



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

MATERIA:

Clínicas médicas complementarias

RESUMEN

DOCENTE: Dr. Diego Rolando Martínez Guillen

PRESENTA: Heydi Antonia Coutiño Zea

7 -“B”

LUGAR Y FECHA:

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS A 19 DE SEPTIEMBRE DE 2022.

CRISIS HIPERTENSIVA

Es un peligro inmediato para pacientes con tensión arterial elevada ya que tiene una gran capacidad para afectar el aparato cardiovascular. Es más frecuente en varones que en mujeres, su evolución puede ser en cualquier momento de la enfermedad, ocurre con poca frecuencia como efecto último de HTA de larga evolución.

Se debe diferenciar entre una pseudocrisis hipertensiva (aumento de la PA secundario a dolor o situación estresante).

Crisis hipertensiva: elevación aguda de la PAS >210 mmHg y PAD >120 mmHg que pueden llegar a producir alteraciones en diferentes órganos. Esta se divide en:

- **Urgencia hipertensiva** (Elevación brusca de la presión arterial, **sin que exista disfunción** de los órganos diana): TAD <120 (100) mmHg sin daño a órgano blanco.
 - ✓ **Se requiere:** Tratamiento ambulatorio, tratamiento V.O. y descenso progresivo de la PA.
 - ✓ **Situaciones que son consideradas:** HTA de rebote tras abandono brusco de medicación hipotensora, HTA con insuficiencia cardíaca (IC) leve o moderada, preeclampsia y PAD >120 mmHg asintomática o con síntomas inespecíficos.
- **Emergencia hipertensiva** (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): TAD >120 mmHg y/o TAS >210 mmHg con lesión aguda a órganos blancos.
 - ✓ **Se requiere:** Ingreso hospitalario, tratamiento vía parenteral, descenso de la PA en breve y monitorización intensiva.
 - ✓ **Situaciones que son consideradas:** Cardíacas → Aneurisma disecante de aorta, Insuf. Cradiaca grave o edema agudo de pulmón (EAP), Sx. Coronario agudo y postcirugía de revascularización coronaria. Cerebrovasculares → Encefalopatía hipertensiva, ictus hemorrágicos e ictus isquémicos con: presión arterial diastólica (PAD) >120 mmHg o presión arterial sistólica (PAS) >210 mmHg o necesidad de tratamiento trombolítico, en cuyo caso es necesario reducir la PA por debajo de 185/110 mmHg o Traumatismo craneal o medular. 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 cirugía con suturas vasculares.

Fisiopatología: en relación con la urgencia y la emergencia hipertensiva se explica a partir de la alteración de la autorregulación de la presión arterial. En la cual existen dos mecanismos: regulación miogénica y regulación metabólica. En pacientes hipertensos el límite inferior (hipoperfusión) de la autorregulación se desplaza a los valores **100-120 mmHg** y el superior (hiperperfusión) **150-160 mmHg**.



Los pacientes ancianos con aterosclerosis cerebral se comportan como hipertensos crónicos.

El promedio del límite inferior de la autorregulación es de **20 al 25%** de la PA en reposo.

Encefalopatía hipertensiva:

Síndrome de hipertensión severa con difusión cerebral y daño neurológico.

Presentación clínica:

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

Etiología:

- Hipertensión no tratada o tratada inadecuadamente
- Enfermedad del parénquima renal feocromocitoma dx diferencial:
 - Lesión del SNC incluyendo tumores y ACV
 - Drogas, vasculitis y uremias

Tratamiento:

- NITROPUSIATO
- FENOLDOPAN
- LABETALOL
- NICARDIPINA

INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA

De acuerdo a su etiología se clasifica en:

- Insuficiencia Tricúspidea Funcional: Es la 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.

Etiología:

Dilatación del ventrículo derecho y del anillo tricúspideo, fiebre reumática, endocarditis, anomalía de Ebstein, tumores carcinoides, degeneración mixomatosa, lupus eritematoso sistémico y síndrome de Marfan.

Fisiopatología:

Regurgitación sistólica → dilatación de la aurícula y ventrículo derecho → transmisión del chorro al sistema venoso central → puede causar hipertensión venosa sistémica y congestión hepática crónica.

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 tricúspideo**, hepatomegalia congestivo dolorosa, Edema de M.I. y Ascitis, astenia y fatiga (relacionado con el GC).

Algunas complicaciones pueden ser: Grave Crónica: Congestión y necrosis centrilobulillar hepática "Hígado Tricúspidea", Cirrosis hepática "Cirrosis Cardíaca", 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.

Estudios diagnósticos: radiología, ecocardiografía, electrocardiograma y cateterismo cardíaco.

Tratamiento:

- Médico: Dieta hiposódica y Diuréticos como furosemidas, espironolactona.
- La insf. Funcional desaparece cuando se normaliza la presión pulmonar: Tratamiento de la embolia pulmonar y Tratamiento de la estenosis mitral "apretada".
- Insuficiencia orgánica sin repercusión hemodinámica, no necesita tratamiento solo vigilancia periódica.
- Insuficiencia orgánica de importante repercusión hemodinámica debe ser tratada quirúrgicamente: Mediante la plastia tricúspide, cuando no está destruida la válvula, tx de elección y Cuando la válvula está destruida por endocarditis bacteriana se debe hacer recambio valvular por una prótesis artificial, de preferencia biológica.

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Es la incapacidad del corazón para dar el GC necesario para poder satisfacer las necesidades metabólicas del organismo. Asociación de congestión pulmonar y edema periférico la cual se desarrolla secundario a la retención de sal y agua.

Etiología:

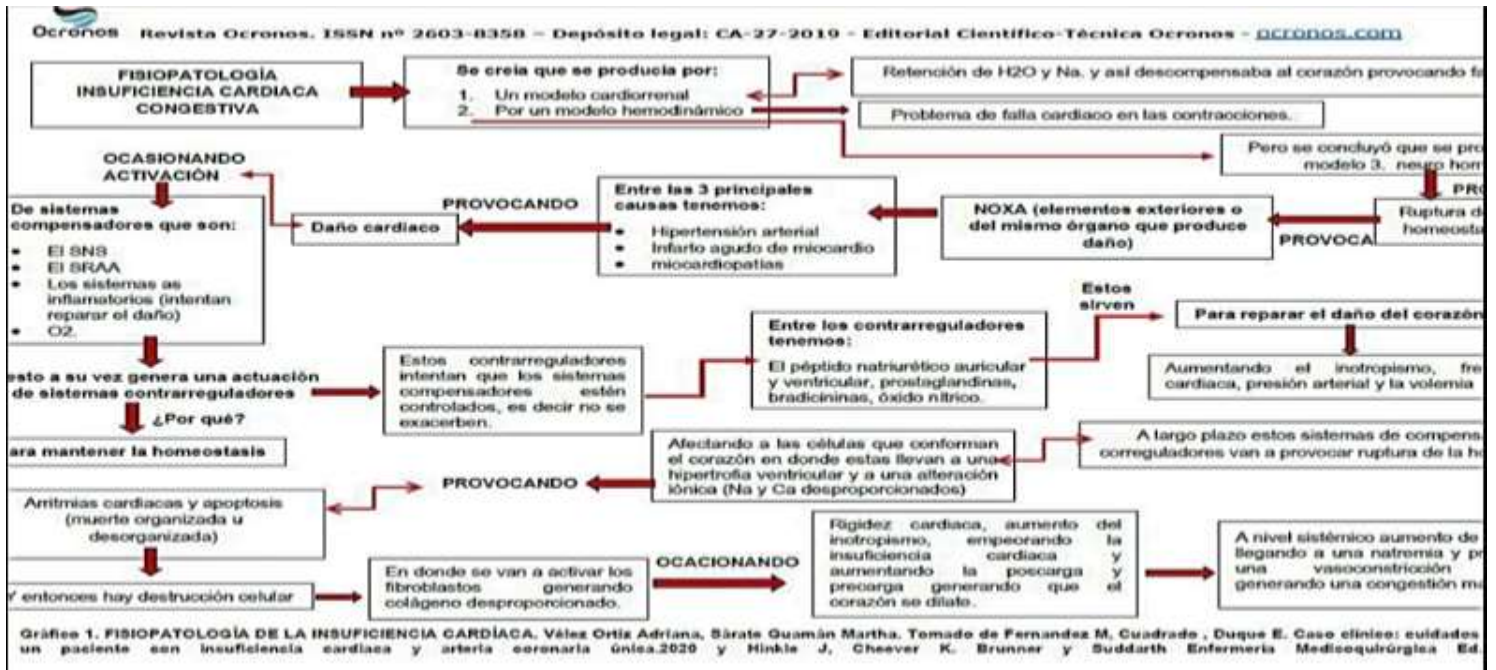
- Prenatal o fetal: Por anemia grave, taquicardia supraventricular y un bloqueo auricular completo.
- RNPT: Por sobre carga de líquidos, CAP, Cor pulmonare e hipertensión.
- RNT: Por miocardiopatías por asfixia, malformaciones arteriovenosas, lesiones obstructivas del lado izquierdo, cardiopatías con gran mezcla venosa y miocarditis vírica.
- Lactante y preescolar: Cortocircuito cardiaco de I a D, hemangioma, arteria coronaria izquierda anómala, miocardiopatías metabólicas, hipertensión aguda, taquicardia supraventricular, enfermedad de Kawasaki y miocarditis vírica.
- Niño mayor y adolescente: Fiebre reumática, hipertensión aguda, miocarditis vírica, tirotoxicosis, hemocromomatosis-hemosiderosis, Tto del cáncer, anemia de células falciforme, endocarditis, Cor pulmonale y miocardiopatías.

Ley de Frank-starling:



Fisiopatología:

La buena función del corazón se expresa mediante el gasto cardiaco. La cantidad de sangre



que el corazón bombea en la unidad de tiempo: volumen latido X frecuencia cardíaca.

Clasificación: Aguda o crónica → sistólica o diastólica → bajo o alto gasto cardiaco → Anterograda o retrograda → izquierda o derecha.

Tipo 1: Sobrecarga de volumen

Tipo 2: Déficit de contractibilidad

Tipo 3: Falla de función diastólica

Manifestaciones clínicas:

Síntomas en reposo:

Agotaron los mecanismos compensadores hasta un punto donde el GC no es suficiente para satisfacer necesidades basales del organismo

Síntomas con el ejercicio:

Son incapaces de aumentar el GC en respuesta al ejercicio aunque este sea muy leve sin presentar síntomas llamativos

Síntomas con ejercicio bastante vigoroso:

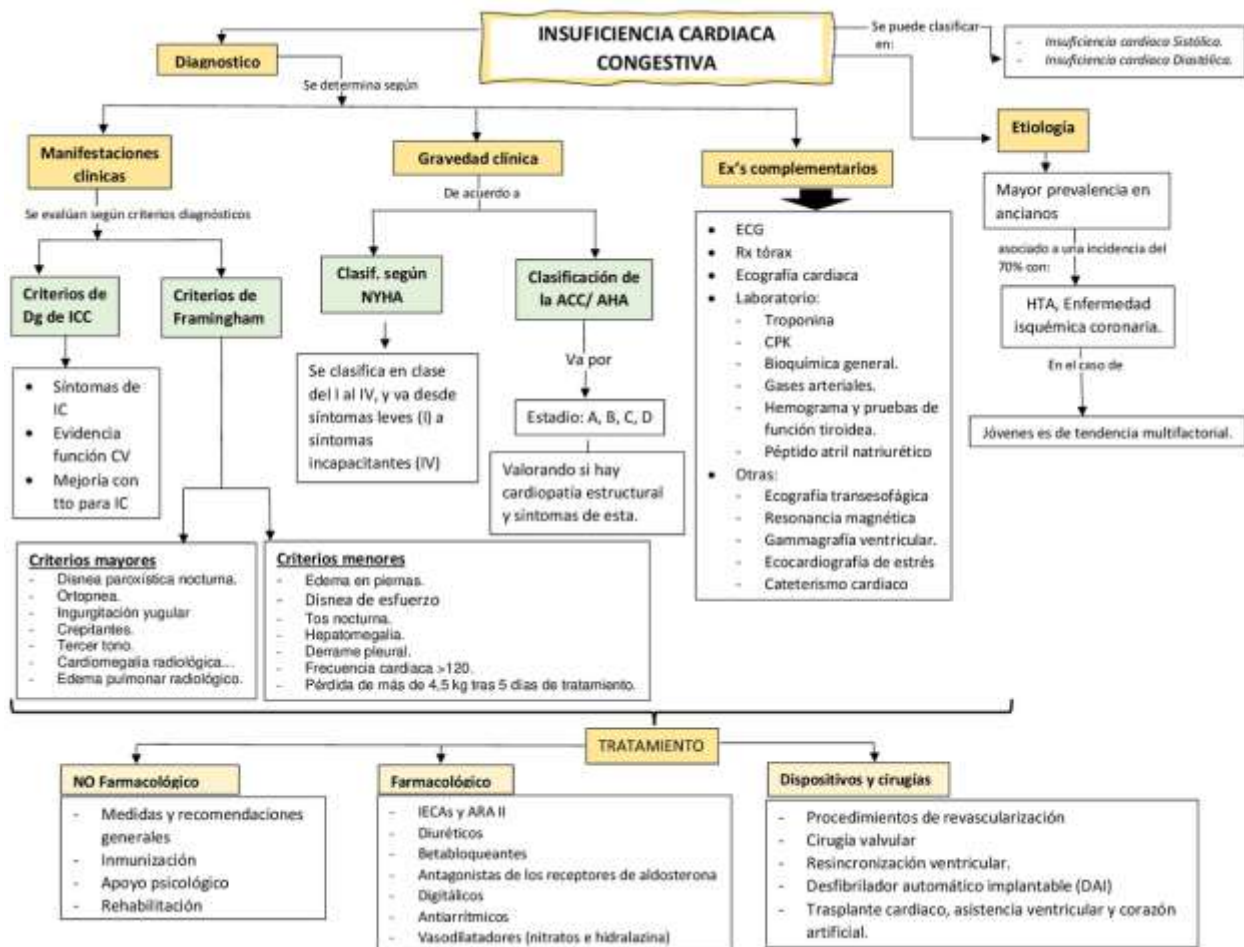
Niños con cardiopatías menos graves que tiene que realizar ejercicio vigoroso, para comprometer su función cardíaca.

Diagnóstico:

- Rx torax → Cardiomegallia, alteración de la trama vascular, prolongación de los vasos pulmonares hacia la periferia en grandes shunts y marcas vasculares perihiliares algodonosas.
- Ecocardiografía → Demuestra lesión anatómica no urgente en niño crítico.
- EKG → Hipertrofia de cavidades, isquemia izquierda a derecha y enfermedad miocárdica inflamatoria.

Tratamiento:

- Medidas generales: reposo, decúbito con inclinación, ventilación con presión positiva, aumento de la ingesta de calorías, alimentación por sonda nasogástrica.
- Inotrópicos: digoxina.
- Diuréticos: furosemida, espironolactona, clorotiazida.
- Fármacos reductores de poscarga: nitroprusiato, captopril, hidralazina.
- Agonistas adrenérgicos: dopamina, dobutamina, isoprenalina.
- Inhibidores de la fosodiesterasa: milrinona
- B- bloqueadores: 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)

Incidencia: 1/10,000

Pericardio

Es un saco cerrado; Es una membrana fibroserosa que cubre al corazón.

Ubicado en el mediastino medio, junto al corazón y grandes vasos.

★ Formado por 2 capas:

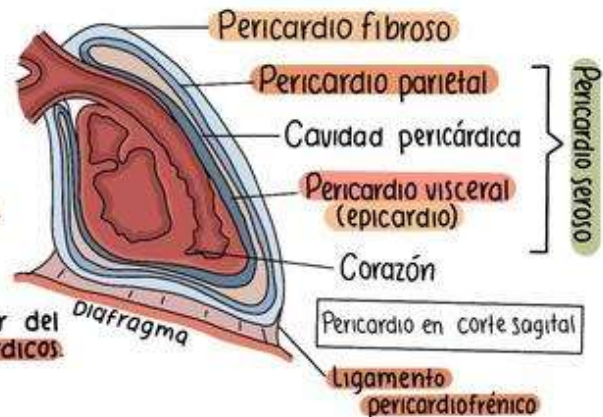
1. Fibroso

Se continúa inferiormente con el centro tendinoso (formando el **ligamento pericardiofrénico**) y superiormente con la túnica adventicia (tejido conectivo perivascular) de los grandes vasos que entran y salen del corazón, se insertan a la superficie posterior del esternón por los **ligamentos esternopericárdicos**.

2. Seroso

Formado por 2 láminas:

1. **Parietal**
2. **visceral**: Se refleja en el corazón y los grandes vasos; forma el **EPICARDIO**



Vascularización

Arteria pericardiofrénica → Rama de → Arteria torácica interna

Contribuyen con la irrigación:

- ★ Arteria musculofrénica
- ★ Arterias bronquiales, esofágicas y frénicas superiores
- ★ Arterias coronarias

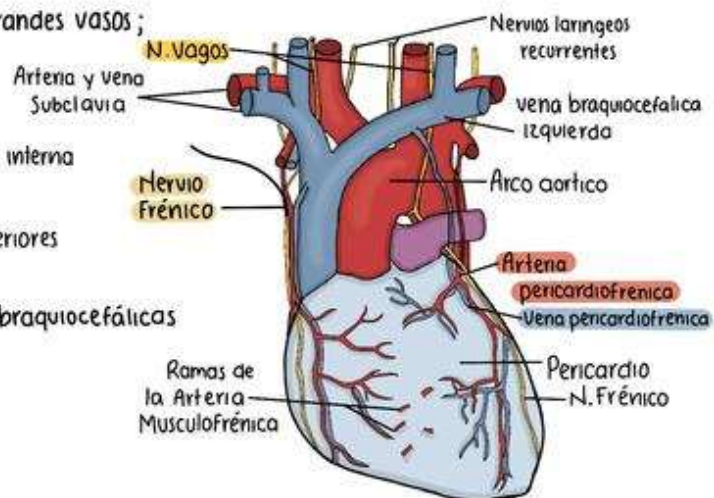
Venas pericardiofrénicas → Drena en → Venas braquiocefálicas

Contribuyen con el drenaje:

- ★ Ramas del sistema venoso álgicos

Inervación

- ★ N. Frénicos
- ★ N. Vagos
- ★ Troncos simpáticos



Medios de fijación del pericardio:

- Lig. verterbopericardico de Beraud
- Lig. esternopericardico Sup. e Inf.
- Lig. frenopericardico laterales y anterior
 - Lig. Tirotimopericardico
 - Tejido adiposo

Linfáticos: Ganglios traqueobronquiales

Venas: Troncos venosos Braquiocefálicos, Vena Cava superior, V. álgicos, Aurícula derecha

Funciones del pericardio:

Cavidades cardiacas

- Limita la distensión cardiaca
- Facilita la interacción entre las cavidades cardiacas
- Mantiene la relación Presión/Volumen y el GC de las cavidades.
- Mantiene la geometría ventricular

Corazón

- Protección
- Lubricación
- Equilibra las fuerzas gravitacional e hidrostática
- Inmunológico
- Fibrinolítico

Etiología:

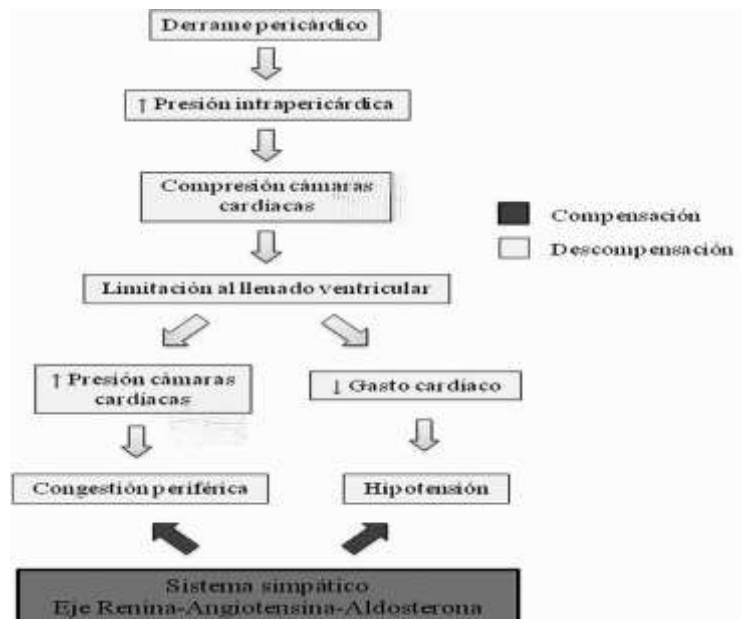
Trauma (Ruptura cardiaca toracico penetrante y contuso, cateterización cardiaca, Post. Toracotomia, Pericardiocentesis, Masaje cardiaco)

Hemorrágicas

Infeciosas *Bacteriana (M. tuberculosis, Coxiella burnetii),

Neoplasias (CA de Pulmón, Ca de Mamas, Linfomas)

Fisiopatología:



Cuadro clínico:

- Presión venosa sistémica alta (100%) (INGURGITACION YUGULAR)
- Pulso Paradójico (98%)
- Taquipnea (80%) o 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

Tratamiento:

- Líquidos parenterales
- Pericardiocentesis
- Toracotomía

TETRALOGIA DE FALLOT

Comprende de 4 defectos clásicos:

Defecto septal ventricular

Obstrucción muscular del tracto de salida derecho

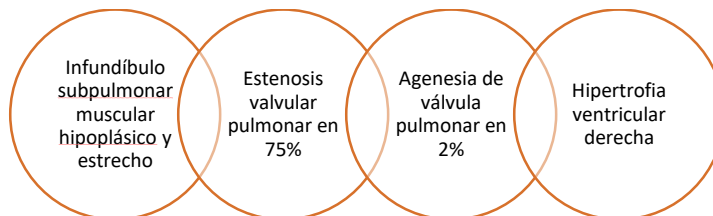
Conexión biventricular de la aorta cabalgando al septum

Hipertrofia del ventrículo derecho

Alteraciones embriológicas:

- El septo conal se desarrolla en una posición anormal
- Situándose más anterior de lo normal
- El cono cardiaco primitivo queda dividido anormal en dos canales desiguales (en anterior más estrecho)

Anatomía patológica:



Etiología:

Etiología desconocida, probable deleción de cromosoma 22q11 (15%)

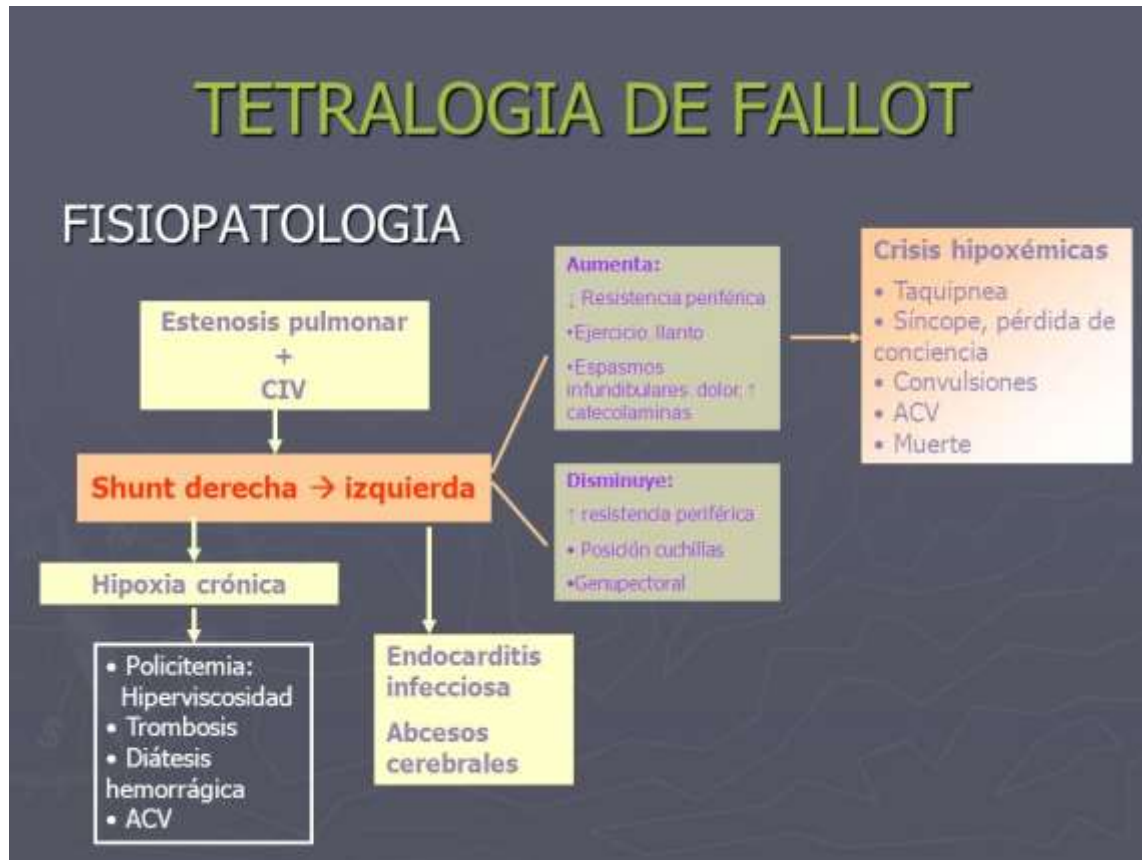
Asociado a Sx de Down, DiGeorge, Laurence

Moon, Bield y Goldenhar

Factores asociados

- Consumo excesivo de alcohol
- Ingesta de anticomiciales
- Madres con fenilcetonuria

Fisiopatología:



Anomalías asociadas:

Arteria subclavia izquierda aberrada 10%

Canal AV común 2%

Drenaje venoso anómalo parcial 1%

Dextrocardia 1%

VCS izquierda 8%

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

Estudios complementarios:

- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma
- Ecocardiograma

Tratamiento médico:

- Dieta rica en hierro o Betabloqueadores
- Manejo de crisis de hipoxia o Manejo de la policitemia

Tratamiento quirúrgico:

- La decisión entre cirugía paliativa o correctora dependerá de la experiencia y de los resultados de cada grupo.
- En la cirugía paliativa deben evitarse las conexiones que pueden provocar hipertensión pulmonar o distorsiones de las arterias

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