

Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Asignatura:

Urgencias médicas.

Trabajo:

Flujogramas.

Docente:

Dr. Romeo Suarez Martínez.

Alumno:

Citlali Berenice Fernández Solís.

Semestre y grupo:

8º "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas al 21 de octubre de 2022.

CRISIS HIPERTENSIVA

Definición

Son circunstancias clínicas en las que se produce una elevación aguda de la presión arterial. Se definen como PA sistólica >180 y PA diastólica >120 mmHg.

Urgencia hipertensiva

Puede cursar con clínica inespecífica o sin síntomas. No constituye una emergencia médica, corrigiéndose gradual, con medicación oral.

Manifestaciones clínicas

Cefalea leve, mareo, ataxia, acúfenos o náuseas.

Pruebas complementarias

- Sistemático de orina.
- Electrocardiograma.
- Radiografía PA y lateral de tórax.

Emergencia hipertensiva

Requiere una corrección inmediata, controlada de la PA (antes de una hora) con tratamiento parenteral.

Manifestaciones clínicas

Varían acorde con el órgano diana afectado.

Pruebas complementarias

- Según sospecha clínica tras anamnesis y exploración física.

Clinica:

Cerebrovascular

- Encefalopatías hipertensas.
- Accidente cerebrovascular.

Renal

- HTA acelerada-maligna.
- Afectación renal.

Cardiovascular

- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Disección aórtica aguda.

Preeclampsia

- El diagnóstico es cuando se realiza toma de PA en dos o más tomas separadas.

Diagnóstico:

El primer paso en el diagnóstico de crisis hipertensiva consiste en la confirmación de los cifras de PA. Para ello es fundamental la toma de PA de forma correcta.

Tratamiento

Captopril: 25-100mg
15/30min / 4-6 hrs.

Enalapril: 5-20mg
1/hr / 24hrs.

Amlodipino: 5-10mg
1-2hr / 24h

Furosemida: 40mg
30-60min / 6-8h

Tratamiento

Labetalol: 20mg en bolo IV, a repetir con sucesivos bolos de 20-80mg c/ 10minutos.

En caso de no control máximo 300mg.

DESCOMPENSACION DE INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardiaca se define como el comienzo rápido de síntomas y signos secundario a una función cardiaca anormal

Factores de riesgo:

- Sx coronarios agudos
- Crisis hipertensiva
- Arritmia aguda
- Insuficiencia valvular
- Miocarditis grave
- Infecciones
- Sx de alto gasto

Causas precipitantes:

CHAMPI

- C - Sx coronario agudo
- H - Emergencia hipertensiva
- A - Arritmias rápidas
- M - Causas mecánicas agudas
- P - Tromboembolismo pulmonar
- I - Infección

Más frecuentes:

- Hipertensión arterial mal controlada
- Infecciones
- Alteraciones del ritmo cardiaco
- Falta de adherencia al tratamiento / dieta

Etiologías:

- Cardiopatía isquémica
- Daño tóxico
- Daño inmunológico / reumático
- Infiltración
- Hormonales
- Nutricionales
- Alteraciones genéticas
- Condición de carga anormales
- HTA
- Defectos estructurales
- Enfermedades del pericardio / endocardio
- ↑ del gasto cardiaco

Manifestaciones clínicas:

Síntomas de alarma:

- Aumento de peso
- Edemas de pies, tobillos, piernas
- ↓ de la oresis
- Dinnea
- Pérdida de conocimiento

Diagnóstico

- Hallazgos clínicos
- ECG
- Radiografía de tórax
- Biomarcadores
- Ecodiagnóstico

Tratamiento

Actitud terapéutica

- Posición semisentada
- Controlar vía venosa
- Oxigenoterapia
- Ventilación mecánica no invasiva

a) Diuréticos:

20-40 mg de furosemida

b) Cloruro mórfico:

Bolos → 2,5-5mg IV
10mg en 9cc SIF 0,9%

c) Vasodilatadores:

- Nitroglicerina (omp 50mg / 10ml) 1mg
- nitrito de isorbida: 1mg/h
- Nitroglicerato: 50mg / amp 5ml

Clevidipina:
50ml con 25mg - 0,5 mg/ml

MENINGITIS NEUROINFECCION

Es un proceso inflamatorio de la aracnoides y el LCR, lo que implica una inflamación de la leptomeninge y tejido neural subyacente.

Clasificación

Etiología

- Viral Entomozoa
- Bacteriana 8%
- Tuberculosa Más frecuente entre los 6 meses y 4 años.

Triada

- Fiebre
- Rigidez de nuca
- Alteración de conciencia.

Factores de riesgo

- Para meningitis bacteriana:
- Neumonía
 - OMA
 - Sinusitis aguda.

- Grupo de mayor riesgo:
- Fumadores
 - Diabéticos
 - Alcohólicos
 - Fractura de base de cráneo.

Tratamiento sintomático

Analgesia, antitérmicos, hidratación adecuada y elevación del cabezudo unos 30°.

Tratamiento con ácido acético empírico 60mg/kg/día en neonatos y niños 30mg/kg/día.

Cuadro clínico

Neonatos: Fiebre o hipotermia, decaimiento, quejidos, cianosis, apneas

Lactantes: Fiebre sin foco, hipotermia, decaimiento, letargia, irritabilidad, ictericia, convulsiones.

Escolares: Fiebre, cefalea, fotofobia, vómitos, letargia, rigidez de nuca, posición de tripode.

Exploración física

- Signos vitales: Temperatura, FC, FR, presión arterial y sat de oxígeno.
- Valoración del nivel de conciencia.
- Funciones ejecutivas
- Signos de irritación meníngea.
- Hallazgos cutáneos.

Tratamiento

Tratamiento antibiótico empírico:

- Ceftriaxona: 30mg/kg/12hrs 1ª dosis a 75mg/kg máx 2g dosis.
- Vancomicina: 15mg/kg/6hrs 1ª dosis a 2g/día.
- Cefepime: 50mg/kg/8hrs.
- Ampicilina: 75mg/kg/6hrs.

Tratamiento corticoide

Dexametasona 10 0,5 mg/kg/6hrs en pacientes >6 semanas.

Iniciar la antibioterapia unos 15 min antes.

Anamnesis

Signo de Kernig

Signo de Brudzinski: al hacerlo se produce una dilatación de las pupilas, se obtiene el signo de Hatao.

Rigidez de nuca

Metodos diagnosticos

- Pruebas analíticas
- Analítica sanguínea.
 - Punción lumbar

Pruebas de imagen

- Tomografía computarizada cerebral.
- Valorar ecografía transfontanelar, en neonatos.

EVENTO VASCULAR CEREBRAL

Síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de signos neurológicos focales que persisten por más de 24 horas, sin otra causa aparente que el origen vascular.

Clasificación

2 Subtipos

Isquemia

Falta de aporte sanguíneo.

80-85% de los casos.

Duración inferior a 60 min

Hemorragia

Rotura de un vaso sanguíneo.

Etiología más frecuente:

HTA

EUC

Isquemia

Focal Global

AIT

Infarto cerebral

ictus hemorrágico

HSA

Intracerebral

Paraventricular

Ventricular

- Lobular
- Profunda
- Troncoencefálica
- Cerebelosa

Manifestaciones clínicas

Isquémico:

Establece

Sx gradual

Cefalea

↓ fuerza muscular

Hemiplegia

Distal

Transitorio

Mejora síntomas.

Hemorrágico:

Síntomas más rápidos.

Cefalea

↓ Glasgow
nivel de conciencia.

Diagnóstico

Isquémico

Gold estándar

Resonancia magnética

Hemorrágico

TAC craneo simple

Factores de riesgo:

Edad

Adultos mayores

Alcohol

Fibrilación auricular

Sexo

Tabaquismo

Diabetes

Dislipidemia

Tratamiento

Isquémico:

Fibrinólisis: 4hrs

- antiagregantes

- Estatinas

Hemorrágico:

Tratamiento neurocirugía.

Pronóstico

Malo en EUC hemorrágico.

TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

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

Clasificación

Severidad de la lesión

Escala de coma de Glasgow

Lesión leve 14-15 puntos.
Lesión moderada 13-9 puntos.
Lesión severa 8 o menos.

Morfología de las lesiones:

Fracturas de cráneo:

Signos clínicos:

Equimosis periorbitaria
Equimosis retroauricular
Rinorraquia
Otorraquia

Lesiones intracraneales:

Difusas: consecuencia de una afeción hipóxica.

Focales: Hematomas epidurales, subdurales, contusiones, intracerebrales.

Clasificación del riesgo en TEC

Leve riesgo bajo

Asintomático
Sin otras lesiones
Pupilas normales
Glasgow de 15
Sin o leve cefalea
No vomito
Orientación memoria intactos.

Leve riesgo medio

Glasgow inicial 15
Antecedente de pérdida de conciencia
Amnesia post traumática
Vómito
Cefalea
Intoxicación

Leve alto riesgo

Anticoagria politraumatizada
Vómito
Cefalea y mareo.
sospecha de Kempte
Menores de 2 años
Convulsión.

Factores de riesgo

Edad
Amnesia
Agitación
Vómitos
Protección
Mecanismo de lesión
Cefalea
Signos focales.

Principales causas

Accidentes de tránsito
Accidentes laborales o domésticos
Prácticas deportivas de riesgo.
Precipitaciones

Tratamiento:

Líquidos intraumbrosos
Corrección de la anticoagulación.

Manitol 20gr de manitol por 10ml de solución.

Signos y síntomas

Cefalea
Desorientación
Convulsiones
Rigidez en cuello
Nauseas
Equimosis
Hematoma
Fractura

Métodos diagnósticos

Clinico (Glasgow)
TAC

Solución salina hipertónica → concentraciones de 3 a 23.4%.

Cuidados en el paciente Neurocrítico:

Ghost cap

Glucosa: 80-180mg/dl.

Oxígeno 94-98%

Temperatura: <38°C.

PA: PAM: >80mmHg

Hemoglobina: >7gr/dl.

Sodio: 135-145mEq/L

Confort: control del dolor

PCO2: 35-40mmHg

SINDROME CORONARIO AGUDO

Comprende un conjunto de entidades producidas por la erosión o rotura de una placa de ateroma, que determina la formación de un trombo intracoronario, causando:

- Angina inestable
- Infarto agudo del miocardio
- Muerte súbita

Clasificación

IAMSESST:
Oclusión transitoria u obstrucción no completa del flujo

IAMCESST:
Oclusión y cese del flujo coronario de A. Coronaria.

Manifestaciones clínicas

- Dolor torácico; retroesternal
- opresión
- Irradiación (cuello y mandíbula)
- Duración > 30 minutos
- No cede al reposo
- Disnea
- Signos gastrointestinales.

Factores de riesgo

- Edad: Hombres ≥ 45 años, mujeres ≥ 55 años.
- Genero: Masculino
- Historia familiar de enfermedad cardíaca
- Tabaquismo
- HTA
- Colesterol total
- C-HDL < 40 mg/dl
- Diabetes
- obesidad.

Angina inestable **inminent** requiere tratamiento.
Dolor u opresión a consecuencia de la falta de aporte de O₂ al corazón.

Diagnóstico

Electrocardiograma

En los primeros 10 min.

Identificar:

- El segmento ST (ubicar el punto J).
- Elevación del ST > 2 mm en hombres y > 1.5 mm en mujeres.
- Desviaciones antiguas.

Clasificación clínica

- Tipo 1: Infarto del miocardio espontáneo relacionado a isquemia.
- Tipo 2: Infarto del miocardio espontáneo relacionado y secundario a isquemia, por un incremento del consumo de oxígeno.
- Tipo 3: Muerte súbita cardíaca inesperada, incluyendo paro cardíaco.
- Tipo 4a: Infarto del miocardio asociado a angioplastia coronaria.
- Tipo 4b: IAM asociado a trombosis del stent.
- Tipo 5: IAM asociado a cirugía de revascularización coronaria.

Tratamiento

- Cateclismo percutáneo < 120 min
- Trombolisis (IAMCESST) < 12 hrs: \uparrow segmento ST. Dolor ≥ 120 min.
- Alteplase: Bolo 15mg. Dosis 30min: 0.75mg/Kg. Dosis 60min: 0.5mg/Kg.
- Tenecteplase: Bolo 0.5mg/Kg

Cardiofarmaco

- Antiagregantes:
 - ASA: 160-325mg inicial, mantenimiento: 100mg c/24
 - Clopidogrel: 300mg inicio, mantenimiento: 75mg qd.
- Anticoagulante:
 - Enoxaparina: < 75 años 30mg bolo IV, 1mg/kg/12h.
 - > 75 años 0.75mg
- Estatina:
 - Atorvastatina: 80mg inicial c/24
- Manejo del dolor:
 - opiáceo: Tramadol

Biomarcadores

- Perfil cardíaco
- Mioglobina
- CK total
- DHL
- Troponina

BRADIARRITMIA Y TAQUIARRITMIA

Bradiarritmia

es cualquier alteración de ritmo cardíaco que tiene como resultado una frecuencia lenta, por debajo de los 60 latidos por minuto.

Etiología

Frecuentemente en:

- Jóvenes atléticos (durante el descanso)
- Edad avanzada.
- Hipotermia
- Hipotiroidismo.
- Hipertensión intracraneal.

Manifestaciones clínicas:

- Síncope
- cansancio
- Dolor torácico
- Disnea
- Palpitaciones
- Sx coronario

Diagnóstico

- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Análisis de sangre

Tratamiento:

1. Asegurar vía aérea y aporte adecuado de oxígeno.
2. Acceso venoso periférico.
3. Administrar 1 mg de atropina endovenosa repitiendo la dosis hasta un máximo de 3 mg.
4. Administrar isoproterenol endovenoso en dosis de 0,2 mg.

Taquiarritmia

comprende un heterogeneo grupo de trastornos del ritmo cardíaco, cuya característica común es una FC > 100 lat/min

Taquicardia QRS estrecho (< 120ms)

Irregular

- Fibrilación auricular
- Taquicardia auricular multifocal

Regular

- Maniobras vagales
- Adenosina / Verapamilo
 - Reinician la taquicardia
 - Taquicardia reentrante nodo AV.
- Frenar taquiarritmia
 - Flutter auricular

Factores de riesgo

- Duración de la arritmia > 2 años
- Antecedentes de múltiples cardioversiones eléctricas.
- condicionantes relativos a la cardiopatía.

Tratamiento

- Flecainida: 300mg VO. mantenimiento: 100-150 mg/12hr
- Propafenona: 450-600mg VO. mantenimiento: 150-300mg/8hr.
- Amiodarona: 5-7 mg/kg IV. mantenimiento 200 mg/día.