



**Mi Universidad**

CUADRO

*Nombre: Litzy Moreno Rojas*

*2do Parcial*

*Urgencias Médicas*

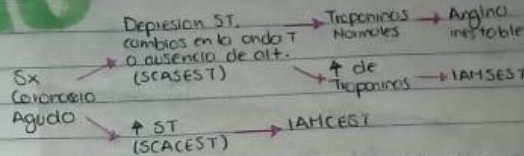
*Dr. Romeo Suarez Martínez*

*Medicina Humana*

*8o semestre*

# Sx Coronario Agudo

Los Sx coronarios se deben a un desequilibrio entre los requerimientos de O<sub>2</sub> del miocardio y su aporte,



## Etiología

- ↓ perfusión ~~miocárdica~~ (aterosclerosis coronaria, espasmo coronario, embolia coronaria, dissección coronaria, bradiaritmia sostenida).
- ↑ demanda O<sub>2</sub> (taquiarritmia sostenida, hipertermia, hipertiroidismo)
- Condiciones cardíacas (insuficiencia cardíaca, miocarditis, Sx de tako-tsubo)
- Condiciones sistémicas (enf. renal crónica, sepsis, embolia pulmonar).

Infarto agudo al miocardio se define por la presencia de

daño miocárdico agudo junto con evidencia clínica de isquemia aguda (detección de ↑ ↓ de Taponinas Cardíacas (Tn).

## Dx:

- ✓ Anamnesis: Síntoma guía en el SCA es el dolor torácico (con intensidad creciente, opresivo, localización retroesternal, irradiado a hombro, brazo izq. o garganta).

- ✓ Electrocardiograma.

SCA-EST = supradesnivelación del segmento ST de nueva aparición de dos derivaciones contiguas de ≥1.

SCA-EST = infradesnivelación del segmento ST ≥1 mm en 2 o más derivaciones contiguas. Inversión de la onda T (simétricas, en elevaciones con onda R predominante).

- ✓ Biomarcadores de daño miocárdico = Taponinas.

## Flujo de SCA-EST:

Se caracteriza por ausencia de ↑ ST y en función de evidencia de daño miocárdico, se clasifica en angina inestable o IAM-EST.

Estratificar riesgo isquémico. Escala de GRACE.

- \* Antiagregación - ticagrelor o prasugrel
- \* Anticoagulación - heparina, Enoxaparina

## Tx de SCA-EST:

Reperfusion coronaria: se sospecha en la occlusion y cese complejo el flujo de alguna arteria coronaria.

### Tabla 11.3 Fármacos antiplaquetarios

<b>Nitroglicerina</b>	0.25 - 0.50 mg/kg cada 5-15 min hasta un máximo de 3 dosis
<b>Sublingual (aspirina o aspirina)</b>	150 mg cada 5 minutos hasta un máximo de 3 dosis
<b>Aspirina</b>	150-300 mg cada 5-15 min hasta un máximo de 300 mg
<b>Ticlopidina</b>	90 mg cada 12 h
<b>Prasugrel</b>	60 mg cada 12 h
<b>Ticagrelor</b>	90 mg cada 12 h
<b>Cloruro de calcio</b>	1-2 g IV cada 10 min hasta un máximo de 10 g
<b>Atorvastatina</b>	20-40 mg cada 24 h
<b>Rosuvastatina</b>	20-40 mg cada 24 h
<b>Simvastatina</b>	40 mg cada 24 h
<b>Calcioantagonistas</b>	
<b>Diltiazem</b>	120 mg cada 12 h
<b>Nifedipina</b>	30 mg cada 12 h
<b>Verapamilo</b>	180 mg cada 12 h
<b>Aspirina</b>	150-300 mg cada 5-15 min hasta un máximo de 300 mg
<b>Ticlopidina</b>	90 mg cada 12 h
<b>Prasugrel</b>	60 mg cada 12 h
<b>Ticagrelor</b>	90 mg cada 12 h

Fármaco	Dosis de carga	Dosis de mantenimiento	Comentarios
Aspirina	150-300 mg	75-100 mg/día	Evitar en pacientes con insuficiencia renal
Clopidogrel	300 mg	75 mg/día	Evitar en pacientes con insuficiencia renal
Prasugrel	60 mg	60 mg/día	Evitar en pacientes con insuficiencia renal
Ticagrelor	90 mg	90 mg/día	Evitar en pacientes con insuficiencia renal
Cangrelor	30 mg	30 mg/día	Evitar en pacientes con insuficiencia renal

Litzy Floreno

Angioplastia primaria - restauración del flujo coronario de la arteria responsable del IAM. vía percutánea.

- Anticoagulación: AAS con ticagrelor o prasugrel

- Anticoagulación: heparina no fraccionada

- Fibrinolisis: mediante activación de plasminógeno consiguen la degradación de fibrina y la lisis del trombo.

**Tabla 25.3. Anticoagulación en SCA**

ICP primaria	Fibrólisis	SCA NST
<b>DE ELECCIÓN</b> Bolo de 90-180 mg i.v. (100-60 mg si se usa en el IAP) + 90 mg	Bolo de 60 mg i.v. (o más 4.000 IU) y posteriormente perfusión a 12 mg/h (o más 1.000 UI/kg) durante 24-48 horas. Dosis: TFR entre 55 y 70 mg/día	Bolo de 60-70 mg i.v. (o más 1.000 UI) y posteriormente perfusión a 12-15 mg/h (o más 1.000 UI/kg) durante un TFR entre 55 y 70 mg/día.
<b>Enoxaparina</b> Bolo de 0,5 mg/kg i.v.	<b>DE ELECCIÓN</b> + 75 mg. Bolo de 35 mg i.v. a las 15 minutos, 1 mg/kg i.v. cada 4 h. + 75 mg. 0,15 mg/kg i.v. cada 12 h. + 90 mg i.v. 12 h. + 90 mg i.v. 12 h. + 90 mg i.v. 12 h.	Máximo dosis que liberaría peso en bolo inicial.
<b>Bivalirudina</b> Bolo de 0,75 mg/kg i.v. con posterior perfusión de 1,75 mg/kg/h hasta el final del procedimiento	No hay evidencia	Bolo de 0,75 mg/kg con posterior perfusión de 1,75 mg/kg/h hasta el máximo de 4 h tras el procedimiento.
<b>Fondaparinux</b> No recomendado	Bolo de 2,5 mg i.v. y posteriormente 2,5 mg i.v. cada 24 horas*	<b>DE ELECCIÓN EN RIESGO ALTO O MEDIO</b> 2,5 mg i.v. cada 24 horas* Debe recibir bolo inicial de 10 mg i.v. antes de ICP

Tabla 25.4. Dosis de tratamiento fibrinolítico

Fármaco	Tratamiento inicial	Comentarios
Tenecteplasa	Bolo único i.v.	30 mg si < 60 kg 35 mg si 60-70 kg 40 mg si 70-80 kg 50 mg si > 90 kg
Alteplasa	Bolo inicial 15 mg i.v.	0,75 mg/kg en perfusión i.v. en 30 minutos (hasta un máximo de 50 mg) Después: 0,5 mg/kg en perfusión i.v. en 60 minutos (hasta un máximo de 35 mg)
Retepasa	Dos bolos de 10 unidades i.v. (separados 30 minutos)	
Estreptoquinasa	Bolo inicial de 1,5 millones de unidades en 30-60 min. i.v.	

Complicaciones.

Tabla 25.5. Complicaciones asociadas al bolo de aspirina de rescate

Complicación	Localización más frecuente	Cuadro clínico	Tratamiento
Rotura pericárdica	Anterior	Signo de tamponada: elevación del TAP, elevación electrocardiográfica "capitaneada"	Aspiración pericárdica Pericardiocentesis Reanimación Reparación quirúrgica
Comunicación interventricular	Anterior	Shock cardiogénico - EAP Elevación de la línea de TAP Signo de tamponada	Aspiración pericárdica Cura quirúrgica si el caso es refractario
Rotura de miocárdio papilar	Infundibular	Shock cardiogénico - EAP Signo de tamponada	Aspiración pericárdica Reparación quirúrgica Cura urgente

Tabla 25.6. Complicaciones asociadas al efecto agudo de dosis altas de fibrinolíticos

Complicación	Localización más frecuente	Cuadro clínico	Tratamiento
Insuficiencia cardíaca aguda	Anterior	ICG en insuficiencia cardíaca Elevación de TAP, taquicardia, aumento de presión pulmonar EAP	Reperfusión Tratamiento de insuficiencia cardíaca aguda
ICG ventricular derecho	Inferior	ICG i.v. elevación de TAP Hipertensión, insuficiencia venosa jugular y aumento de congestión pulmonar	Reperfusión Estar relajado y dormido Furosemida Aspiración pericárdica
Pericarditis/derrame pericárdico	Cuadrante	Signo y síntomas de tamponada Elevación de TAP (>12 mmHg)	Aspiración Cura en caso de tamponada
Bradicardias	Inferior	Bradicardia leve a moderada Elevación de TAP Elevación de TAP Elevación de TAP	Reperfusión Monitorización Aspiración pericárdica
Arritmias ventriculares (VT o VF)	Cuadrante	Familiares de trastornos de conducción Elevación de TAP Elevación de TAP Elevación de TAP	Cardioversión Aspiración pericárdica Aspiración pericárdica Tratamiento antiarrítmico Tratamiento antiarrítmico

# Crisis Hipertensivas

Las urgencias y emergencias son las complicaciones agudas de la hipertensión arterial.

PA:  $>180/120$  mmHg

La crisis hipertensiva  $\rightarrow$  elevación aguda de la PA capaz de provocar alteraciones funcionales o estructurales en los órganos diana: corazón, riñón, cerebro, retina y arterias.

Urgencia hipertensiva  $\rightarrow$  sin daño a órgano diana

Emergencia hipertensiva  $\rightarrow$  con daño a órgano diana

## Clasificación

► UH: ascenso aislado de cifras de PA pero sin afectación a órgano diana. Principal causa es el abando no al tx previo.

► EH: patología urgente asociada a la  $\uparrow$  PA y por eso tiempo-dependiente. Presencia de daño de órgano diana.

## Urgencias Hipertensivas:

PA objetivo de  $\leq 160/100$  mmHg

Farmacos: UH:

Captopril 25-100 mg. 15-30 min/4-6 h. C: embazo, hipopotasemia, insuficiencia renal moderada-grave.

Enalapril 5-20 mg 1h/24h.

Amlodipino 5-10 mg 1-2h/24h C: BAV 2.º grado, ICC con FEVI reducida

Furosemida 40 mg 30-60 min/6-8 h. C: preservación si hay cardiopatía isquémica o aneurisma disecante de aorta.

En caso de ansiedad, valorar el uso de

benzodiazepinas, en caso de dolor: anal-

gesia evitando AINE

## Diagnostico y Pruebas Complementarias

UH: sistemático de orina, ECG, Rx posteroanterior y lateral de tórax

EH: Hemograma, bioquímico, ECG, Troponinas, Rx de Tórax, etc.

EH: aplicar un abordaje ABCDE, disminuir un 20-25% PA.

Situaciones específicas:

\* Hemorragia cerebral: uso de labetalol. Bolo 50mg i.v. repetiv ~~6~~ 5 min hasta dosis max: 200 mg

\* Encefalopatía hipertensiva:  $\downarrow$  10-15% PA. en la 1ª hrs uso de ~~agonistas~~ <sup>antagonistas</sup> del calcio (amlodipino 5-10 mg/h i.v)

\* Insuficiencia cardiaca aguda/EAP: farmacos de elección nitratos y diuréticos de asa (furosemida) i.v

excelente



~~deje de~~ Dosis sublingual  $\rightarrow$  bajo de golpe hipoperfusión  $\rightarrow$  isquemia  $\rightarrow$  necrosis

Litzy Momo

# Crisis hipertensiva

Clasificación

Tx: UH:

Terapia inicial: IECA/ARA II+CA o diurético

Paso 2: IECA/ARA II+CA o diurético  
combinación triple

Paso 3: Hipertensión resistente: Combinación triple + Espironolactona 25-50 mg al día u otro diurético

Diuréticos (combinación triple)

Diuréticos Hipertensivos

Tabla 3. Fármacos de uso parenteral en la crisis hipertensiva

FÁRMACO (PRESENTACIÓN)	DOSIS Y SOLUCIÓN	INDICACIÓN	PRECAUCIONES	COMENTARIOS
<b>Furosemida</b> (ampolla de 20 mg/2 ml)	Bolo: 20 mg iv, sin diluir en 1-2 min Perfusión: diluir en 50-100-250 ml de suero NaCl o SG al 5% a 4 mg/min Eclampsia: 5-10 mg/h HTA: 10-40 mg/6 h	EAP, HTA, hipercalemia, hiperkalemia	Precaución en hiponatremia, hipocalcemia, hipokalemia Categoría C en embarazo Anuria Cardiopatía isquémica	No debe mezclarse Se puede usar con b.s.c  Administrar en 3-5 min Diluir en 10 ml de NaCl al 0.9% (1 ml/mg) Diluir la ampolla en 80 ml de NaCl al 0.9% o en SG al 5% (1 mg/ml) Incompatible con NaHCO <sub>3</sub> al 5% Diluir la ampolla en 50 ml de NaCl al 0.9%
<b>Hidralazina</b> (ampolla de 20 mg/ml)	Bolo: 50 mg iv, sin diluir en 1-2 min Perfusión: 10-20 mg/h	Diseción de aorta HTA en ictus e IAM Eclampsia Feocromocitoma	BAV 2-3 Shock cardiogénico	
<b>Labetalol</b> (ampolla de 20 mg/100 mg)	Bolo: 50 mg iv, sin diluir en 1-2 min Perfusión: 10-20 mg/h	Diseción de aorta HTA en ictus e IAM Eclampsia Feocromocitoma	Estenosis de aorta Coartación de aorta	
<b>Nicardipino</b> (ampolla de 5 mg/5 ml)	Bolo: no indicado Perfusión: 3-15 mg/h Subir 2.5 mg/h cada 5 min	HTA	Hipotensión grave, tratamiento con sistema filo: sospecha de hipertensión intracraneal	Inicio 5-10 ug/min Cálculo de ml/h = (ug/min peletidos) x 0.6
<b>Nitroglicerina</b> (ampolla de 5 mg/5 ml y 50 mg/10 ml)	Bolo: 1 mg en 20 ml de forma muy lenta Perfusión: 25 mg/250 ml o 50/500 ml = 0.1 mg/ml SG al 5% o NaCl al 0.9%	Angina EAP ICC asociada a IAM HTA en cirugía	Hipotensión grave Coartación de aorta o derivación AV	Usar el disolvente (no debe utilizarse otro disolvente) = diluir esto en 500-1.000 ml de SG al 5% protegido de la luz No usar en perfusión continua ni con b.s.c
<b>Nitroprusiato</b> (ampolla de 50 mg con disolvente)	Bolo: no usar Perfusión: 0.2 ug/kg/min e ir ajustando cada 5 min hasta un máx. de 10 ug/kg/min (máx. 10 mm)	HTA grave Feocromocitoma HTA en aneurisma disecante	Hipotensión grave Shock cardiogénico Ama y EPOC	Reducir la dosis en la insuficiencia hepática
<b>Propranolol</b> (ampolla de 5 ml/5 mg)	Bolo: 1 mg en 2 min Repetir cada 2-5 min hasta un máx. de 3 mg Perfusión: no se recomienda Bolo: 25 mg (5 ml) en 20 s Perfusión: 100 mg en 100 ml 0.5-6 mg/min	Angina refractaria HTA Hipertiroidismo y toxicosis	Estenosis aórtica Shock AV	
<b>Urapidilo</b> (ampolla de 50 mg/10 ml)	Bolo: 25 mg (5 ml) en 20 s Perfusión: 100 mg en 100 ml 0.5-6 mg/min	HTA en neurocirugía y cirugía cardíaca Eclampsia		

# Enfermedades Hipertensivas del Embarazo

Scribe

**Preeclampsia:**  
Se define como cifras tensionales sostenidas  $> 140/90$  mmHg. asocia- do a proteinuria con edad gestacional  $> 20$  sem.

**Eclampsia:**  
Es la aparición de convulsiones o coma en una mujer con preeclampsia, después de 20 SDG o menos 48 h. después del parto.

**Fx Riesgo:**  

- 1<sup>er</sup> embarazo
- Historia de preeclampsia previa
- Edad  $> 35-40$  años o  $< 18$  años
- Insuficiencia renal crónica
- Diabetes mellitus
- Obesidad
- Raza negra

**Pruebas de Laboratorio:**  
 Proteinuria: grave (49%)  
 Hematocrito  $\uparrow$   
 Recuento plaquetario  $\downarrow$ , PEH  $\uparrow$   
 BUN y Creatinina  $\uparrow$  (afcción renal)  
 Gasometría arterial: acidosis e hipoxia materna.

**Sintomas:**  
 Cefalea  
 Náuseas/Vómitos  
 Hinchazón de manos, pies  
 Oliguria  
 Dolor abdominal.

**Hipertensión crónica:**  
 Antes del inicio del emb o se dx  $< 20$  SDG.

**Fx de riesgo:**  
 Edad materna  
 Paridad  
 Raza  
 Diabetes mellitus  
 Insuf. renal crónica  
 Trombofilias.

**S y S de alarma:**  
 TASist:  $> 185$  mmHg  
 TAdiast:  $115$  mmHg  
 Proteinuria  $> 5g/dL$   
 Náusea/Vómito  
 Cefalea  
 Estupor  
 Trastorno de la visión

**Tr:**  
 Reanimación fetal con oxigenación materna, monitorización FC fetal  
 Sulfato de magnesio 4g. i.v durante 20 min. después 3g/hora. mantenimiento  
 Antídoto en caso de toxicidad 10ml de Gluconato de Calcio en Sol. del 10%.  
 Fentanilo - alternativa en pte contraindicado el Sulfato de magnesio  
 PA si es alta, 20-40 mg labetalol en bolo i.v o 10-20 mg nifedipiro v.s  $q/20$  min

**Tr:** dosis de aspirina han demostrado reducción significativa de preeclampsia 80-150 mg/día  
 Suplementación con calcio 1.5 a 2gr.

**Fármacos Antihipertensivos:**  
 Alfametildopa: 250-500mg v.o  $q/8$  h. DTI: 2gr/día  
 Labetalol: 100-400mg v.o DTI: 1,200 md/día  
 Nifedipino: 20-60mg v.o liberación prolongada  $q/24$  h. DTI: 120 mg/día  
 Hidalazina: 25-50 mg v.o  $q/6$  DTI: 200 mg/día

Litzy Moreno

# Disturbios hipertensivos del embarazo

## Síndrome de Hellp

Complicaciones de Trastornos Hipertensivos del Emb. observada principalmente en pte con preeclampsia severa y eclampsia

HE Hemólisis

EL Enzimas hepáticas elevadas

LP Trombocitopenia

## Manifestaciones Clínicas

1. Cefalea

2. Fosfenos

3. Acúfenos

4. Dolor epigástrico

5. Náuseas y vómito

6. Nasarca + 50% de edema

7. Edema pulmonar o cianosis

## Factores de Riesgo

- Nulliparidad
- Factores nutricionales
- Edad materna  $\geq 35$  años y  $\leq 17$  años
- Embarazo múltiple
- Obesidad.

## Dx:

- Tensión Arterial  $\geq 160 / \geq 110$  mmHg en 2 ocasiones con  $> 4$  hrs de separación
- Recuento de plaquetas  $< 100.000$  uL
- Producción de orina  $< 500$  ml/24h.
- Edema pulmonar o cianosis
- Accidente cerebrovascular.

## Tx:

- Antihipertensivo (nifedipina o metildopa)
- Antiepiléptico (Sulfato de Mg)
- Inducción del trabajo de parto (previo a manejo de antihipertensivo)
- Corticosteroides (Dexametasona.  $10$  mg  $^6/12$  h)
- Oxigenoterapia
- Nutrición adecuada
- Reposo decubito lateral izquierdo

## Complicaciones

- Hemorragia
- Falla orgánica múltiple

# Insuficiencia Cardiaca Descompensada

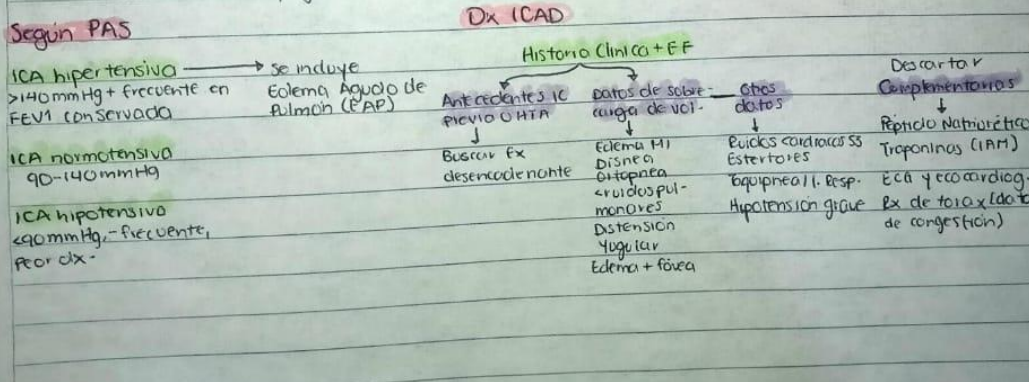
Scribe

Definición IC		Fracción de eyección del ventrículo izquierdo	Criterio Dx
Sx Clínico compuesto por una serie de síntomas clásicos y signos típicos.		Normodlativa	
Disnea	Presión venosa >	Falla cardiaca con FEVI reducida (HFvEF)	FEVI ≤ 40%
Ortopnea	Crepitantes pulm.	Falla cardiaca con FEVI mejorada (HFimPEF)	FEVI previa < 40% y una medición de seguimiento superior a FEVI 40%
Astenia	Edema en MI	Falla cardiaca con FEVI ligeramente reducida (HFmrEF)	FEVI 41-49% con evidencia de fracciones de llenado ventricular izq. incrementadas o BNP incrementado.
		Falla cardiaca con FEVI conservada (HFpEF)	FEVI > 50% con evidencia de fracciones de llenado ventricular izq. incrementadas o BNP incrementado.

## NYHA (Escala de Gravedad)

Clase	Síntomas	Perfil Hemodinámico
I	Ent. cardiaca, pero sin síntomas ni limitación de actividad física normal.	<p>Presencia o no de semiología de congestión y/o hipotensión</p> <p>Congestión</p> <p>Bien perfundido sin congestión → A → Seco caliente</p> <p>Bien perfundido con congestión → B → Húmedo caliente</p> <p>Hipotendido sin congestión → C → Seco frío</p> <p>Hipotendido con congestión → D → Húmedo frío</p>
II	Limitación leve de act. física. La actividad física normal resulta fatiga, palpitaciones o disnea.	
III	Limitación marcada de act. física, incluso la act. física menor de la ordinaria le provoca fatiga, palpitaciones o disnea. Cambios solo en reposo.	
IV	Incapacidad para llevar a cabo cualquier act. física sin incomodidad. Presentan síntomas como palpitaciones, disnea y fatiga en reposo.	

IC Aguda o descompensada	Inicio súbito y agudo de los síntomas.	Fx desencadenantes	Desencadenantes
↓	Alta estructural/funcional no conocida prev.	<ul style="list-style-type: none"> <li>HTA mal controlada</li> <li>Infecciones</li> <li>Alt. del ritmo cardiaco</li> <li>Falta de adherencia a tx</li> </ul>	SCA Hipertensiva Arritmias Causas mecánicas agudas TEP Infecciones.
IC crónica descompensada	IC de largo tiempo de evolución, cuyos síntomas o signos han progresado en <math>\leq 1m.</math>		





Scribe

**Tratamiento ICAD**  
 repleción congestión e hipoperfusión

<p><b>Farmacológico</b></p> <p>Nitroglicerina SL 0.4mg /5min</p> <p>Nitroglicerina IV 0.2-0.4 ug/kg/min        o 10-20 ug/min        otros: dinitrato de isorbida</p> <p>Furosemida IV 20-80mg (Diurético)</p> <p>Norepinefrina (elección) (Inotrópicos) (Cheque cardiogénico o UCI)        otros: dobutamina o dopa</p>	<p><b>No farmacológico</b></p> <p>ABCD</p> <p>Monitorización</p> <p>Oxigenoterapia</p> <p>Vitalidad inmediata (EAP)</p> <p>Cambio de posición</p>	<p>Tres estabilización las        1ras 24h.        Iniciar dosis bajas de        IECA o ARA II</p>
--	---	--

**Tratamiento ICCD**  
 Diferenciar entre una IC de novo o una crónica descompensada

**Diurético de ASA** → 1 dosis = o doble a la recibida en el domicilio

↓  
 Bolo IV 20-40mg furosemida

↓  
 Suele necesitar hospitalización

# Taquicardias

Scribe

## Taquicardia ventricular

Afección en la que las cavidades inferiores del corazón (ventrículos) laten con mucha rapidez. La

taquicardia ventricular ocurre: ° Problema relacionado con los impulsos eléctricos del corazón

EKG: No hay presencia de ° Complicación de un IAM o valvulopatías

onda P, Rítmica, FC: Taquicardia,

QRS: ancho.

### Tratamiento:

- Con pulso:
  - Aritmico "estable": Amiodarona 150 mg, Procainamida 20-50 mg/min, Cardioversión eléctrica "SIN CRÓNICA"/INESTABLE
- Sin pulso: RCP, Desfibrilar

## Taquicardia Supraventricular

Es la forma más común de taquicardia supraventricular paroxística (60% de los episodios). Se caracteriza por su inicio y terminación súbitos. Generalmente, tiene FC mayor de la taquicardia sinusal (120x').

EKG: No hay presencia de onda P, Rítmica, FC: Taquicardia, QRS: Estrecho.

### Tratamiento:

- Estable "Hemodinámico" <sup>valsalva +</sup>
  - Masaje ~~carotídeo~~ carotídeo
  - Adenosina 6-12 mg
  - max: 18 mg
  - Cardioversión eléctrica (Fricción o la anterior)
- Inestable "Hemodinámica"
  - Cardioversión eléctrica

- TA: Hipotensión
- Alt. neurológica
- Dato de bajo GC
- Fimosis
- Pie con cambios de coloración
- Jorj. precordial

## Fibrilación Ventricular

Ó Fib-V, alteración del ritmo cardíaco más grave. Los trastornos de la actividad eléctrica provocan que las cámaras inferiores del corazón (ventrículos) se agiten o fibrilen, en lugar de contraerse (o latir) con normalidad. Esto impide que el corazón bombeie sangre, lo que provoca colapso y paro cardíaco.

EKG: No hay presencia de onda P, Arritmico, FC: Ritmo caótico.

- Tratamiento: RCP, Desfibrilación eléctrica
- Antiarrítmico: Amiodarona. Bolo inicial 5 mg/kg disuelto en 250 ml de DAD 5%. en 20-120 min. Mantenimiento: 10 mg/kg en infusión IV disuelto DAD 5%.

## Fibrilación Auricular

Arritmia más frecuente. Su incidencia se incrementa con la edad y en presencia de enf. cardíaca estructural. El 50% de los pte con fibrilación auricular son >75 años. Se asocia a múltiples patologías cardiovasculares como secuela de la enf. reumática; valvulopatía mitral, enf. coronaria, hipertensión arterial. Intoxicación aguda por alcohol etílico (sx del día de fiesta).

FARVL (>100x')

FARVM (Estable (60-100x'))

FARVE Inestable (<60x') = cardioversión

EKG: No hay presencia de onda P, Arritmico, Ondas F

20/07/2020 sup. Scribe

**Tictomiento:**

**- Antiaritmicos (FAEVL-FAEVM-FAEVE)**

- Amiodarona: Bolo inicial 5 mg/kg IV disuelto en 250ml de DAD 5% en 20-720 min  
Mantenimiento: 10 mg/kg en una infusion IV continua disuelta en DAD 5%.
- Procainamida: Infusion IV de 20 mg x min. hasta que produzca una de las sig. situaciones:
  - supresion de la arritmia
  - hipotension arterial
  - ensanchamiento de QRS > 50%
  - administracion de dosis total 17 mg/kg (infusion de mantenimiento se deja a 1-4 mg/min)
- Antiagregantes
- Cardioversion (FAEVE).

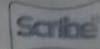
Taquicardia supra → ventriculos del estado de choque = <sup>tension</sup> Taquicardias <sub>Rehal</sub>

Si se presenta

Si un pers. sufre sincope puede:

Fibrilacion  
Taquicardia } ventriculas

# Bradiarritmias



FC: <math>40\text{ lpm}</math>, puede ser fisiológicamente normal para algunos pte. mientras que para otros es patológico:

## Bloqueo AV (Bloque I)

Si hay onda P, Rítmico, FC: Bradicardia o no, Prolongación del PR ( $> 0.2\text{ seg} / > 5\text{ cuadros}$ ), SIEMPRE hay QRS.

Tratamiento: Atropina: 1 mg Bolo W  $\frac{1}{3}$ -5 min. Max: 3 mg.

## (Bloque II)

Si hay onda P, Arritmico, FC: Bradicardia +, QRS (desaparece).

Mobitz I: Wenchebach  $\rightarrow$  prolongación de PR sin QRS (Causa para desaparecer)

Mobitz II: Sin QRS sin prolongación del PR (No causa para desaparecer).

Tratamientos: Marca paso

## (Bloque III)

Si onda P, arritmico (No hay sincronía P-QRS (Anchos  $> 3\text{ cuadros}$ ) - T),

FC: Bradicardia + + +, QRS bien identificado.

Tratamiento: Marca paso, Dopamina: Infusión 5-20 mg/kg/min, Adrenalina.

At de ondas P y QRS

## FC en Electro

300

1500 (Mas facil) Cuantos  $\square$  hay entre

R-R, entre 1500

# Meningitis

## Definición:

Se refiere a la inflamación de las meninges por una infección

## Etiología:

- Varia con la edad del pte, el estado inmunitario, historia de hospitalización, o procedimiento neuroquirúrgicos.
- Los enterovirus son causas más habituales.
- +herpes virus simple, citomegalovirus, virus Epstein Barr, Varicela Zoster y el VIH pueden causar meningitis.

## Diagnóstico:

Síntomas: Fiebre, cefalea, alteración del estado mental, náusea/ vómito:

- ✓ TC de Cráneo
- ✓ Punción Lumbal

## Tratamiento:

- ✓ Antibióticos
- Meningitis bacteriana - considerar corticosteroides
- Ceftriaxona (2g q12h)
- Cefotaxima (3g q6h)
- Vancomicina (15-20 mg/kg q8h).

# TCE Traumatismo Craneoencefalico

Scribe

## Definición

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

80% TCE → casos leves

10% → moderados

10% → graves.

## Clasificación

Escala de Glasgow

• TCE grave: < 8

• TCE moderada: 9-13

• leve: 14-15

## Lesión primaria

El impacto directo, desencadenado fenómenos bioquímicos que terminan en muerte cel. inmediata

- Daño axonal

- Contusión

- No se puede actuar

} Tipo de lesión

## Lesión secundaria

Posterior por fenómenos de hipoxia tisular, que puede ser secundarios o ↑ de la PIC, hipoxia y la hipovolemia.

## Signos de fractura de la base del cráneo:

Profusión edematosa, Hematimpano, Ojo de moche, Otología,

Signo de battle, Rinorrea.

## Ex asociadas:

1. Trastornos de coagulación

2. Etismo crónico

3. Antecedentes de epilepsia

4. Anarco con discapacidad

## Riesgo bajo

• Lesión en cuero cabelludo, dolor en zona de impacto, mareo, vertigo, cefalea leve, sin ex de riesgo asociadas.

## Sg de alarma:

• ↓ del nivel de conciencia, trastornos de conducta, cefalea progresiva que no se alivia con analgesia, dific. para el lenguaje, dific. para movilizar extremidades, vomitos persistentes.

## Riesgo moderado

• Pérdida de conciencia > de 5 hrs,

amnesia post traumatismo, < 2 años,

signos de fractura en base de cráneo, traumatismo facial importante, intoxicación etilica o por drogas.

## Riesgo alto:

• Crisis convulsionales posttraumáticas, signos de focalidad neurológica, fractura craneal deprimida.

✓ Tomografía Computarizada Cerebral.

## Recomendaciones:

• TAC de cráneo, TAC normal, TAC con hallazgos patológicos (referir a neurocirugía)

# EVC

Scribe

## Definición

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

## Epidemiología:

- 2<sup>o</sup> causa de muerte mundial y 3<sup>o</sup> en México.
- Incidencia en México es cerca a los 250 casos por 100,000 habitantes/año

## Ex de riesgo

- Edad
- Sexo masculino
- Raza
- Evento vascular previo
- Herencia genética
- Hipertensión arterial y diabetes M.
- Tabaquismo, alcoholismo
- Dislipidemia

## EVC Isquémico

Oclusión focal o difusa (por fallo gástrico, hipoxia o paro cardiorrespiratorio).

## EVC hemorrágico

Se atribuye a la ruptura vascular con la formación de un hematoma intraparenquimatoso y/o diseminación de la hemorragia en el espacio subaracnoideo y/o ventricular.

Obesidad/Sobrepeso y sedentari-

## Escala de Cincinnati

Es una herramienta rápida evaluación de un pte en el que sospechamos de un Accidente Vascular Cerebral o ataque cerebral.

## Dx:

- Glicosa en sangre
- Electrolitos
- Bioquímica hemática
- Enzimas cardíacas

## PRISA

- Pronuncie su nombre (evaluación del habla)
- Intente Sonreír (asimetría facial)
- Alce Ambos brazos

- Tiempo de protrombina
- ✓ Tomografía axial computarizada Sin contraste
- ✓ Resonancia magnética nuclear cerebral
- ✓ USG

Tx: Se recomienda la ex descompresiva de un infarto cerebral que genere efecto ocupante de espacio para prevenir y tratar la herniación del tallo cerebral.