



Nombre del Alumno: Maricruz Elizama Méndez Pérez

Parcial: 2do

Nombre de la Materia: Urgencias Medicas

Nombre del profesor: Dr. Romeo Suarez Martínez

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: Octavo

SICA

Forma más severa de presentación de la cardiopatía isquémica, en desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdica de oxígeno

Angina inestable + frecuente de nuevo subtipo infarto agudo de miocardio

Fisiopatología

Erosión rotura de una placa ateromatosa coronaria

Formación de un trombo

con o sin embolización distal

consecuente de esto

se lleva a una

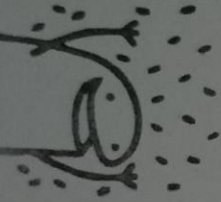
obstrucción brusca, total, o subtotal del flujo coronario

Criterios clínicos

A: Dolor →

- Forma de inicio
 - Intensidad
 - Duración
 - Respuesta a NTG sublingual
 - Factores desencadenantes
 - Formas atípicas
- B: Fx riesgo cardiovascular Antecedentes
- C: Factores

EXERCITESE



Formas clínicas

SCA sin elevación del ST

- Obstrucción subtotal de la luz coronaria
- Objetivo terapéutico: estabilización de la placa de ateroma
- Estratificación precoz del riesgo coronario

SCA con elevación del ST

- Obstrucción total de la luz coronaria
- Objetivo terapéutico: reperusión inmediata (fibrinolisis farmacológica)
- Requiere diagnóstico en UCI
- Dx clínica compatible + cambios en ECG (ST) + alta creatinemia

Biomarcadores → Troponina I y cTnT

Retleva necrosis al miocardio

Angina → ECG normal

Tratamiento

Manejo inicial → Monitorización ECG + oxigenoterapia satO₂ > 90%

Antiangoricos

- Nitratos → SL 0.4 mg/min + doble antiagregante

Aspirina → 100-300 mg

Aspirina → 25-100 mg

Anticoagulación

Enoxaparina 0.5 mg/kg IV

→ 75 a → Bolo de 30 mg

→ 75 a → 0.75 mg/kg

Angina inestable → Dx clínica compatible

Fipo → A. Inicial de reciente comienzo

A. progresiva

A. prolongada

A. variable o difusiva

A. postinfarto

A. de reposo

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

+ Posibles cambios en ECG con elevación del ST + alteraciones enzimáticas

Crisis Hipertensiva

Elevación de la TAD por encima de 120-130 mmHg. TAS > 180

- Urgencia hipertensiva → Sin lesión en órganos diana
- Emergencia hipertensiva → Elevación brusca de las cifras de TA con repercusión en órganos diana

Clinica Urgencia

- Mayoría asintomático
- Dolor torácico
- Disnea
- Deficit neurológico
- Cefalea
- Tareo

Diagnostico

- Historia clínica
- Expiración física
- Pruebas complementarias → TA
- ECG, Hemograma, Gasolación, GAB, BH, EKA, TC

Tratamiento

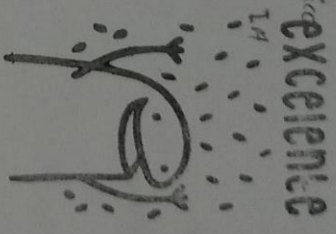
- Labetalol 25-50 mg
- Arbolpino 5-10 mg
- Furosemida 40 mg

Clinica Emergencia

- Encefalopatía
- Hemorragia cerebral
- Infarto cerebral

Traumatismo craneo-encefalica

- Insuficiencia vascular
- IAM
- Trastornos renales
- Eclampsia



Tipo

Encefalopatía

EITA maligna

IAM

Eclampsia

Indicado

- Nitroglicerato, Enalapril, Urapidil
- Labetalol, Nicardipino
- Nitroglicerato, Nicardipino, Zolbetolol, Urapidil
- Nitroglicerina + Furosemida
- Enalapril, Nitroglicerato
- Hydralazina, Labetalol
- Metildopa, Nicardipino
- Contraindicado
- Eclampsia
- Metildopa
- Eclampsia
- Metildopa
- Hydralazina
- Diazóxido
- Nitroglicerato
- Diazóxido, Enalapril

Tx → Contraindicado

Labetalol

Principales clínicas

Crisis hipertensiva
Embarazo

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

< 20 SDG
HTA crónica

* HTA gestacional

TA mmHg $> 140/90$

Característica: Sin proteinuria

* Preeclampsia

TA mmHg $> 140/90$ sin daño a órgano diana
 $> 160/110 \rightarrow$ Daño a órgano diana

Característica: Con proteinuria (> 300 mg/dl 24h)

> 20 SDG

Enfermedad hipertensiva del embarazo

Eclampsia

- Síntomas neurológicos
- Convulsiones

Sx de HELLP

- Hemólisis
- Elevación enzimas hepáticas
- \downarrow plaquetas

Tatamiento

Farmacos

- A-metildopa -- 250-500 mg $q/8h$ VO
- Labetalol -- 100-400 mg VO
20-40 mg en bolo IV
- Nifedipino -- 20-60 mg $q/24h$ VO
- Hidralasina -- 25-50 mg $q/6h$ VO
5-10 mg en bolo - 0-5 mg/h IV
Kg inicial $\times 1/10$ - 5 min
1g mantenimiento
- Sulfato de Mg

Insuficiencia Cardíaca Descompensada

Síndrome clínico de situación de inicio súbito o progresión de los signos y síntomas de falla de bomba

IC crónica descompensada → Progresión de la enfermedad

Clasificación

Evolución → IC aguda

IC crónica descompensada (90%)
IC avanzada

Severidad → Forrester
NYHA

	Congestión		
Tibio	A	B	Tibio
Seco	d	c	Humedo
Frio			Frio
Seco			Humedo

Falla de perfusión en reposo

Signos y Síntomas de congestión

- Ortopenia
- Ingurgitación yugular
- Ascitis
- Edema
- Hepatomegalia

Signos y Síntomas

- Disnea de esfuerzo
- Ortopenia
- Disnea paroxística nocturna
- Edema
- Ingurgitación yugular
- Hepatomegalia

Diagnóstico

- Historia clínica
- Hipoperfusión
- Rx de tórax
- EKG
- Biomarcadores
- EcG
- Complementos
- Saturación
- Enzimas cardíacas
- BUN
- Hemograma
- GASA

Desencadenante

- Ingesta excesiva de sal
- Esfuerzo físico excesivo
- Bradiarritmias
- IAH
- HTA
- TER

Tratamiento

- Oxigenoterapia
 - Diuréticos
 - IECa
 - Betabloqueantes
 - AINEs
- Causas más comunes de descompensación
- Abandono de medicación
 - Infecciones

Evidencia de hipoperfusión

- Obnubilación
- Fallo multiorgánico
- Hipotensión
- Oliguria
- Extremidades frías

Arritmias

Modificación de la frecuencia o regularidad del ritmo sinusal

Bradibrardia FC < 60 lpm

Fisiológica en jóvenes y deportistas

- Arritmia sinusal
- Bloqueo SA ^{SUPRAVENTRICULAR}
- Paro sinusal
- Bradicardia sinusal
- Bloqueo AV (1, 2 y 3er grado)
- Ritmo de escape

Taquibrardia FC > 100 lpm

- T. de QRS estrecho (< 120 ms)
 - Regulares e irregulares
- T. de QRS ancho (> 120 ms)
 - Regulares e irregulares

*QRS estrecho regular

- Taquicardia sinusal
- Taquicardia auricular
- Taquicardia parietada SA
- Taquicardia parietada VA

*QRS estrecho irregular

- Fibrilación auricular
- Taquicardia auricular multifocal
- Flutter auricular

Lomones

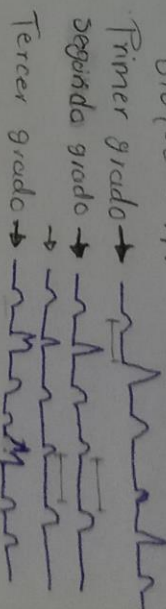
FC < 60 lpm

* Sinlomónicas → Atropina

- Bradicardia sinusal → Inferior a 60 lpm
- Paro sinusal
- Bloqueos AV (1, 2, 3) → 1º bloqueo en el conducto AV

- Sin Node sinusal → Impulso eléctrico

Bloqueos AV



Lomones

→ Palpitaciones * Síncope 4°C

FC > 100 lpm * Disnea * Angina * Asintomatismo

Causa

- Taquicardia sinusal, onda P, Rítmico
- Taquicardia auricular, onda P distinta, Rítmico
- Flutter auricular, No hay onda P, Rítmico
- Fibrilación auricular, No hay onda P, Arrítmico

Ventricular ancho

- Taquicardia ventricular, No onda P, Rítmico
- Fibrilación ventricular, No onda P, Arrítmico

Evaluación inicial

- ECG
- Oxígeno
- Identificar arritmia
- Estable
- Anamnesis física
- Exploración física
- ECG
- Quimiocardiograma
- SH

*ECG

- Onda P
- Ritmo → Intervalo RR
- FC → Regular: 150 / 300
- FC → Irregular: Número QRS en 30s.
- Eje

*QRS ancho regular

- Taquicardia ventricular
- Taquicardia SV
- Taquicardia medular por marcapaso RCP

*QRS ancho irregular

- Taquicardia ventricular
- Fibrilación ventricular

T meningitis

Bacteriana → Emergencia médica, neurológica y ocasionalmente neuroquirúrgica.

* Infección supurativa aguda localizada dentro del espacio subaracnoideo que se acompaña de una reacción inflamatoria del SNC

Etiología

- Neonatos → S. agalactiae, E. coli, listeria monocitogena
- Niños → Neisseria meningitidis, H. influenzae, S. pneumoniae
- Adolescentes y adultos → S. pneumoniae (66%), H. influenzae (20%), S. meningitidis (10%), L.M. (20%), N.H. (34%), H.1
- Rx inmunocomprometidos → S. pneumoniae, L.M., N.H., H.1
- Rx pasivoirgínicos → S. aureus

Fx → Inmunosupresión 16%
Sinusitis 25%
Neumonía 12%

TCE
Diagnos
Infecciones

Complementaria
- BAAR
- Hemograma
- PCR
- Tiempo de coagulación
- Hemocultivos
- Rx torax

Dx → Analisis LCR

Punción lumbar
Tinción de gram

Cuadro Clínico

- Fiebre 95%
- Rigidez de nuca 88%
- Alteración del estado mental 78%
- Tono
- Convulsiones (15-30%)
- Déficit neurológico focales (20-33%)
- * Kerning
- * Brudzinksky

Aseptica → In inflamación meningea

Causada → Enterovirus en 75-90%

- Hongos
- Espiroquetas
- Farmacos
- Enf. crónica inflamatoria
- Clínica → Fiebre, cefalea, náuseas, vómitos
- Falsafobia
- Rigidez de nuca

Diagnostico → HC

- LCR
- Cultivo
- PCR
- Pruebas serológicas
- Complementaria
- Hemograma
- PCH
- OS
- Electroлитicos
- TC

Tratamiento → Analgesicos

- Aciclovir 800 mg
- Antifiréticos
- Reposición hidroelectrolítica

TX → Profilaxis

- Anfibióticos
- cefalosporinas

Encefalitis Inflammation del sistema nervioso central, causada por una afección viral

Cuadro Clínico

- * Fiebre
- * Cefalea
- * Náuseas
- * Vómitos
- * Fotofobia
- * Deficit neurologico focal
- * Ataxia
- * Rigidez del cuello

Epidemiología

3.5 - 7 casos / 100000 Indidencia

Herpes virus

- * Picardos sabagudos
- * Sx psiquiátrico
- * Encefalitis del tronco cerebral

Virus del Nilo

- Síntomas tipo influenza
- Incubación (3-15 días)
- 15%

Encefalitis por virus

- * Varicela zoster
- * Virus de Epstein-Barr
- * Citomegalovirus
- Rash
- Linfadenopatías
- Hepatomegalia

Dx → BH + linfocito

Electrolitos séricos
Qs
Tomografía Computarizada

Tx → Estado de choque

- Aciclovir → 10-15 mg/kg c/8h
- Foscarnet → 40-60 mg/kg iv c/12h
- Dexametasona → 0.75-9 mg/día iv/om/vo

EVC

Alteración, transitoria o definitiva, en el funcionamiento de una o varias partes del sistema nervioso central, en relación con una alteración en la circulación cerebral.

Factores de riesgo

- Evento vascular Previo (EVC, IAM)
- Tabaquismo y alcoholismo
- Dislipidemia
- Ent. cardiovascular
- Hipertensión arterial

Manejo General

- Anamnesis
- Estabilización del paciente (A, B, C)
- Das vías periféricas
- EKG
- Rx de torax

EVC Isquémico

- Oclusión focal
- Difusa
- Mas frecuente 75-80%

Tipos → EVC Isquémico

(Infarto cerebral) 70%

① EVC Transitorio

(Infarto transitorio) 10%

Clinica → Déficit neurológico

> 60 min (Focalización > 24h)

② Deficit neurológico

< 60 min (Focalización > 24h)

Cuadro Clínico

A) Arteria cerebral anterior: hemiplejía

(piernas > brazos), abulia, incontinencia urinaria, aparición de reflejos primitivos.

B) Arteria cerebral media: hemiplejía (brazos y

cara > piernas), hemianestesia, afasia (hemisferio dominante) y ataxia-negligencia (hemisferio no dominante)

C) Arteria cerebral posterior: hemianopsia homónima, alxia sin agrafia, SX tálamicas con alteraciones de hemisensibilidad contralateral.

Ataque isquémico transitorio

- Episodio de déficit neurológico → ICTUS
- < 24 horas sin secuela
- Hemianopsia
- Estenosis carotídea

EVC Hemorrágico → Ruptura vascular

- Formación de un hematoma
- Hemorragia intraparenquimatosa,

→ Hipertensión → Trauma craneocefálico

Clinica → Crisis convulsivas, hemiplejía, náuseas, vómitos, coma

Hemorragia subaracnoidea.

- Ruptura de arterias cerebrales en el espacio subaracnoideo

Clinica → Cefalea severa, náuseas, vómitos, fotofobia, rigidez de nuca, coma

D) Vertebral: Sx de Wallenberg con

alteraciones sensitivas ipsilaterales en cara y contralaterales en brazos y piernas, ataxia, disartria, vértigo, ataxia

E) Basilar: At. parciales, cuadríplejía, coma, disfunción cerebelar, Sx de oclusión miélica

F) Cerebelar: Nistagmo ataxia, dismetria y disdiadococinesia