein.
- Los tumores carcinoideos.
- La degeneración mixomatosa.
- El lupus eritematoso sistémico.
- Síndrome de Marfan



## Fisiopatología



## Síntomas y signos

Disnea siempre moderada.

Hipertensión Arterial Pulmonar

Ingurgitación venosa del cuello, con pulso venoso sistólico y evidente reflujo

• hepatoyugular de Rondot.

Presión venosa central muy elevada.

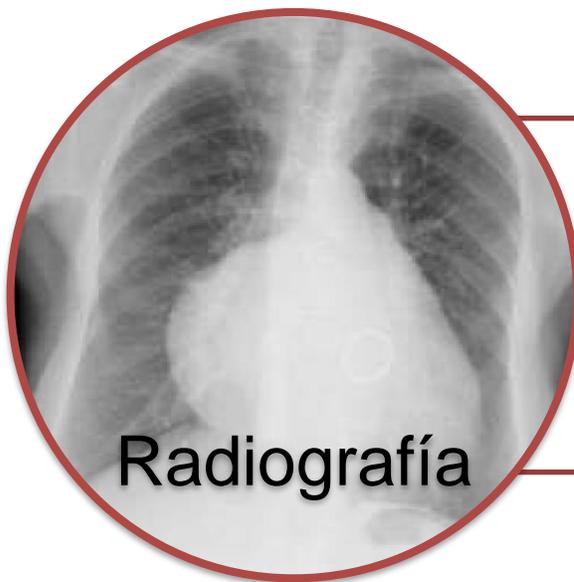
Soplo sistólico de regurgitación en foco tricuspídeo.

Hepatomegalia congestiva dolorosa.

• Edema de M.I. y Ascitis.

Astenia y fatiga (relacionado con el GC)

## Diagnostico



### Electrocardiograma

- Crecimiento auricular derecho, aumento de la onda P
- Crecimiento ventricular, aumento de la onda R

### Ecocardiograma

- La valvulopatía de origen reumático produce alteraciones idénticas a las producidas por estenosis mitral.
- Puede presentar vegetaciones valvulares injertadas en la tricúspide o rotura de las cuerdas tendinosas

## Tratamiento

- Tratamiento medico: Dieta hiposódica y Diuréticos (Furosemidas, espironolactona...)

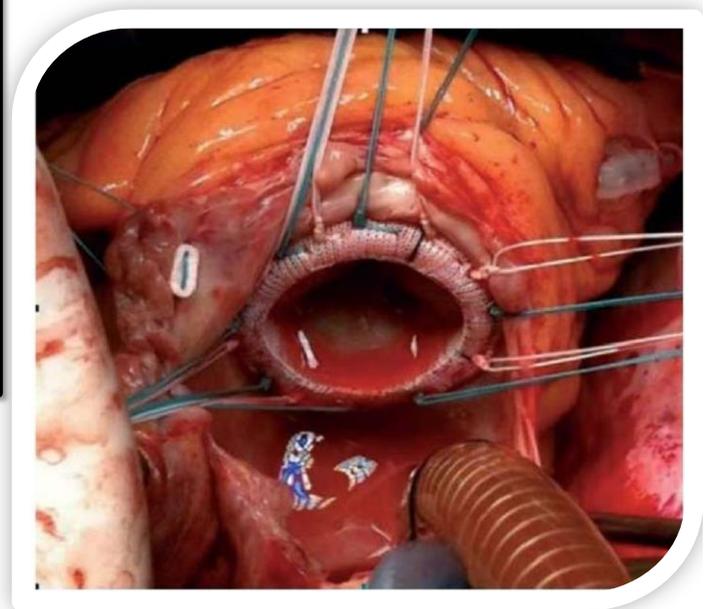
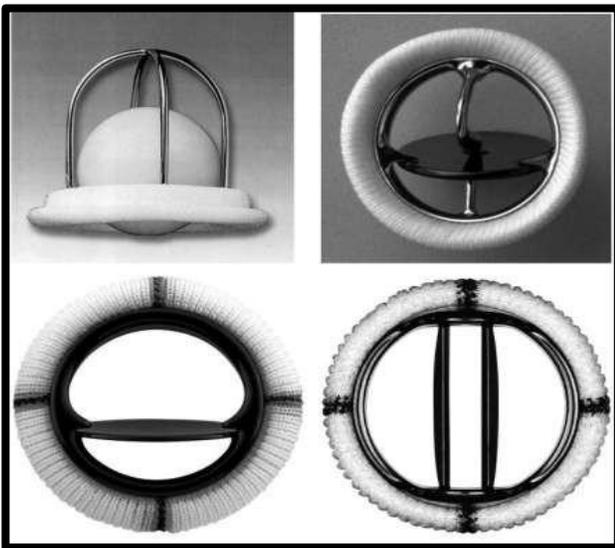
La insuficiencia funcional desaparece cuando se normaliza la presión pulmonar:

- a) Tratamiento de la embolia pulmonar.
- b) 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:

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



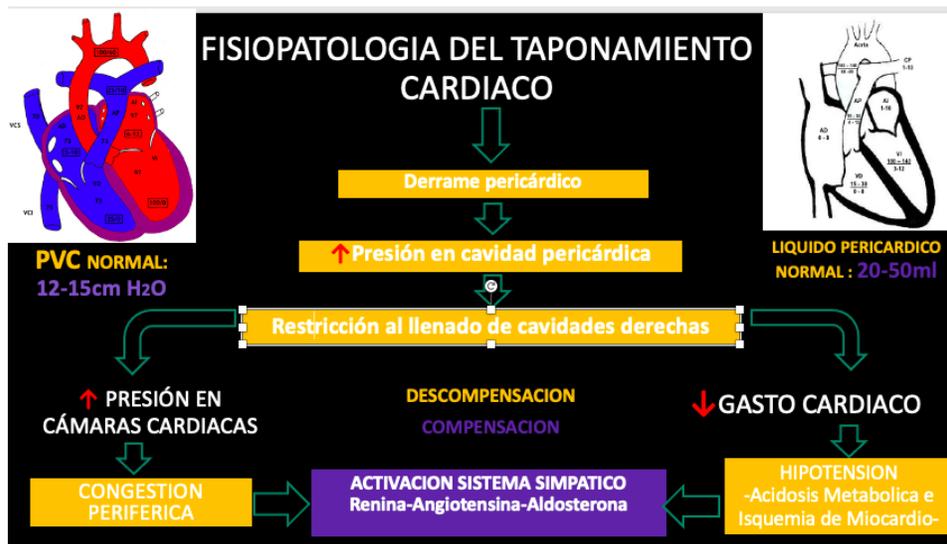
# TAPONAMIENTO CARDIACO

Síndrome clínico hemodinámico producido por una compresión cardíaca (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

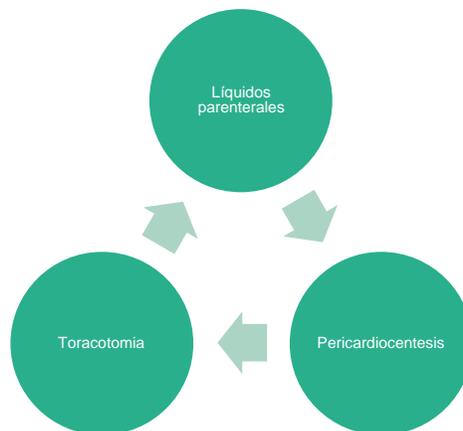
Estudios	Resultados
Radiografía	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cardiomegalia con pulmones limpios (Aumento de la silueta cardiaca)</li><li>• Ensanchamiento del mediastino</li><li>• <b>Se debe comparar siempre con una radiografía previa</b></li></ul>
TAC	<ul style="list-style-type: none"><li>• Derrame pericárdico (localizados)</li><li>• Deformidad y compresión de cámaras cardiacas</li><li>• Congestion venosa</li></ul>
EKG	<ul style="list-style-type: none"><li>• Taquicardia / Bradicardia</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alternancia eléctrica (&lt;QRS, raro de la T) (<b>Variación en los latidos</b>)</li> <li>• <b>Bajo voltaje (Altura del QRS baja)</b></li> <li>• <b>Signos de pericarditis (Elevación ST, Depresión de PR)</b></li> </ul>
Ecocardiograma (M, 2D, Doppler color y 3D)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derrame pericárdico</li> <li>• Colapso diastólico de AD, VD y AI</li> <li>• VCI sin colapso inspiratorio</li> <li>• Movimiento tabique IV hacia izquierda durante la inspiración</li> </ul>

## Diagnostico 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



# TETRALOGÍA DE FALLOT

Este comprende cuatro defectos clásicos

1. Defecto septal ventricular
2. Obstrucción muscular del tracto de salida derecho
3. Conexión biventricular de la aorta cabalgando al septum
4. Hipertrofia del ventrículo derecho

## Alteraciones embriológicas



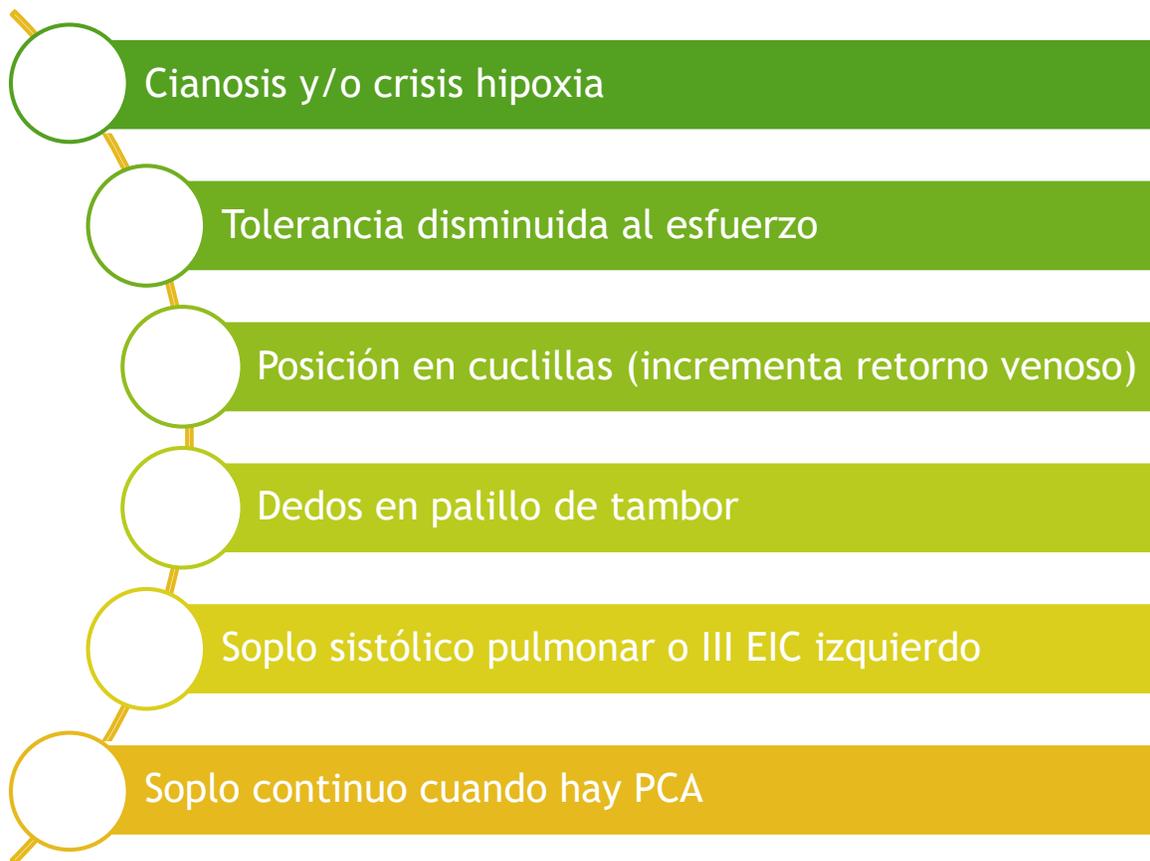
## Etiología



## Fisiopatología

- ▶ Las consecuencias hemodinámicas dependen de:
  - ▶ Severidad de la obstrucción del tracto de salida
  - ▶ Tamaño del defecto septal ventricular (generalmente grande)
- ▶ Los flujos relativos pulmonar y sistémico dependen:
  - ▶ Resistencias
  - ▶ Cortocircuito
  - ▶ Presiones ventriculares

## Cuadro Clínico



## Estudios de imagen

Radiografía de tórax: Cardiomegalia leve, Arco de la pulmonar excavado, Levantamiento de la punta del corazón, Oligohemia pulmonar, Arco aortico derecho (25%)

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

Ecocardiografía: La obstrucción del tracto de salida del VD (TSVD), El tamaño de la unión ventrículo derecho-arteria pulmonar (anillo pulmonar) y las características de la válvula pulmonar

Hemodinamia:

- ▶ Presiones ventriculares similares
- ▶ Gradiente de presión entre VD y TAP
- ▶ Contractilidad ventricular aumentada
- ▶ CCID o CCDI
- ▶ Salto oximétrico AD a VD
- ▶ Desaturación de VI a Aorta

### **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%