



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina Humana**

**SEMESTRE:**

8º A

**MATERIA:**

URGENCIAS MEDICAS

**TRABAJO:**

FLUJOGRAMA

**DOCENTE:**

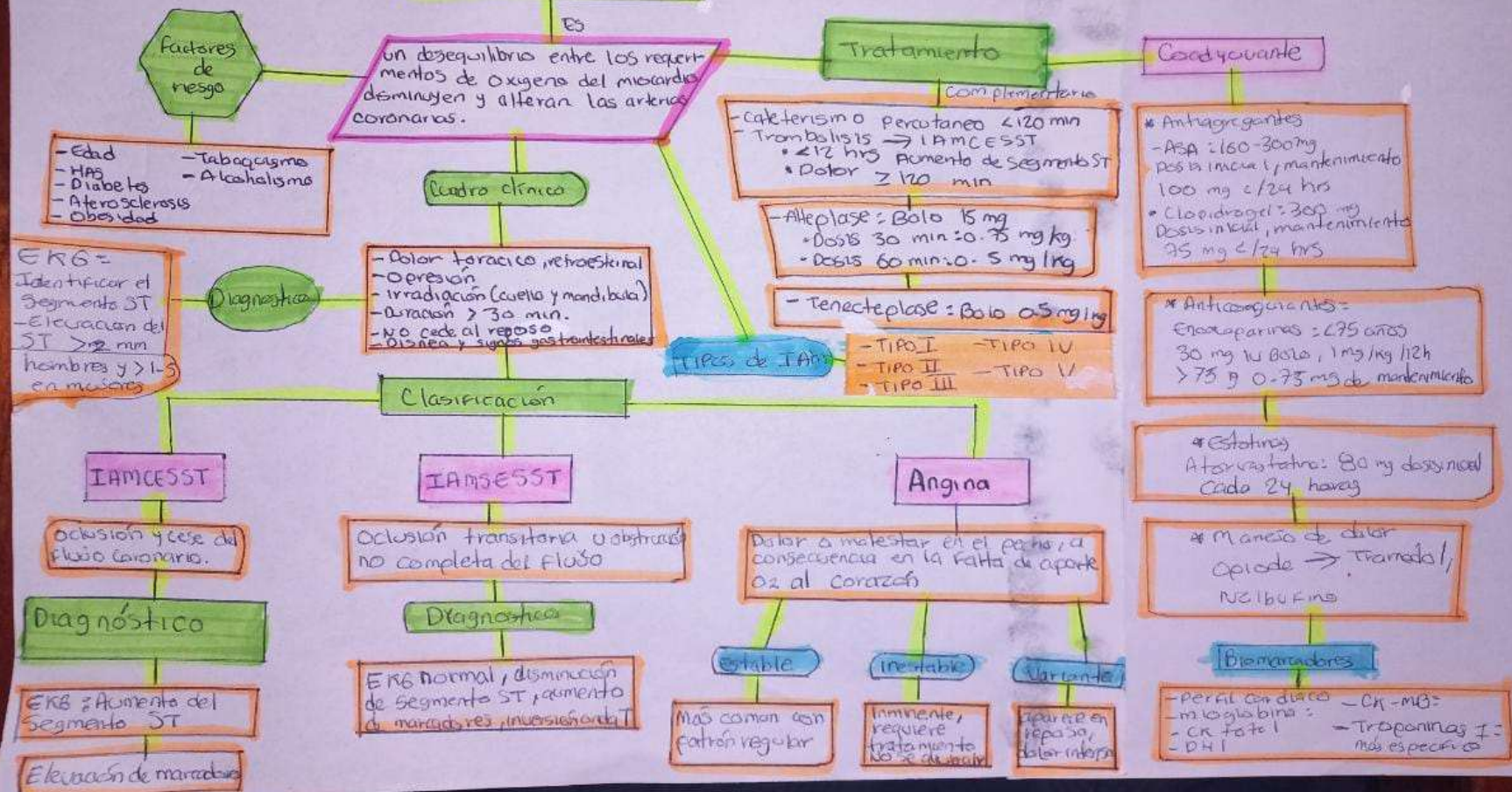
DR. ROMEO SUAREZ MARTINEZ

**ALUMNO (A):**

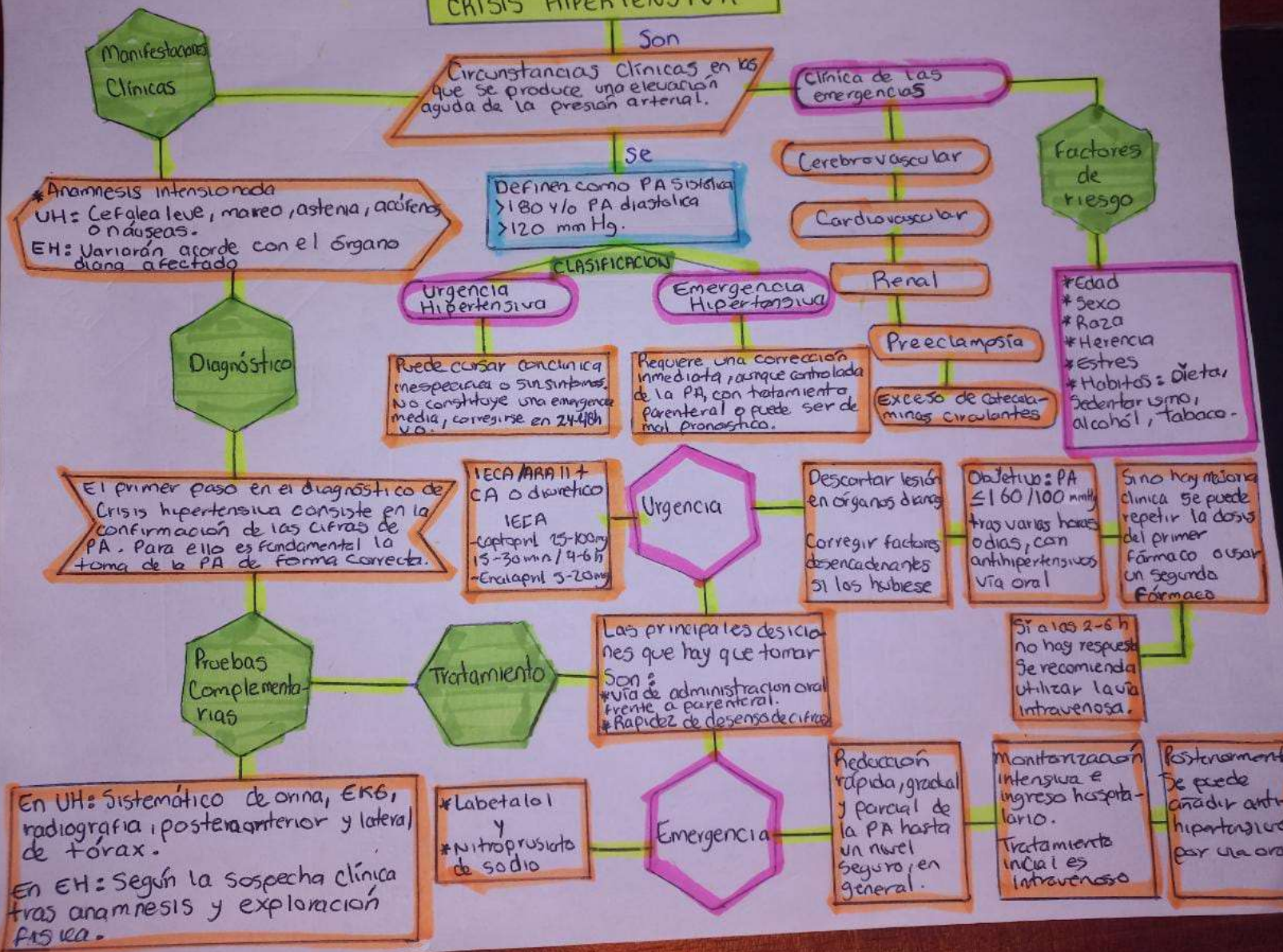
YANIRA LISSETTE CANO RIVERA

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS; A 21 DE OCTUBRE DE 2022

# SICAS



# CRISIS HIPERTENSIVA



Manifestaciones Clínicas

\*Anamnesis intensificada  
UH: Cefalea leve, mareo, astenia, acúfenos o náuseas.  
EH: Variarán acorde con el órgano diana afectado

Diagnóstico

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

Pruebas Complementarias

En UH: Sistemático de orina, EKG, radiografía posteroanterior y lateral de tórax.  
En EH: Según la sospecha clínica tras anamnesis y exploración física.

# CRISIS HIPERTENSIVA

Son

Circunstancias clínicas en las que se produce una elevación aguda de la presión arterial.

Se

Definen como PA sistólica >180 y/o PA diastólica >120 mm Hg.

CLASIFICACION

Urgencia Hipertensiva

Puede cursar con clínica inespecífica o sin síntomas. No constituye una emergencia médica, corregirse en 24-48h u.o.

Emergencia Hipertensiva

Requiere una corrección inmediata, aunque controlada de la PA, con tratamiento parenteral o puede ser de mal pronóstico.

Renal

Preeclampsia

Exceso de catecolaminas circulantes

Factores de riesgo

- \*Edad
- \*Sexo
- \*Raza
- \*Herencia
- \*Estres
- \*Habitos: Dieta, Sedentarismo, alcohol, Tabaco.

Urgencia

Descartar lesión en órganos diana

Corregir factores desencadenantes si los hubiese

Objetivo: PA ≤160/100 mmHg tras varias horas o días, con antihipertensivos vía oral

Si no hay mejoría clínica se puede repetir la dosis del primer fármaco o usar un segundo fármaco

Las principales decisiones que hay que tomar Son:  
\*Vía de administración oral frente a parenteral.  
\*Rapidez de descenso de cifras

Si a los 2-6 h no hay respuesta se recomienda utilizar la vía intravenosa.

Emergencia

Reducción rápida, gradual y parcial de la PA hasta un nivel seguro, en general.

Monitorización intensiva e ingreso hospitalario. Tratamiento inicial es intravenoso

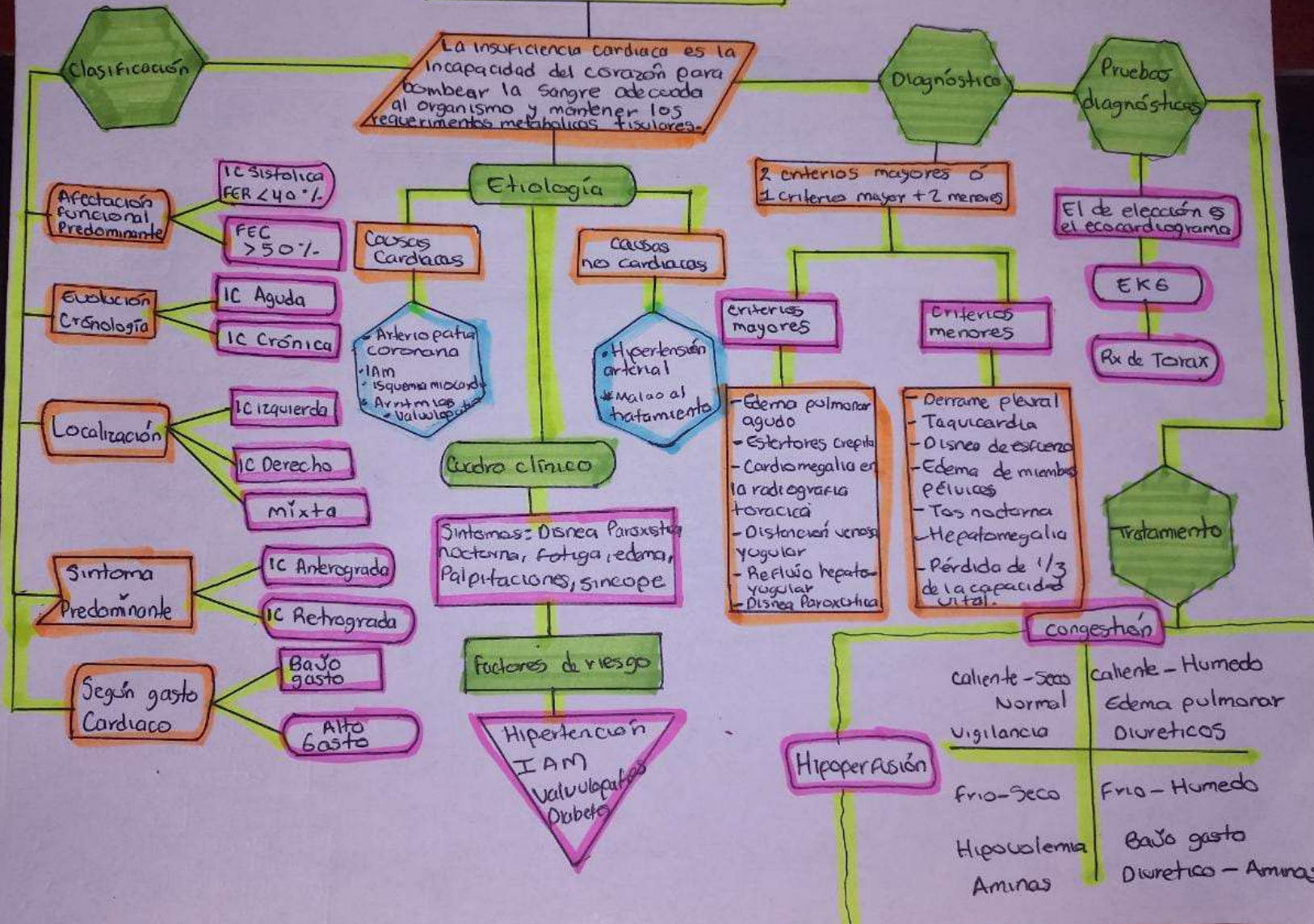
Posteriormente se puede añadir antihipertensivos por vía oral.

Tratamiento

- \*Labetalol y \*Nitroprusiato de sodio

# INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

La insuficiencia cardiaca es la incapacidad del corazón para bombear la sangre adecuada al organismo y mantener los requerimientos metabólicos tisulares.



## Clasificación

Afectación funcional Predominante

- IC sistólica FER < 40%
- FEC > 50%

Evolución Crónología

- IC Aguda
- IC Crónica

Localización

- IC izquierda
- IC Derecho
- Mixta

Sintoma Predominante

- IC Anterograda
- IC Retrograda

Según gasto Cardíaco

- Bajo gasto
- Alto Gasto

## Etiología

Causas Cardíacas

- Arteriopatía coronaria
- IAM
- Isquemia miocárdica
- Arritmias
- Valvulopatías

Causas no Cardíacas

- Hipertensión arterial
- Mal uso al tratamiento

## Cuadro clínico

Síntomas: Disnea Paroxística nocturna, fatiga, edema, Palpitaciones, síncope

## Factores de riesgo

- Hipertensión
- IAM
- Valvulopatías
- Diabets

## Diagnóstico

2 criterios mayores o 1 criterio mayor + 2 menores

criterios mayores

- Edema pulmonar agudo
- Estertores crepitantes
- Cardiomegalia en la radiografía torácica
- Distensión venosa yugular
- Reflujo hepato-yugular
- Disnea Paroxística

criterios menores

- Derrame pleural
- Taquicardia
- Disnea de esfuerzo
- Edema de miembros pélvicos
- Tos nocturna
- Hepatomegalia
- Pérdida de 1/3 de la capacidad vital

## Pruebas diagnósticas

EI de elección es el ecocardiograma

EKG

Rx de Torax

## Tratamiento

### congestión

caliente - Seco	caliente - Humedo
Normal	Edema pulmonar
vigilancia	Diureticos
frio - Seco	frio - Humedo
Hipovolemia	Bajo gasto
Aminas	Diuretico - Aminas

### Hipoperfusión

# TAQUIARRITMIAS Y BRADIARRITMIAS

Bradicardia:  $\leq 60$  lpm en adultos  
 Taquicardia:  $> 100$  lpm requiere valoración urgente

- Factores de riesgo**
- Edad avanzada
  - PA elevada
  - Fumador
  - Consumo de alcohol
  - Estrés, ansiedad

- Etiología**
- Proceso degenerativo
  - Daño cardíaco
  - Miocarditis
  - Hipotiroidismo
  - Fármacos antiarrítmicos

- Cuadro clínico**
- Dolor de pecho
  - Confusión
  - Vertigo / aturdimiento
  - Síncope
  - Disnea
  - Fatiga
  - Cansancio

- Factores de riesgo**
- HIAS
  - Alcoholismo
  - Diabetes
  - Hipotiroidismo
  - Enfermedad coronaria
  - Tabaco
  - Fármacos antiarrítmicos

- Clasificación**
- Presencia de onda P
- Si**
    - Siguen siempre en QRS
    - Bradicardia sinusal
    - Arritmia Sinusal
    - Enfermedad del Seno Venoso
  - No**
    - QRS rítmicos
    - QRS anormales
    - BAV grado 2
    - Benigna:
      - onda P bloqueada
      - PR normal
      - asintomática
    - Retraso o bloqueo Ier grado: No reconocerla en ECG
    - 2º grado: Abortamiento de P-P moritz 2 tipos
      - II = ausencia de intervalo entre P-P

- Diagnóstico**
- ECG debe describirse en todo paciente que presente síntomas como síncope de repetición

- Diagnóstico**
- Bloqueo sino auricular
  - Bradicardia sinusal
  - Bradicardia - taquicardia

- Diagnóstico**
- Bloqueo AV
  - 1er grado: prolongación del PR
  - 2º grado: Sin QRS
  - 3er grado: falta cardíaca

## Taquiarritmias

### Cuadro clínico

- Dolor torácico / sibilos
- Agitación
- Palpitaciones
- Síncope
- Pálidez
- Disnea

### Clasificación

- Taquicardia sinusal:
- onda +
  - Fisiológica
  - Estados patológicos
  - Inapropiada

- Taquicardia Ventricular:
- No hay onda P
  - QRS ancho
  - Valorar pulso

- Taquicardia supraventricular:
- No hay onda P
  - QRS angosto
  - Bajo gasto cardíaco

- Taquicardia Sinusoidal:
- onda P dentada

- Fibrilación ventricular:
- Ausencia de onda P
  - Ritmo Cash sin QRS

- Fibrilación auricular:
- Sin onda P
  - Ritmo lento irregular, etc

### Tratamiento

- Antiarrítmicos  
 RCP  $\rightarrow$  Sinusal

- Estable Tx
- marcapasos
  - Adenosina
  - Inestable
  - Cardioversión

- Verapamilo  
 Amiodarona  
 B-Blockeadores

- RCP  
 Antiarrítmicos  
 Procainamida (20-50 mg)

- Antiarrítmicos  
 Antiagregantes

### Diagnósticos

- ECG Es importante considerar el ancho del QRS
- Vías  $< 2$  años = QRS  $\rightarrow$  de 40 a 60 cm
- Anchos  $> 2$  años = 40 y 80 cm

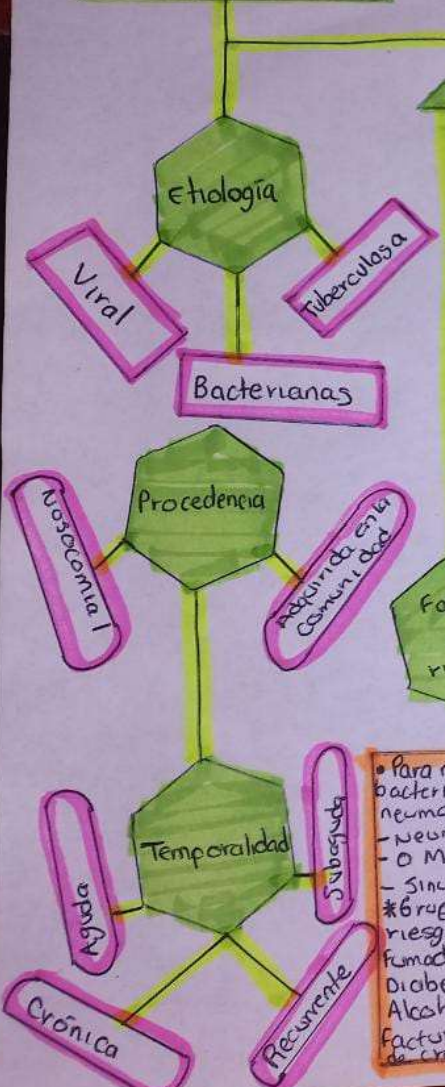
- Vía aérea permeable  
 ventilación  
 oxígeno  
 ECG  
 Amíac  
 marcapasos

### Tratamiento

- 1er grado: prolongación del PR
- 2º grado: Sin QRS
- 3er grado: falta cardíaca

# MENINGITIS NEUROINFECCION

## Clasificación



ES Un proceso inflamatorio de la aracnoideas y el LCR, lo que implica una inflamación de la leptomeninge y el tejido neural subyacente

La Meningitis es una urgencia médica

## cuadro clínico

- \* Neonatos: Fiebre o hipotermia, rechazo de tomas, decaimiento, quejido, cianosis, apnea
- \* Lactantes: Fiebre sin foco, hipotermia, decaimiento, letargia, rechazo de tomas, irritabilidad, ictericia, convulsiones.
- \* Escolares: fiebre, cefalea, fotofobia, vómitos, irritabilidad, rigidez de nuca, signos men.

## Métodos diagnósticos

### Pruebas analíticas

- Para meningitis bacteriana por neumococo:
  - Neumonía
  - OMA
  - Sinusitis aguda
  - \* Grupo de mayor riesgo:
    - Fumadores
    - Diabéticos
    - Alcohólicos
    - Fractura de base de cráneo
- Analítica Sanguínea
- Punción lumbar

### Pruebas de Imagen

- Tomografía computarizada Cerebral
- Valorar ecografía transfontanelar

## Triada

- Signos
- Fiebre
  - Rigidez de nuca
  - Alteración de la conciencia

- Kerning
- Brudzinski

## Tratamiento

- Meningitis Viral
- Neonatos = Aciclovir 60 mg/kg/día
  - Adolescentes = Aciclovir 30 mg/kg/día

- Meningitis Bacteriana
- Ceftriaxona 50 mg/kg/12 hrs
  - Cefotaxima 50 mg/kg/6 hrs
  - Vancomicina 15 mg/kg/6 hrs
  - Cefepime 50 mg/kg/8 hrs
  - Ampicilina 75 mg/kg/6 hrs

- Tx Corticoideo
- Dexametasona IV a 0.5 mg/kg/6hs

- Meningitis Tuberculosa
- \* Isoniacida = 300 mg/día
  - 10-20 mg/kg/24 hrs
  - \* Rifampicina 10-20 mg/kg/24 hrs Dosis máxima 600mg
  - \* Pirazinamida = 20-40 mg/kg/24 hrs Dosis máxima 2 g/día

# ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

## Escala de NIHSS

- Conciencia
- Infracción
- Campos visuales
- Parálisis facial
- Fuerza de empuje
- Ataxia
- Sensibilidad
- Lengua
- Bipedismo

Es una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente.

## Factores de riesgo

- No modificables:
- edad avanzada
  - Sexo masculino
- Modificables:
- HAs, DM, tabaco
  - alcohol, valvulopatías
  - obesidad

## Estudios Complementarios

- TAC
- RM
- EKG

## Clasificación

### Isquémico

- Estable
- Transitorio

### Hemorrágico

## Cuadro clínico

- Síntomas rápidos
- Cefalea
- Disminución del nivel de conciencia

## Cuadro Clínico

### Aterotrombótico

### Cardioembólico

### Lacunar

### Inhabitual

- Síntomas gradualmente
- Cefalea
- Disminución de la fuerza muscular (debilidad)
- Alteración del habla
- Desviación en la comisura labial

## Diagnóstico

TAC

Terapias de reperfusión aguda

Fibrinólisis intravenosa  
Trombectomía mecánica

## Tratamiento

Hemorragia intraparenquimatosa

Hemorragia intraventricular

Hemorragia subaracnóidea

## Tratamiento

Control de PA  
- Mediante fármacos IV en bolo  
- Hipotensores (labetalol, urapidilo o nicardipina)

## Diagnóstico

Lo primero a realizar es una anamnesis completa  
• auscultación pulmonar

## Escala de NIHSS

- Acenocumarol
- Dabigatran
- Apixabán
- Heparina

El objetivo es disminuir la PAS por debajo de 140 mmHg

# TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

Se define como cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica

## Cuadro clínico

- Cefalea
- Desorientación
- Convulsiones
- Rigidez en cuello
- Náuseas
- Equimosis
- Hematoma
- Fractura

## Clasificación del riesgo en TEC

- Leve
- Moderado
- Severo

## Métodos diagnósticos

- Clínico (Glasgow)
- TAC

## Principales causas

- Accidentes de tránsito
- Accidentes laborales o domésticos
- Prácticas de deportes de riesgo
- Errecipitaciones

## Tratamiento

- Líquidos intravenosos
- Corrección de la anticoagulación
- manitol 20 gr de manitol por 100 ml de solución salina hipertónica
- Solución salina hipertónica

- Barbitúricos: No utilizar en pacientes con hipovolemia
- Anticonvulsivantes: Fenitoína y fosfenitoína

## Clasificación

### Severidad de la lesión

La escala de coma de Glasgow se utiliza como una medida objetiva de la severidad de la lesión craneoencefálica.

- \* Leve = 14-15
- \* Moderado = 13-9
- \* Severo = < 8 → Manejo de la vía aérea

### Morfología de las lesiones

Puede incluir fracturas de cráneo y lesiones intracraneales como contusiones, hematomas y lesiones difusas.

Fracturas de cráneo  
• Pueden ocurrir en la bóveda o en la base del cráneo.  
• Abiertas o cerradas

- ### Signos clínicos
- Equimosis periorbitaria y retroauricular
  - Rinorrea
  - Otorrea

Lesiones intracraneales  
• Lesiones craneoencefálicas difusas y focales (epidurales, subdural)  
• Epidurales son infrecuentes y subdural son más comunes

- Pifosas
- Focales

Consecuencia de una afección hipóxica

Hematomas epidurales, subdurales, contusiones

## Porso fisiopatología

Es aquella que se produce por el impacto directo, desencadenando de fenómenos bioquímicos.

## Factores de riesgo

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

## Cuidados en el paciente neurocráneo

### 5 host cap

- Glucosa: 80-180 mg
- oxígeno: 94-98%
- Temperatura: < 38°C
- Prism: > 80 mmHg
- Hg: > 7gr/dl

- Sodio: 135-145 mEq
- Concentración



## FUENTES DE INFORMACION

Guillen; C. (2018). Manual de urgencias. Recuperado de [Manual-de-urgencias-3ed-Bibiano.pdf](#)

s.a. (2009). Guías para manejo de urgencias. Recuperado de [UrgenciasGuiaMPS2009\\_1\\_DocNewsNo19038DocumentNo10949.pdf](#)

Jiménez; A. (2021). Manual de Protocolos y Actuación en URGENCIAS. Recuperado de [manual\\_de\\_urgencias2021.pdf](#)

Hospital universitario de Toledo (2021). Manual de protocolos y actuación en urgencias.

Bibiano; C. (2018). Manual de urgencias.

ATLS 10a edición manual en español. Recuperado de <https://enarm.com.mx/catalogo/3.pdf>