



Nombre del alumno:

Yessica Guzmán Sántiz

Nombre del profesor:

Dr. Romeo Suárez Martínez

Nombre del trabajo:

RESÚMENES

Materia:

Urgencias médicas

Grado:

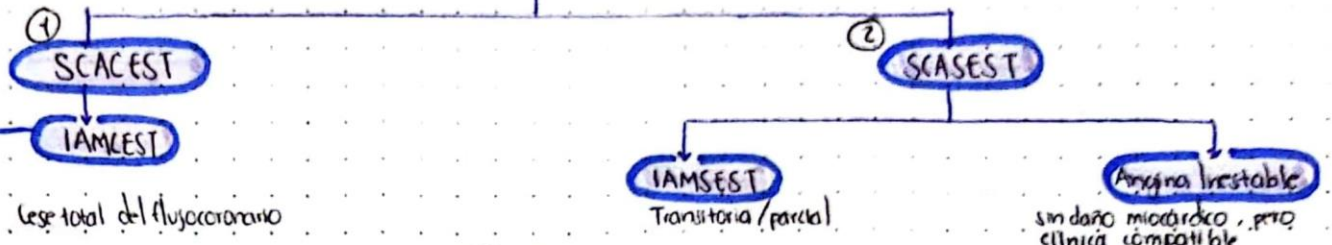
8°A

SINDROMES Coronarios

Jessica, Guzmán, Santiz

Desajuste entre los requerimientos de O₂ del miocardio y su aporte

- IAM I: Rotura y formación de trombo sobre placa preexistente
- IAM II: DM + datos de isquemia
- IAM III: SS de isquemia que falleren antes de extracción de Tn
- IAM IV: Rel. con el intervencionismo coronario
- IAM V: Rel. con la cx revascularizada



- Oclusión →
- ↑ segmento ST →
- Biomarcadores →

Lesión total del flujo coronario

✓ en punto J en al menos 2 derivaciones contiguas

> 2mm (H) > 1.5mm (M) en V₂-V₃

cambios en onda T (rara temprana)



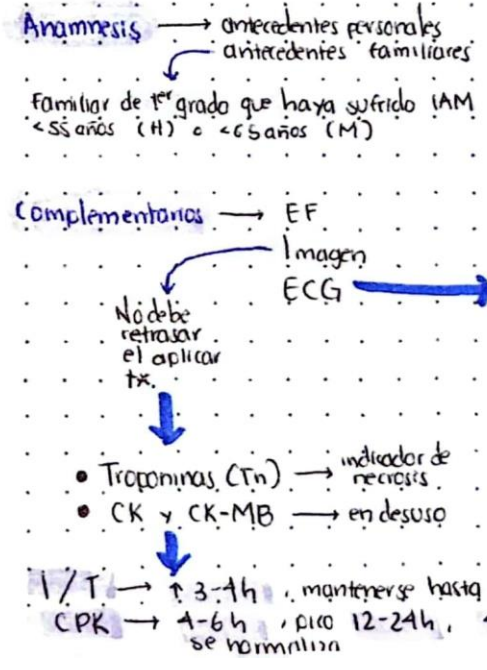
ETIOLOGIA

- ↓ de la perfusión miocárdica
- ↑ de la demanda de O₂
- Condiciones cardíacas
- // sistémicas → ERC, sepsis, TEP

CLINICA



DIAGNÓSTICO



- IAMCEST** → Supradesnivel del ST > 1mm en 2 o + derivaciones contiguas
- V₂-V₃ → > 2.5mm H < 40a, > 2mm H > 45a, > 1.5mm M
- IAMSEST** → Infradesnivel del ST > 1mm en 2 o +
- Inversión de onda T
- Ausencia de cambios ECG

Crisis hipertensiva

PAS > 180 y/o PAD > 120 mmHg, se clasifica en:

urgencia

emergencia 

¿ DOB?

↓
corazón
cerebro
riñón
oídos

Tratamiento
y manejo

NO
↓

oral
Ambulatorio 24-48h

SI
↓

IV
Intrahospitalario

- HTA maligna cerebrovascular → encefalopatía HTA, ictus, hemorragia
- cardiovascular → disección aórtica, IV, IAM, EAP
- Renal → glomerulonefritis aguda
- Exceso de catecolaminas
- Eclampsia
- Otros → quirúrgicos, BTP, quemaduras graves

excelente objetivo

- PA < 160/110 mmHg
- corrección factores desencadenantes
- Reintroducir tx (abandono)
- persiste → titulación / agregar otro

- < rápida y gradual hasta 25% en la 1h después de manera progresiva
- iniciar IV; después se puede VO
- Ajustar al tipo de lesión

IECA/ARAII
BCC
diurético

captopril 25-50mg
Amlodipino 5-10mg
furosemide 40mg



DIAGNÓSTICO

HC + EF
Dx previo de HTA
cifras de TA

indagar antecedentes y dieta

complementarios
BH, reog.
QS
EKG
Radiografía
TC

Caro agudo en órgano diana

 depende del órgano dañado

daños

| Encefalopatía | ACV | ICC | Cardiopatía Isq. | Disección aórtica | HTA maligna | Renal |
|--|--|----------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|----------------------------------|
| Letargo neurológico agudo cefalea Náusea - vómito confusión | HTA principal FR | — | — | Dolor lancinante focalidad neurológ. Isquemia | HTA + retinopatía | HTA maligna + deterioro renal |
| devenir PA < 20% o PAD 110 mmHg | No ↓ PA suspender tx hipertensor | — | ↓ gradual llegar a 100 mmHg | PAS 100-120 mmHg + < FC | no superar dism. del 25% | |
| vasodilatador o labetalol | labetalol nirardipino | Nitrato diurético | Nitroglicerina o labetalol | 1: labetalol 2: vasodilatador | | |

IMP. → pedir todo a pte que se desconocia HTA previa

Paciente embarazada con \uparrow PA $> 140/90$ mmHg

HTA Gestacional
TA (mmHg) $> 140/90$

< 20SDG
HTA crónica

con DOB
sin DOB

Preeclampsia
 $> 140/90$
 $> 160/110$ (DOB)

Característica sin proteinuria

Con proteinuria
(> 300 mg/di 24h)

> 20SDG
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo

Eclampsia

Síntomas Neurológicos
 \downarrow
convulsiones

Sx de HELLP

H embolia
EL elevación enzimas hepáticas
LP $<$ plaquetas
puede ser total/completo o
incompleto/parcial

\downarrow
según Martin (Mississippi)
o Tenesse

Fármacos

| Fármaco | dosis VO | dosis IV |
|------------------------|---|---------------------------|
| α -metildopa | 250-500mg c/8h | |
| Labetalol | 100-400mg | 20-40mg en bolo |
| Nifedipino | 20-60mg c/24h | |
| Hidralazina | 25-50mg c/6h | 5-10mg en bolo 0.5mg/h |
| Sulfato de Mg (Zuspan) | 4g inicial c/10-15m 1g mantenimiento | |

profilaxis

AAS 150 o 80mg
Suplemento de Ca 1.5-2g

Descompensada

Definición IC Sx clínico compuesto por una serie de síntomas, clásicos y signos típicos →

- Disnea
- Ortopnea
- Astenia
- Presión venosa >
- Crepitantes pulmonares
- Astenia
- Edema en MI

CLASIFICACIONES

FEV1 (fracción de eyección del ventrículo Izq.)

| | |
|--|---|
| Falla cardíaca con FEV1 reducida | FEV1 ≤ 40% |
| Falla cardíaca con FEV1 mejorada | FEV1 previa ≤ 40% y una medición de seguimiento superior a FEV1 40% |
| Falla cardíaca con FEV1 ligeramente reducida | FEV1 41-49% |
| Falla cardíaca con FEV1 conservada | FEV1 ≥ 50% |

NYHA

| | |
|------------------|---|
| clase I | enfermedad pero sin síntomas ni limitación de act. física normal |
| clase II | limitación leve de act. física. Resulta en fatiga, palpitación, odinnea |
| clase III | limitación marcada de la act. física. Cómodos solo en reposo |
| clase IV | incapacidad para llevar a cabo cualquier act. física sin incomodidad/síntomas, en reposo. |

Perfil hemodinámico

| | | | |
|----------------|---------------|-----------------|---|
| | | congestión | |
| hiperperfusión | seco caliente | húmedo caliente | a |
| | seco frío | húmedo frío | c |
| hipoperfusión | | | b |

ICA o descompensada

Inicio súbito y agudo de síntomas

↓ lleva a

IC crónica descompensada

IC de largo tiempo de evolución han progresado en < 1 m

Factores desencadenantes:

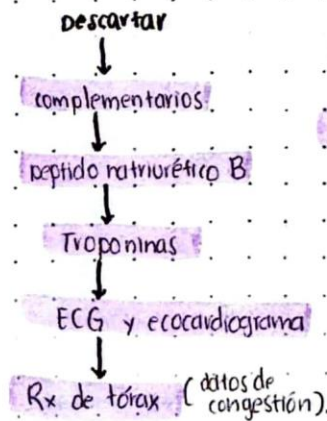
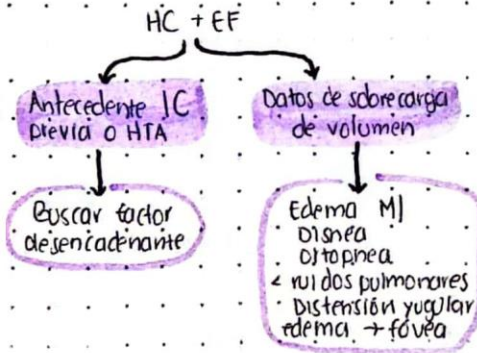
- HTA mal controlada
- Infecciones
- Arr. del ritmo cardíaco
- Falta de adherencia al tx

SCHAMP
 S: emergencia hipertensiva
 H: arritmias causas ecéntricas agudas.
 A: TE
 M: infecciones
 P: infecciones

según PAS

- ICA hipertensiva > 140 mmHg
- ICA norma " 90-140
- ICA hipo " < 90

DIAGNÓSTICO ICAD



TRATAMIENTO

mejora congestión e hiperperfusión

Farmacológico

- vasodilatador: nitroglicerina SL 0.4 mg c/s min, nitroglicerina IV, furosemida IV 20-80 mg, Norepinefrina

No farmacológica

- A B C D E
- monitorización
- oxigenoterapia
- cambio de posición (45°)

Tras estabilización las tras 24h

iniciar dosis bajas de IECA / ARAII

CHOQUE CARDIOGÉNICO

Yessica Guzmán S.

ECG (10s) 10 min si hay dolor torácico
 onda P ritmo FC Eje. → DI y aVF

arritmias

Taquiarritmias - bradiarritmias
 Modificación de la FC y/o regularidad del ritmo sinusal.

Ritmo sinusal

- P - QRS - T
- PR - regular
- FC 60-100 lpm
- P+ en DI, DII, aVF

siempre cumple con esto: arritmia

TAQUIARRITMIAS

FC > 100 lpm

FC

BRADIARRITMIAS

FC < 60 lpm

siempre tiene origen SV

estrecho

QRS

ancho

(+ frecuentes ritmo de paro)

Bradicardia sinusal

FARVI

Enf. del nodo sinusal

Bloqueos AV

inmóvil se transmite con retraso o no se transmite

PR normal < 0.20

Taquicardia sinusal

Taquicardia auricular

Flutter auricular

FA

Taquic. SV

Taquicardia Ventricular

Fibrilación Ventricular

Ritmo sinusal + FC ↓

Mismo que la FA + FC ↓

Pausa sinusal

1er grado alargamiento del PR

Ritmo sinusal + FC ↑

ondas P distintas a las sinusales

ondas F

QRS

> 150 lpm

monomorfa o polimorfa

Parada cardíaca múltiples focos ondas irregulares

fisiológico en reposo o el sueño en jóvenes y deportistas (BAV r'g)

Nodo claudica por unos seg. y recupera su act. normal

2do grado - Mobitz I

Fisiológico o patológico

Infecciones Fármacos Alcohol Idiopático

Cardiopatía estructural

Sx. del seno enfermo

IAM cardiopatías Alt. HE Idiopática

Cx cardíaca miocardiopata HTA Edad Alcohol Traumatismo

causas intrínsecas

- proceso degenerativo

- Miocardiopata

- Cx cardíaca previa

- Infecciones

- Hipertonía vagal

causas extrínsecas

- Antiarrítmicos (CBB / BCC ...)

- Psicofármacos

- Alt. HE

- Traumatismo

Alargamiento progresivo del PR

Una se bloquea una P que no conduce

3er grado Disociación AV (P y QRS)

Ta Tratar enf. basal

TA Tratar causa

FA Valorar riesgo embólico

Riesgo ↑ de trombo embolia

Estable masaje carotídeo

Antiarritmicos (pulso estable)

Amiodarona 150mg

Procainamida 20-50mg

Lidocaina

pulso/inestable → CVE

RCP

DESTIBRILAR AMBOS

sin pulso

Bradiarritmia gra Tx. Asintomáticas

Puede dejarse sin tx considerar

Sintomática

1- Atropina

1mg bolo IV 1/3-5min

Máx. 3mg

2- Dopamina

(5-20mg/kg/min)

3- Marcopapas

(cuando no responde a tx farmacológ.)

TC Parches

transvenoso

(temporales)

Taquicardia: BB BCC

inestable CVE

estable Adenosina IV

< 18h de evol. CVE

CVE

> 18h Anticoag. CVE

Estable CVE

CVE

Inestable CVE

No resp. CVF

adenosina IV 1ro 6mg 2do 12mg

Inestable CVE

FA Taquarrit. Tratamiento

Valorar riesgo embólico

< 18h de evol. CVE

CVE

> 18h Anticoag. CVE

Riesgo ↑ de trombo embolia

Estable CVE

CVE

Inestable CVE

Estable masaje carotídeo

No resp. CVF

adenosina IV 1ro 6mg 2do 12mg

Inestable CVE

Estable masaje carotídeo

No resp. CVF

adenosina IV 1ro 6mg 2do 12mg

Inestable CVE

meningitis

Definiciones. **Sx meningeo** proceso irritativo de las leptomeninges caracterizado por →
 Febre
 Cefalea
 Náuseas / vómitos
 Alt. estado de consciencia
 Rigidez de nuca.

Meningitis inflamación en las meninges y el espacio subaracnoidea causado por un m.o.

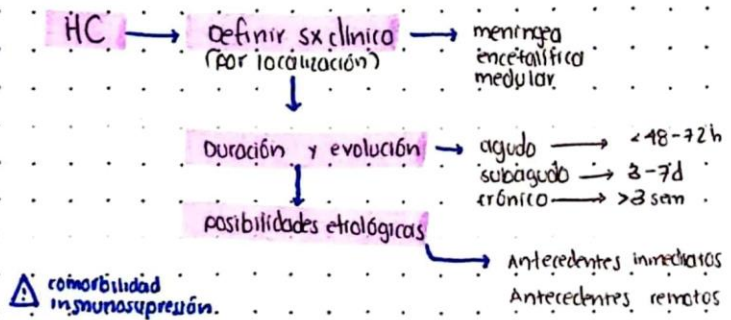
meningitis aguda

Triada febre cefalea signos meníngicos.

Bacteriana URGENCIA tiempo dependiente NO demorar en iniciar tx ATB > 1h

viral evolución benigna se cura en semana

valoración



Exploración neurológica

Rigidez de nuca + Signos meníngicos →

- 1- Signo de Kerning**
 Flexión de cadera y rodilla a 90° al extender hay dolor
- 2- Signo de Brudzinski**
 Al flexionar cuello flexiona piernas de forma refleja.

su ausencia NO descarta el dx

M.A. Bacteriana

M.A. Viral

| | | |
|----------------------|--|--|
| CC | Febre alta Palidez o cianosis de piel Mialgias intensas Aparición de signos meníngicos 8-12h | Misma sintomatología Frecuente en niños / jóvenes Enterovirus: erupción |
| Dx adicional | Sino ^{hay} contraindicaciones PL PL con TC previa BH → leucocitos, neutropenia, plaquetas Coag → descartar coagulopatía procalcitonina → > 0.25 g/l cultivo Rx tórax, senos paranasales | + común Enterovirus → Coxsackie A y B Arbovirus Herpes VHS-1 y 2, VZV, VEB Adenovirus Influenza parotiditis CMV Rubeola VIH |
| Tx de soporte | vigilar situación hemodinámica Hidratación control de febre y dolor. | Reposición hídrica Analgésia / antipiréticos |
| Tx específico | ATB inmediato (30-60 min de estancia) Esteroides → dexametasona 0mg en 6h por 3 días | Si hay meningococcalitis por VHS → aciclovir |

LCR

| | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------|-------------|-----------------|
| Normal | 5-20 mmH ₂ O | Claro agui de cocas | < 5 mm Cel. | 15-45 prot. | > 50 ml glucosa |
| MAB | ↑ | Turbio | 100-10 mil | 100- mil | ↓↓ |
| MAY | N-↑ | Claro | < 300 mm | 90-100 | N |
| Meningitis TB | ↑ | opalescente | 50-300 mm | 60-700 | ↓ |
| " fúngica | ↑ | " | 50-500 mm | 100-700 | ↓ |
| Hemorragia SA | ↑ | claro/turbio y atípicas | 20-300 mm | 60-200 | ↓ |
| M. carcinomatoso | ↑ | hemático | hemáties | 50- mil | N o ↓ |

perulento. pleocitosis + cel. PMN
 perfil linfocitario + cel. PMN glucoproteína normal

Tratamiento

meningitis bacteriana

CEFTRIAJXONA

Edad

18-50a

M.O. + frecuentes

- S. pneumoniae
- N. Meningitidis
- H. Influenzae tipo B

Tx empirico

- Ceftriaxona 2g / 12h
- Cefotaxima 2g / 4-6h

> 50a

- S. pneumoniae
- N. Meningitidis
- L. monocytogenes
- H. Influenzae
- Enterobacteriina

- Ceftriaxona
- Cefotaxima + vancomicina

Alergia a penicilina

- cloranfenicol 1g / 6h
- Aztreonam 2g / 8h + vancomicina 10-20mg / kg
- + Rifampicina o TMP/SMX

CONTRAINDICACION PL

- presencia coagulopatía INR > 1.5
- Trombocitopenia < 50 mil
- HT IC

- Enf. neurológica focal expansiva
- Infección local en lugar de punción

encefalitis

Inflamación del **encefalo** difusa o focal causada principalmente por virus, hay afección de diversas estructuras del **parénquima**.

Meningoencefalitis → afección de meninges + afección encefálica

Etiología → causa viral es lo más frecuente **VHS-1** → riesgo de encefalitis herpética (secundario a reactivación)

• Encefalitis posvacunal o posinfecciosa → VVZ
(3 semanas posteriores) SRP
VEB

• Inmunesuprimidos y VIH
↓ TB ↓ Toxoplasma

VALORACIÓN puede confundirse con un cuadro psiquiátrico

• Antecedentes → Infección viral / catarro
tx con inmunosupresores
vacunación
viajes / animales

• Exploración neurológica

• Manifestaciones clínicas → síntomas respiratorios
FEBRE persistente
Alt. de la consciencia y lenguaje
Alt. del comportamiento
Alt. de la personalidad
Cefalea con / sin vómitos
Crisis comitales
Ataxia / Hemiparesia / Alucinación

cuadro agudo - subagudo

Adicional → TC craneal
RM "
PL "

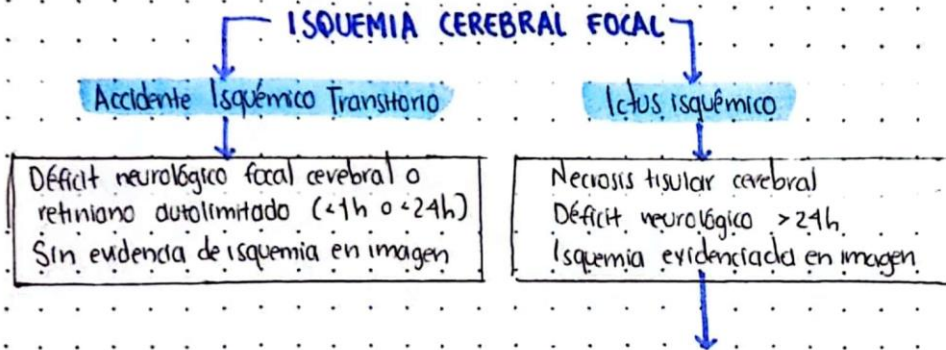
Tratamiento **INMEDIATO** aciclovir IV 10mg / kg. 14-21d

sobreinfección bacteriana → ampicilina + doxiciclina

accidente cerebrovascular (ICTUS)

Definición Alteración transitoria o definitiva del funcionamiento de una o más partes del SNC.
Alteración de la circulación cerebral.

Clasificación
1. Isquémico (85%) → Déficit sanguíneo por oclusión de vaso
2. Hemorrágico (15%) → Ruptura de un vaso y extravasación



1ra causa de muerte en mujeres
2da causa de muerte en hombres

ICTUS HEMORRÁGICO

Extravasación de sangre dentro del parénquima cerebral por ruptura de un vaso sanguíneo, ya sea arterial o venoso

1. Hemorragia intraparenquimatosa
2. " Intraventricular
3. " Subaracnoidea

| Tipo | Aterotrombótico | Cardiogénico | Lacunar | Hemodinámico | De causa habitual | De causa indeterminada |
|-----------------------------|---|---|---|---|--|---|
| Relación | Aterosclerosis de arterias grandes | Enfermedades del corazón: FA / Flutter A. Estenosis mitral Mio/endocarditis Tumores | 5 síndromes lacunares: • Motor puro • Sensitivo puro • Sensitivo motor • Ataxia • Disartria - mano torpe | determinado por shock mantenido | Ts sistémico: conectivopatía infección Neoplasia Alt. metabólica | FA controlada Neoplasias crónicas fuentes de cardiopatología menor Ateromatosis en arco aórtico. |
| Tamaño del infarto | M-G | M-G | | Isquemia simétrica en ambos hemisferios | Cualquier tamaño | Ausencia de etiología tras estudio completo |
| Nivel y localización | cortical o subcortical carotídea o vertebro-basilar | Cortical | | Aaber descartado causas anteriores | Cualquier localización | Coexistencia de causas |

TCE (Traumatismo craneoencefálico)

Definición A cualquier impacto ya sea directo o por aceleración - desaceleración que afecte a la región craneal produciendo daño físico o de alguna de sus estructuras.

80% Leve 10% Moderada 10% Grave.

Lesión + asociada → Hemorragia subaracnoidea (*ro)
 Hematoma subdural
 // epidural
 Contusiones cerebrales

⚠ + frecuente → Hombres < 15a, adolescentes y adultos jóvenes.
 Adultos > 75a.
Causa + frecuente → caídas
 Accidente de tráfico

Clasificación Importante valorar escala de coma de Glasgow

↓
TCE leve ECG 14-15 pts.
TCE moderado ECG 9-13 pts.
TCE grave ECG 3-8 pts.

Respuesta OCULAR

Parámetros

Puntos

Sin respuesta 1
 Al dolor 2
 A la orden 3
 Espontáneo 4

VERBAL

Sin respuesta 1
 Sonidos incomprensibles 2
 Palabras inapropiadas 3
 Desorientado 4
 Orientado y hablando 5

MOTOR

Sin respuesta 1
 Descerebración 2
 Decorticación 3
 Retira al dolor 4
 Localiza el dolor 5
 Obedece órdenes 6

EVALUACIÓN INICIAL

A B C D E

Síntomas → cefalea
 confusión
 anmesia / pérdida del eco de conciencia

HC → antecedentes personales
 circunstancias del traumatismo
 Exploración neurológica

Datos de fractura de base de cráneo → Ojos de mapache
 Rinoliquorrea
 Otorragia
 Hematoma retroauricular