

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

## Escuela de medicina

Materia:

Clínicas médicas complementarias

Trabajo:

Resumen

Catedrático:

Dr. Miguel Abelardo Sánchez Ortega

Presenta:

Juan Pablo Sánchez Abarca

Semestre y grupo:

7°B

Comitán de Domínguez, Chiapas  
19 de septiembre de 2022

## CRISIS HIPERTENSIVAS

Las crisis hipertensivas (CH) constituyen un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencias hospitalarios y de Atención Primaria, con una clara tendencia al aumento de su incidencia en los últimos años. En algunas ocasiones, pueden llegar a constituir una auténtica emergencia médica.

Las crisis hipertensivas se consideran la elevación aguda de la presión arterial sistólica (PAS) >210mmHg y presión arterial diastólica >120mmHg capaz de llegar a producir alteraciones estructurales o funcionales a diferentes órganos.

### Diferencias entre urgencia y emergencia hipertensiva

Urgencia: PAD >120 (100) mmHg y/o sin daño de órgano blanco. Manejo ambulatorio, tx VO y descenso progresivo de PA.

Emergencia: PAD >120mmHg y/o PAS >210mmHg con lesión aguda de órganos blanco. Ingreso hospitalario, tx por VP, descenso de PA breve y monitorización intensiva.

### ¿Qué situaciones se consideran una urgencia hipertensiva?

- HTA de rebote por el abandono de medicación.
- HTA con IC leve o moderada.
- Preeclampsia.
- PAD >120mmHg asintomática o síntomas inespecíficos.

### ¿Qué situaciones se consideran una emergencia hipertensiva?

<b>Cardiacas</b>	<b>Aneurisma de aorta, IC grave o edema agudo del pulmón, Sx coronario agudo y postcirugía de revascularización coronaria.</b>
<b>Cerebrovasculares</b>	Encefalopatía hipertensiva, ictus hemorrágicos, ictus isquémicos con PAD >120mmHg o PAS >210mmHg o necesidad de tx trombolítico.
<b>Renal</b>	Insuficiencia renal aguda
<b>Exceso de catecolaminas</b>	Crisis de feocromocitoma, abuso de drogas simpaticomiméticas.
<b>Eclampsia</b>	
<b>Epistaxis severa</b>	
<b>Grandes quemados</b>	
<b>Postoperatorio de cirugía con suturas</b>	

### ¿Qué hacer cuando un paciente llega con crisis hipertensiva?

- Diferenciar que tipo de crisis esta presentando el paciente (Emergencia o urgencia)
- Profundizar en la HC
- Antecedentes personales
- EF completa
- Seguimiento de laboratorio (Uroanálisis, Cr, EKG, Rx de tórax, etc.)

### Encefalopatía hipertensiva

Sx de hipertensión severa con difusión cerebral y daño neurológico

Presentación clínica	Etiología	Tratamiento	Dx diferencial
Paciente >250/150mmHg	Hipertensión no tratada	Nitropusiato	Lesión del SNC
Náuseas	Hipertensión tratada inadecuadamente	Fenoldopan	Drogas
Vómitos en proyectil	Enfermedad del parénquima renal	Labetalol	Vasculitis
Alt. Visuales	Feocromocitoma	Nicardipina	Uremia
Confusión mental	Preeclampsia/Eclampsia		
Somnolencia			
Convulsiones			

### Síndrome cerebrovascular

Cuando la presión endocraneana se eleva como consecuencia de una hemorragia o un infarto trombotico, la presión del flujo sanguíneo cerebral puede no estar mucho más alta que la autorregulación, por tanto, una reducción de la presión arterial sistémica puede comprometer aún más el flujo sanguíneo cerebral.

Iniciar medicación aterotrombolítico si PA media es >130mmHg o PAS >220mmHg.

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

Si el px no va a recibir trombolíticos y PAM >130mmHg → Iniciar tx por etiología de IAM y falla renal.

Hemorragia intracerebral	Hemorragia subaracnoidea
Tratar la hipertensión cuando los valores son >180/105mmHg y mantener PAM entre 110/130mmHg o sistólica entre 140-180mmHg.	Hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante. Contribuye en forma directa produciendo lipohialinosis y engrosamiento de las pequeñas arterias cerebrales causando necrosis isquémica.

### Angina inestable e IAM

- La disminución de PA < gasto cardiaco, la tensión parietal y el consumo de Oxígeno Limitando la necrosis en la etapa temprana del SCA.
- Si se reduce la poscarga mejora el estado hemodinámico del paciente.
- Se recomienda usar nitroglicerina, betabloqueadores y nitropusiato.

### Falla ventricular izquierda aguda

- La reducción de la PA con vasodilatadores como nitropusiato de Na<sup>+</sup> mejoran el cuadro clínico.
- Tratamiento: Nitropusiato, enalaprilat, fenoldopam, diuréticos de asa.

### Dissección aórtica

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

Cuadro clínico	Dx	Tx
Dolor precordial súbito e intenso irradiado a región interescapular.	Ecocardiograma (Transesofágico)	Nitropusiato de sodio con betabloqueador
Síncope, cefalea, estado confusional, disnea, hemoptisis, náuseas, vómito	Tomografía de tórax	Trimefabam
	RMN	Labetalol
		Fenoldopan
		Nicardipona

En caso de emergencia hipertensiva con compromiso renal el **fenoldopan** y el nitroprusiato son útiles en estos casos. Se debe reducir en 10% a 20% en las primeras dos horas y luego de 10% a 15% en las siguientes seis a doce horas, sin producir hipotensión y deterioro de la función renal.

Hipertensión perioperatoria		
Preoperatoria	Intraoperatoria	Postoperatoria
Ansiedad, estrés, tratamiento antihipertensivo inadecuado, hipertensión de rebote por retiros de drogas, pre medicación anestésica inadecuada y crisis de angina.	Desencadenada por inducción anestésica, laringoscopia, intubación traqueal o nasofaríngea e incisión quirúrgicas en las cirugías cardiacas	Está relacionado con hipoxia, hipercapnia, escalofríos, recuperación anestésica, problemas de ventilación y vejiga llena. Disfunción ventricular izquierda, Accidentes cerebro vasculares, Deshiscencia de suturas, Infarto preoperatorio, Arritmias, incremento del sangrado, y disección de aorta.

### Manejo de crisis hipertensiva en urgencia

Descartar una crisis de emergencia → Condición óptimas del px → Confirmar el grado de adherencia del tx si el paciente tiene dx de HTA → Sin mejoría iniciar antihipertensivos VO → PA reducirse de forma gradual de 24-48 → Administrar fármaco de acción rápida.

Fármacos de urgencia hipertensiva

#### IECA

**Captopril 25-50mg cada 15-30min como máximo 100mg**  
**Contraindicado en embarazo y estenosis bilateral de arteria renal.**

#### Calcioantagonistas

Amlodipino 5-10mg

	Nifedipino 20mg Nitredipino 20mg Manidipino 10-20mg
<b>Diuréticos</b>	Furesemida 40mg. facilita la reducción de sobrecarga de volumen con descenso de la PA. Precaución. Pacientes con depresión de volumen
<b>Bloqueantes alfa y beta</b>	Labetalol 100-200mg dosis se repite cada 10-20 min. Reduce las resistencias sistémicas, vascular sin disminuir el flujo sanguíneo periférico.
<b>Bloqueadores</b>	Atenolol 50-100mg Propranolol 20-40mg Se repite dosis después de 1-2 hora. se puede combinar varios agentes con el fin de disminuir la PA.

## INSUFICIENCIA TRICÚSPIDEA

La insuficiencia tricuspídea es una 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 Tricúspidea Funcional
- Insuficiencia Tricúspidea Orgánica

### Etiología

- Dilatación del ventrículo derecho y del anillo tricúspideo.
- Fiebre reumática.
- Endocarditis.
- La anomalía de Ebstein.
- Los tumores carcinoides.
- La degeneración mixomatosa.
- El lupus eritematoso sistémico.
- Síndrome de Marfan.

### Signos y síntomas

- Disnea siempre moderada.
- Hipertensión arterial pulmonar.
- Ingurgitación venosa del cuello.
- Presión venosa central muy elevada.
- Soplo sistólico de regurgitación en foco tricúspideo.
- Edema y ascitis.

- Astenia y fatiga.

#### Diagnóstico

- Radiología
- Ecocardiograma
- Electrocardiograma
- Cateterismo cardiaco

#### Tratamiento

- Dieta hiposódica y Diuréticos (Furosemidas, espironolactona)
- Tratamiento de la embolia pulmonar
- Tratamiento de la estenosis mitral “apretada”
- Insuficiencia orgánica sin repercusión hemodinámica, no requiere tratamiento solo vigilancia periódica.
- Plastia tricúspidea.
- Recambio valvular en caso de destrucción valvular por endocarditis bacteriana.

### **INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA**

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es un enfermedad crónica y degenerativa del corazón que impide que éste tenga capacidad suficiente para bombear la sangre y por lo tanto de hacer llegar suficiente oxígeno y nutrientes al resto de los órganos.

El término “congestiva” es por la Asociación de congestión pulmonar y edema periférico que se desarrolla secundaria a la retención de sal y agua.

#### Etiología

Prenatal o fetal	RNPT	RNT	Lactante y preescolar	Niño mayor y adolescente
<b>Anemia grave</b>	Sobrecarga de líquidos	Miocarditis vírica	Enf Kawasaki	Fiebre reumática
<b>Taquicardia supraventricular</b>	CAP	Lesiones obstructivas del lado izquierdo	Miocarditis vírica	Tirotoxicosis
<b>Bloqueo AV</b>	Cor pulmonare	Cardiopatías con mezcla venosa	Hemangioma	Anemia de células falciformes
	Hipertensión	Malformaciones arteriovenosas	Cortocircuito cardiaco de I a D	

#### Clasificación

- Aguda o crónica
- Bajo o alto GC
- Izquierda o derecha

- Anterógrada o retrógrada
- Sistólica o diastólica

### Clasificación

Tipo I: Sobrecarga de volumen

Tipo II: Déficit de contractilidad

Tipo III: Falla de función

Manifestaciones clínicas

En reposo	Ejercicio	Ejercicio muy vigoroso
Agotaron los mecanismos compensadores hasta el punto que el GC no es suficiente para satisfacer necesidades basales del organismo.	Son capaces de aumentar el GC en respuesta al ejercicio, aunque este sea muy leve sin presentar síntomas llamativos.	Niños con cardiopatías menos graves que tiene que realizar ejercicio vigoroso para comprometer su función cardiaca.

Lactante menor	Niño	Adolescente
Alimentación → Disnea al succionar sudor profuso	Fatiga, tos, disnea, intolerancia al esfuerzo, anorexia y dolor abdominal. → Siempre cardiomegalia: Ortopnea, crepitantes basales, edemas en zonas declives	Generalmente síntomas abdominales y ausencia de síntomas respiratorios.

Lado derecho	Ambos	Lado izquierdo
Signos de congestión venosa sistémica	Signos de función miocárdica disminuida	Signos de congestión venosa pulmonar
Hepatomegalia, ingurgitación yugular y edema periférico	Cardiomegalia, taquicardia, ritmo de galope, presión de pulso disminuida, llenado capilar disminuido, pulso alternante y desarrollo insuficiente, sudoración y cianosis periférica.	Taquipnea, disnea en reposo, dificultad respiratoria, estertores y tos y cianosis central.

### Diagnóstico radiológico

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

## Tratamiento

<b>Medidas generales</b>	Reposo, decúbito con inclinación, ventilación con presión positiva, aumento de la ingesta de calorías, 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><math>\beta</math> bloqueadores</b>	Metoprolol, carvedilol.

## **TAPONAMIENTO CARDIACO**

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

### Fisiopatología

Las alteraciones fisiopatológicas producidas por un derrame pericárdico dependen principalmente de dos factores: a) el volumen del derrame y b) el curso temporal de su desarrollo.

La elasticidad del pericardio permite la acumulación de un litro o más de líquido solo en el transcurso de semanas o meses. Incrementos agudos de fluidos tan pequeños como 200 ml, puede producir un aumento marcado en la presión intrapericárdica.

El TP produce impedimento para el llenado diastólico de las cámaras cardíacas. Conforme se alcanza la porción ascendente de la curva de presión-volumen, la presión intrapericárdica se incrementa y el llenado ventricular diastólico se deteriora.

### Etiología

Pericarditis idiopática, pericarditis infecciosa, trauma: directo o indirecto, neoplasias, enfermedades de estructuras contiguas, trastornos del metabolismo (uremia, coagulopatía, mixedema), pericarditis con derrame en vasculitis o collagenopatías u otras causas.

### 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

Clínicamente se puede encontrar una disminución de la intensidad de los ruidos cardíacos o "precordio silencioso". Hay un aumento del área de matidez cardíaca. Estos signos se observan con mayor frecuencia en una fase tardía de la enfermedad. La tríada de Beck consiste de ruidos cardíacos alejados, hipotensión y distensión de las venas del cuello. Este último signo refleja el aumento de la presión venosa central (PVC), y está presente en casi todos los pacientes.

El ecocardiograma se demuestra con facilidad el derrame pericárdico. Se puede ver el colapso de las aurículas o del ventrículo derecho, y la vena cava inferior dilatada. Un electrocardiograma puede demostrar voltaje bajo y la alternancia eléctrica. La radiografía de tórax no es tanto útil como un ecocardiograma. Sin embargo, puede mostrar cardiomegalia.

#### Tratamiento

Pericardiocentesis: El tratamiento preferido es la pericardiocentesis. Se debe realizar inmediatamente cuando el paciente está inestable. Involucra la inserción de una aguja al pericardio para aspirar líquido. A menudo, se utiliza la ecocardiografía al mismo tiempo para visualizar la aguja. Hay varias rutas de insertar la aguja. Incluyen las rutas: subxifoidea y intercostal.

## **TETRALOGÍA DE FALLOT**

La tetralogía de Fallot es una cardiopatía congénita caracterizada por cuatro malformaciones que dan lugar a la mezcla de sangre arterial con la sangre venosa con efectos cianotizantes.

#### Etiología:

- Etiología desconocida, probable delección de cromosoma 22q11 (15%).
- Asociado a Sx de Down, DiGeorge, Laurence.
- Moon, Bield y Goldenhar.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Ingesta de anticomiciales

#### 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

#### Diagnóstico

La anamnesis y el examen físico sugieren el diagnóstico de tetralogía de Fallot, que es avalado por la radiografía de tórax y el ECG, y confirmado por ecocardiografía bidimensional con estudios de flujo Doppler color. La radiografía de tórax muestra un corazón en forma de zueco, con un tronco pulmonar cóncavo y disminución de la trama vascular pulmonar. En el 25% de los casos, se observa

cayado aórtico derecho. El ECG revela hipertrofia ventricular derecha y también puede mostrar hipertrofia auricular derecha. Rara vez se requiere cateterismo cardíaco, a menos que se sospeche una anomalía coronaria que podría afectar el abordaje quirúrgico (p. ej., origen de la descendente anterior en la arteria coronaria derecha) y que no puede ser esclarecido mediante ecocardiografía

### Tratamiento

En recién nacidos sintomáticos, infusión de prostaglandina E1

En las crisis hipercianóticas, posición de rodillas contra el tórax, calmar al paciente, oxígeno, líquidos por vía IV y, a veces, fármacos

Reparación quirúrgica

La infusión de prostaglandina E1 (en dosis inicial de 0,05 a 0,1 mcg/kg por min IV) para reabrir el conducto arterioso puede ser una medida paliativa en recién nacidos con cianosis grave y en consecuencia puede aumentar el flujo sanguíneo pulmonar.

La reparación completa de la tetralogía de Fallot consiste en el cierre de la comunicación interventricular con un parche, la ampliación del tracto de salida del ventrículo derecho con resección muscular y valvuloplastia pulmonar, y, cuando se justifica, la plástica de aumento con parche del tronco de la arteria pulmonar. Si hay hipoplasia significativa del anillo de la válvula pulmonar, se coloca un parche transanular. Por lo general, se realiza una cirugía programada a los 2 a 6 meses de vida, pero puede efectuarse en cualquier momento si hay síntomas o si la obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho es grave.