



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

URGENCIAS 2DA UNIDAD

DOCENTE: DR Romeo Suarez Martínez

ALUMNA: Diana Laura Abarca Aguilar

MATERIA: Urgencias medicas

CARRERA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 8“A”

FECHA:24 de Abril del 2021
Comitán de Domínguez, Chiapas

SINDROMES CORONARIOS AGUDOS

ANGINA DE PECHO

DEFINICIÓN: Isquemia miocárdica en reposo o mínima en ausencia de necrosis cardiomiocítica.

CARACTERÍSTICAS

Perfil cardíaco: Normal
EKG: Normal

CLASIFICACIÓN

ESTABLE CRÓNICA

Dolor al estar físico. Cede al reposo. DEMANDA DE O₂ ↓

INESTABLE

Px en reposo ↓ del flujo sanguíneo sin isquemia, SI NO SE VIGILA SE CONVIERTE IAM

IAMCESST

DEFINICIÓN: Necrosis miocárdica asociada a cambios en el electrocardiograma.

CARACTERÍSTICAS

Perfil cardíaco: Aumentado
EKG: Aumento seg ST

IAMBEST

DEFINICIÓN: Oclusión parcial o total de una arteria C. que compromete el flujo sanguíneo hacia el miocardio.

CARACTERÍSTICAS

Perfil cardíaco: Aumentado
EKG: Normal / Disminuido.

FACTORES DE RIESGO

- Edad: Hombres < 45, Mujeres > 55
- Género masculino.
- Historia familiar
- Tabaquismo.
- Hipertensión arterial sist.
- Colesterol total > 200 años.
- C-HDL < 40 mg/dl
- Diabetes mellitus.
- Obesidad.

DIAGNÓSTICO

- EKG en los primeros 10 min.
- EKG eciclos en interv. de 15-30
- Rx de tórax descartar Dx.
- Medicación de troponinas
- Prueba de esfuerzo.
- Ecocardiograma de estrés
- Resonancia magnética cardíaca.
- Ecocardiograma transtorácico.
- Monitorización del ritmo C.

BIOMARCADORES

SÉRICOS

- Troponina I: Aumenta 3 hrs después del infarto.
- Troponina T: Aumenta 7-10 días después del infarto.
- Mioglobina: 2-3 hrs
- CK-MB: Pico máximo 12 hrs.

CLÍNICA

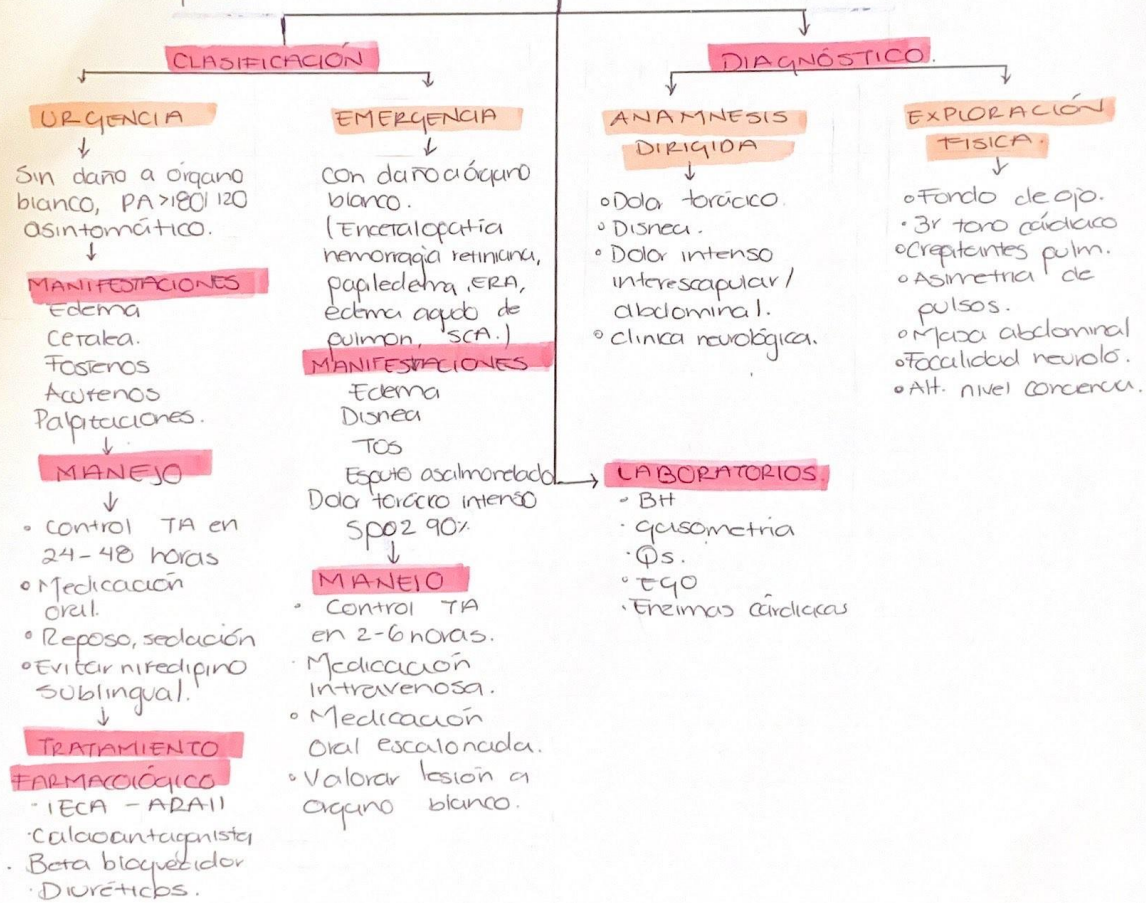
- Dolor retroesternal intenso.
- Dolor opresivo, persistente, con irradiación al brazo izquierdo.
- Aparece en reposo.
- Diarrosis, náuseas, dolor abdominal, sudoración, síncope.
- Duración mayor de 10 minutos.

TRATAMIENTO

- Antiagregantes: ③
 - Aspirina: 300 mg - 100 c/24
 - Clopidogrel: 150 mg - 75
- Anticoagulantes: ③
 - Enoxaparina: Inicial 30 mg / 30 mg de 15 años = 0.75 mg/kg.
- Fibrinolíticos: IAMCESST
 - Alteplasa:
 - 100 mg max.
 - Inicial: 15 mg bolo
 - 2da dosis en 30 min / 35 mg/kg
 - 3ra dosis: 30 mg / 2q / IV.
- Cateterismo: IAM con / sin ST

CRISIS HIPERTENSIVA

Elevación súbita de la presión arterial a niveles considerados muy altos, de manera que se produce daño a órgano blanco.



INSUFICIENCIA CÁRDICA CONGESTIVA

DEFINICIÓN

Cualquier estado crónico en el que se afecta la capacidad del corazón para bombear sangre con eficacia para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.

CAUSAS

- Cambio de meds o incump. Flum. consumo de Na
- Infarto de miocardio
- Taquiarritmia (FA)
- Epoc/EP (↑ presión VD)
- Insuficiencia renal (↑ vol)
- Crisis hipertensiva (↑ Posa)
- Sobrecarga (Ablq, ICA)
- Miocarditis, endocarditis
- Sepsis
- Enf. valvular
- Enfermedad estructural

FISIOPATOLOGÍA

LESIÓN MIOCÁRDICA

↓ Aporte de O₂ a los tejidos (síntomas anterogrados)

↓ Activación sistemas neurohormonales e inflamación (Angiotensina II, aldosterona, endotelina, ADH, sistema simpático)

↓ Hipertrofia y apoptosis fibrosis.

LESIÓN MIOCÁRDICA

CLASIFICACIÓN SEGÚN SÍNTOMAS

ANTEROGRADOS

IZQ.

Síntomas de hipoperfusión tisular periférica, disnea, astenia, debilidad, confusión, insomnio, P. de membr. Shock cardiogénico, necrosis multigangliónica.

DER

Poco frec. hipoperfusión pulmonar. Hipertensión arterial.

RETROGRADOS

IZQ.

Congestión pulmonar: disnea, disnea paroxística nocturna, ortopnea, edema agudo de pulmón.

DER.

Acumulo de sangre en venas periféricas, edema P. con toaca, hepatomegalia, ascitis, derrame P. interpericardial.

EXPLORACIÓN FÍSICA

IZQ.

Crepitantes inspiratorios, sibilancias, esputo rosado, ritmo de galope, 3R, 4R, pulso alternante, dism. de la PA, PCP elevada.

DER.

Inguftación yugular, hepatomegalia, Pvc elevada.

SÍNTOMAS

Disnea, ortopnea, DPN, asma cardíaco, tos, nicturia, diuresis, fatiga o cansancio, edema agudo de pulmón, hepatalgia, respiración de Cheyne Stokes, mareo súbito.

CLASIFICACIÓN - NYHA

- Enf. cardíaca sin sint. ni lim. de la AF.
- Lim. leve. AF normal = fatiga, disnea, P. ed.
- Lim. moderada. AF menor = cansado en reposo.
- Incap. AF, Sint. de IC o Sx anginoso.

TIPOS DE IC - FEVI

ICFER

FEVI < 40%

ICFEM

FEVI 40-49%

PN elevados

Al menos 1 criterio adic.

Enf. estructural cardíaca

Distorsión diastólica.

ICFEC

FEVI > 50%

Péptidos natriuréticos ↑

Al menos 1 alter. adic.

Enf. estructural C. relevante.

Distorsión diastólica.

DIAGNÓSTICO

- Criterios de Framingham.
- EKG: bloques de rama, HVI, taquicardia sinusal, FA, arritmias ventriculares.
- Laboratorios: BH, ES, CR, troponina, BNP, NT-pro BNP.
- US TORAX
- RX TORAX
- ECCardiografía.

TRATAMIENTO

- Ejercicio.
- ↓ tabaquismo, alcoholismo
- Dieta.
- Evitar AINES
- Inmunización.
- Fármacos:
 - IECA-ARA II
 - B-bloq.
 - ARM: esproscardona
 - INRA: sacubtil, valsartán
 - Diuréticos - Antitrombóticos

TAQUICARRITMIAS

No hay onda P.
Rítmicas.
Taquicardia. 1100 LPM.

CLASIFICACIÓN

VENTRICULAR

QRS ANCHO →
Monofásica (1 forma)
Bifásica (2 formas)



TRATAMIENTO

RCP (No pulso)
Destilación (2 veces)
NO MEJORA

NO MEJORA

↓ ANTIMARIÉTICOS
Procainamida 20-25mg/min. 1ra dosis
Amiodarona 50mg (1/2min) 2da. dosis
ADENOSINA 12mg bolus IV (o alternar 5 ciclos)

SUPERVENTRICULAR

QRS ANGOSTO
TRATAMIENTO

Masaje carotideo (Estimulación vagal)
NO BAJO GRATO

NO MEJORA

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Procainamida 20-25mg/min. 1ra dosis
ADENOSINA 12mg bolus IV
↓ llenado capilar, cefarosis, cianosis
NO MEJORA

CAPELLERÍA ELECTRICA

BAJO GRATO

ECRISO

(Observación 12 hrs.)
↓ PEPAFENOLINA

FIBRILACIÓN

VENTRICULAR

- Arritmico.
- No onda P.
- NO QRS.
- Ritmo desorganizado
- Aurícula y ventriculo no se coordinan.

TRATAMIENTO

RCP (No tiene pulso)
+ Adrenalina 1mg / 3-5m.
Use adm. en el tiempo en donde no hay pulso)
NO RESPONDE

↓ Destilación eléctrica.

NO RESPONDE

ANTITRIPLETICO

Amiodarona 50mg / 2min.
Procainamida 20-25 mg/min.

VENTRICULAR

- NO VEGENCIA
- Más frecuente.
- Course de compic.
- No onda P.
- Arritmico.
- Ondas F. $f_{ventricular}$
- Método de los 6seg

CLASIFICACIÓN

FA → FA → FA
E.V.E → E.V.M → E.V.L
FC 1100 → FC 600 → FC 160

TRATAMIENTO

(Riesgo tromboembólico)
CHA2ST2BAC2
Para saber si se dan 2 o más fármacos.

ANTIMARIÉTICOS

Amiodarona
BETA-BLOQUEANTES
ANTIARRITMICOS

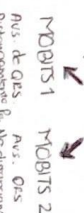
BLOQUEOS

1ER. GRADO.
Seq. PE 1-5 cuochos (10-20 seq.)



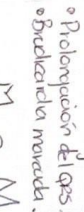
NO RESPONDE
TRATAMIENTO.

2DO. GRADO.
Desparecen QRS



NO RESPONDE
TRATAMIENTO.

3ER. GRADO.
Onda P desorganizada



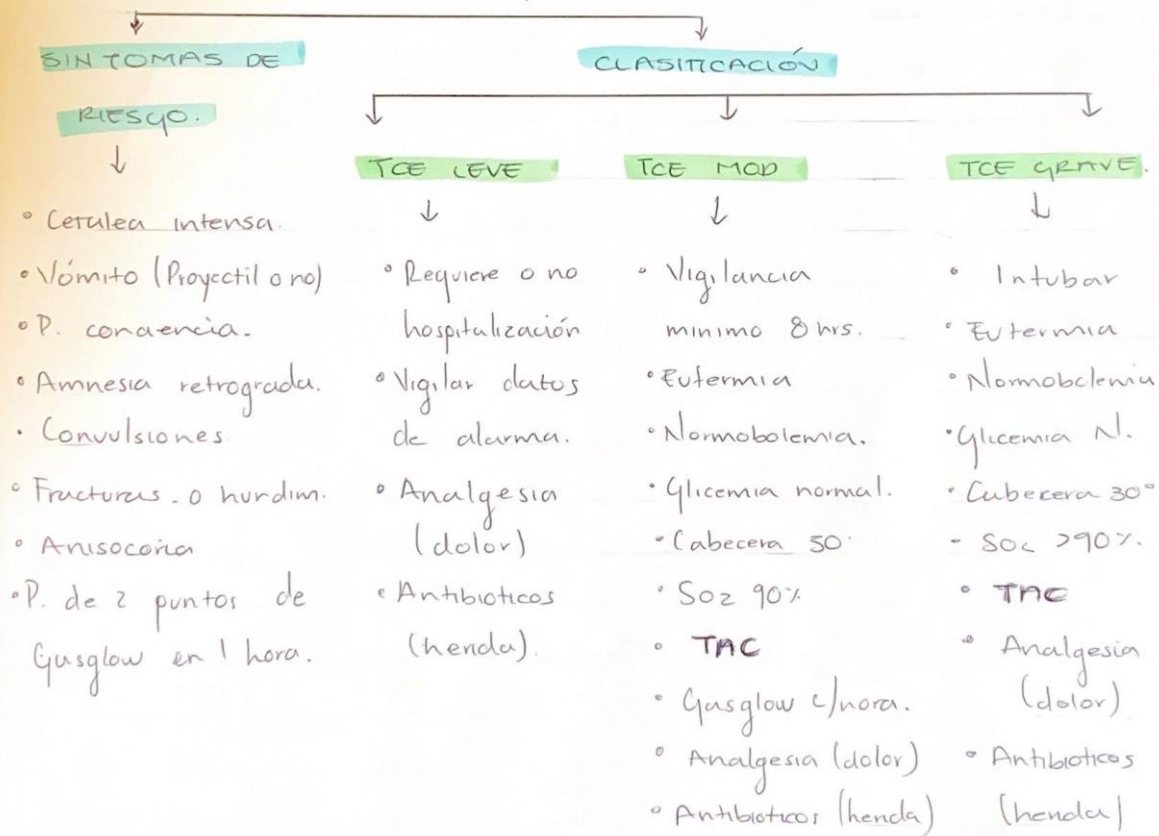
TRATAMIENTO
Marequessas

MDS de QRS
Distorsión de QRS
Fibrilación. Sin QRS
Tratamiento
IV c/3-5mm.

Tratamiento
Marequessas

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica.



EVC

ISQUEMICO

80%

Generalmente se produce por la obstrucción de una arteria que va al cerebro, debida a la formación de un coágulo sanguíneo o de un depósito de grasas arterioscleróticas.

GLOBAL

- Aterotrombótico
- Cardioembólico
- Recurer.

FOCAL

- AIT 20%
- Infarto cerebral 80%

- Ateroesclerosis
- Cardioembolismo
- Indeterminado
- Enf. pequeño vaso
- Otros causas.

ETIOLOGIA

- Trombos.
- Plaquetas atreosec.

MANEJO

MANIFESTACIONES CLINICAS

- Dolor de cabeza.
- Afectación visión.
- Prob. hablar y entender.
- P. equilibrio y estabilidad.
- P. fuerza.

DIAGNOSTICO

- Escala de Cincinnati
- Escala de NIHSS
- TNC
- PM.

HEMORRAGICO

Enfermedad cerebrovascular que afecta el suministro de sangre al cerebro.

Subaracnoidea

Rotura de aneurisma.

Cerebral

Hipertensiva.

MANIFESTACIONES CLINICAS

- Cefalea
- Vómitos
- Nauseas.
- Sx meníngeos.

ETIOLOGIA

- Trombocitosis
- HTN > 55 años.
- Angiopatía amigoiidea > 55 años.

FACTORES DE RIESGO

- Hipertensión arterial.
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Diabético
- TAC.

TRATAMIENTO

- Neurocirugía.

EVC ISQUÉMICO

↓

MANEJO

↓

①

Presión Arterial

o Candidato a trombolisis: <185 /110
o No candidato: permisiva, disminuir la
15% en 24 hrs solo si >220/120
o darlo a órgano blanco.

↓

②

Azúcar (Glucemia)

o Meta glucémica: 140 /180 mg/dl
Evitar hipoglucemia.

↓

③

Trombolisis

Adm. ALTEPLASA IV dentro del periodo
de ventana <4.5 hrs. en ausencia
de contraindicaciones.

↓

④

Oxígeno

Sole si SO2 es <94%
↓

Solventes

⑤

Sole en casos de
hipotensión o hipovolemia.
Evitar sol. querosenos.

NEUROINFECCIONES

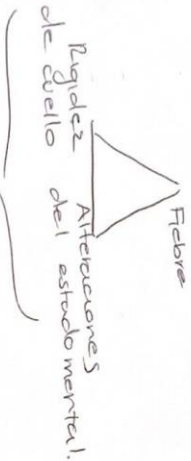
Meningitis

Presencia de bacterias en el espacio subaracnoideo con una consiguiente reacción inflamatoria que comprime el su vez al parénquima cerebral y las meninges.

ETIOLOGÍA

- Streptococos pneumoniae.
- Neisseria meningitidis.

SINTOMAS Y SIGNOS



OTROS
Cefalea, nauseas, vómitos, fotofobia, convulsiones y deficit neurológico focal.

TRATAMIENTO.

- 1ra elección:
 - o Ceftriaxona 2g c/12 horas.
- 2da elección:
 - o Cefotaxima 2g c/6 u 8 hrs.
- Alergicos:
 - o Vancomicina 60 mg/kg / 24 hrs dosis de carga.
 - o Continuar con 15 mg/kg / 24 hrs.

Encefalitis

Encefalomal severa que implica compromiso inflamatorio del parénquima cerebral.

ETIOLOGÍA

- Virus del Herpes Simple.
- Tipo 1.
- Arbovirus.

SINTOMAS Y SIGNOS



otras alteraciones
Desorientación, alt. del comportamiento, signos neurológicos focales o difusos y convulsiones.

DIAGNÓSTICO.

- Exploración física.
- Examen de LCR.

Dexametasona 0.15 mg/kg/c/6 horas durante 2-4 días.

Abscesos.

Procesos supurativos localizados en el parénquima cerebral, que en la mayoría de los casos se deben a ciertos factores predisponentes.

ETIOLOGÍA

Streptococcus viridians, S. aureus.

DIAGNÓSTICO

- TNC
- EMN
- Punción lumbar.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Cambios en el edo. mental.

Dism. de la sensibilidad.

Fiebre y escalofríos.

Dolor de cabeza, convulsiones, cefalea.

Dif. con el lenguaje. P. tumor muscular.

DIAGNÓSTICO

- Interrogatorio completo.
- Exploración física.
- Examen neurológico.

• Estudio hematológico.

• Resonancia magnética → selección

• Estudio de LCR.

• PCR.

• Electroencefalograma

• TRATAMIENTO
Aciclovir IV 10mg/kg/c/8ms. 14 días.