



## Medicina Humana

### Resúmenes

**Nombre del alumno: José Miguel Vinalay Velázquez**

**Docente: Lic. Romeo Suarez Martínez**

**Urgencias medicas**

**Grado: 8°**

**Grupo: "B"**

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de abril del 2024.

# Síndrome Hellp

H: hemólisis (descomposición de glóbulos rojos)

EL: enzimas hepáticas elevadas.

LP: conteo de plaquetas bajo.

El síndrome se presenta aproximadamente de 1 a 2 de cada 1000 embarazos. Y px con preeclampsia o eclampsia, la afección se desarrolla de un 10-20%.

Fx de Riesgo:

- Mayor de 35 años
- Obesidad
- Antecedentes de preeclampsia.
- Antecedentes de diabetes o enfermedad renal
- Antecedentes de embarazos múltiples
- Antecedentes de presión arterial alta

Entre la semana 26 a 40 de gestación.

Dx. diferenciales:

- Gripe o enfermedad viral, colestasiopática, hepatitis, púrpura trombocitopénica idiopática, reactivación de lupus, púrpura trombocitopénica trombótica.

Sx:

- Fatiga, retención de líquidos, dolor de cabeza, náuseas o vómitos que empeoran, visión borrosa, síncope, sangrado nasal, convulsiones.

- Tx:
- Cesárea e iniciar esquema de maduración pulmonar
  - Transfusión de sangre si se requiere
  - Infusión de sulfato de magnesio para prevenir convulsiones.
  - Tx para tratar la presión arterial alta
  - Esperar 2 a 3 días después del parto para ver si el Sx de HELLP desaparece.

# Tratamiento de la preeclampsia

## Estudio analítico

- Hemograma completo con recuento y fórmula.
- Pruebas de función renal: Urea, creatinina, ácido úrico, aclaramiento de creatinina
- Pruebas de funcionamiento hepático: transaminasa glutámico oxalacética (GOT), transaminasa glutámico pirúvica (GPT), fosfatasa alcalina y la tatalodeshidrogenasa (LAH).
- Coagulación: Número de plaquetas. Si no existe trombopenia no es imprescindible practicar otros estudios de coagulación en la preeclampsia leve. En la preeclampsia grave se realizará además determinación del tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial activado y fibrinógeno.

## Sedimento de orina y urocultivo.

## Próteinuria en orina de 24 h.

## Tx inicial para preeclampsia leve

### • Depeso relativo

### • Dieta libre (normocalórica y normosódica)

- Si se normaliza la PA, no es preciso pautar medicación hipotensora y se efectúan controles semanales.

## Tx farmacológico de recomendación C.

- Labetalol: 100-700 mg/6-8 horas, oral dosis máxima (2.400 mg/día)
- Hidalacina oral: dosis iniciales de 50 mg/día repetidas en 3-4 horas. Si a las 48 horas la PA no se normaliza, se aumenta progresivamente la dosis hasta alcanzar una dosis máxima de 700 mg/día.
- Alfometildopa: 250-500 mg/8 horas por vía oral.

## En los contraindicados el atenolol, los IECA, los bloqueadores de los receptores de la angiotensina y los diuréticos

## Caso de recomendación B2

El tratamiento de la preeclampsia grave es la finalización de la gestación. Sin embargo se debe valorar los SDG para poder intervenir, a su vez dar tx de medicación palmaral con las dosis necesarias de cada medicamento a utilizar.

José Miguel Vinalva Velázquez

# Trastornos hipertensivos en el embarazo.

Hipertensión en el embarazo: Se da cuando en dos o más tomas separadas por 6 hrs, la pt presenta una presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg y/o una PA diastólica  $\geq 90$  mmHg.

modo de Recomendación A para toma de presión

- Con la gestante sentada, con los pies apoyados y el brazo a la altura del corazón tras 10 min. de reposo. Se deberá tomar la PA en ambos brazos y si llega a ver una significativa diferencia de resultados se deberá hacer un seguimiento de porque y si no hay diferencia tomar las 2 PA en el brazo derecho.

- Usar de forma preferencial esfigmomanómetros de mercurio.

- Para iniciar la lectura el manguito se deberá inflar por lo menos 20 mmHg por encima de la PA sistólica, posteriormente se desinflará de forma lenta, a razón de 2 mmHg por segundo.

- Para la determinación de la PA diastólica se utilizará el V ruido de Korotkoff (desaparición del ruido). Si el V ruido no está presente, se registrará el IV ruido (atenuación del ruido).

Proteinuria en el embarazo: presencia de  $\geq 300$  mg de proteínas en orina de 24 horas, ó con  $30$  mg/dl en una muestra aleatoria de orina (1+ en tira reactiva).

Clasificación

- Hipertensión crónica: antes de las 20 SD6, también después de las 20 SD6

- Preclampsia: después de las 20 SD6 acompañada de proteinuria

- Eclampsia: combinada con convulsiones tipo gran mal no atribuibles a otras causas.

- Preclampsia sobreabundante a hipertensión crónica:

- Hipertensión gestacional: hipertensión sin proteinuria

después de las 20 SD6

Tx para hip:

Labetalol: 100-200 mg / 6-8 hrs

hidralazina: 50 mg/día

Alfametildopa: 250-500 mg/8hrs

# Bradiarritmias

DÍA | MES | AÑO

- Se denomina bradicardia a una frecuencia cardíaca inferior a 60 lpm en el adulto.
- Se encuentra de manera fisiológica en reposo durante el sueño en jóvenes y deportistas entrenados, quienes incluso pueden presentar pausas no significativas ( $\approx 3$  segundos) y bloqueo aurículoventricular de primer grado.

## Fisiopatología

Responde principalmente a dos mecanismos: disminución de automatismo o alteración de la conducción de impulsos. Estos mecanismos aparecen por una afectación primaria del sistema de conducción o bien debido a causas externas que lo afectan de forma secundaria.

## Etiología

- Regenerativa - idiopática
- Cardiopatia - isquémica
- Enfermedades - infiltrativas
- Colagenopatías
- Infección
- Iatrogenicas
- Miscelanea
- Hipertensión vascular
- Metabólicas
- Fármacos

## Factores de riesgo

- Edad avanzada
- Presión arterial alta
- Tumores
- Consumo excesivo de alcohol
- Consumo de drogas.
- Estrés
- Ansiedad

CARACTERÍSTICAS

BRADIARRITMIAS



Bradicardia sinusal



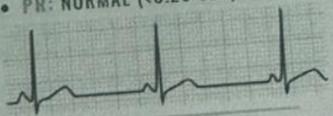
Bloqueo AV



Ritmo nodal

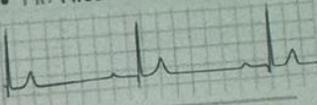
**BRADICARDIA SINUSAL**

- RITMO: REGULAR.
- FRECUENCIA: <60 LPM.
- PR: NORMAL (<0.20 SEG).



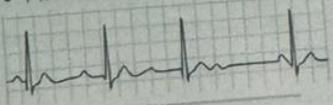
**BLOQUEO AV DE 1º GRADO**

- RITMO: REGULAR.
- FRECUENCIA: <60 LPM.
- PR: PROLONGADO (>0.20 SEG).



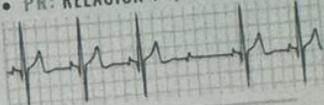
**BAV DE 2º GRADO MOBITZ I**

- RITMO: IRREGULAR.
- FRECUENCIA: <60 LPM.
- PR: FENÓMENO DE WENCKEBACH.



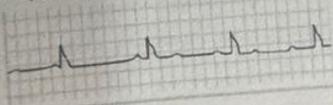
**BAV DE 2º GRADO MOBITZ II**

- RITMO: IRREGULAR (SOLO EL 1:1 ES REGULAR).
- FRECUENCIA: <60 LPM.
- PR: RELACIÓN 1:1, 2:1, 3:1, ETC.



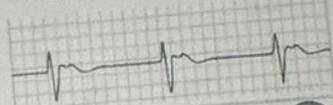
**BLOQUEO AV DE 3º GRADO**

- RITMO: REGULAR.
- FRECUENCIA: <60 LPM.
- PR: FRECUENCIA AURICULAR Y VENTRICULAR INDEPENDIENTES.



**RITMO NODAL**

- RITMO: REGULAR.
- FRECUENCIA: <60 LPM.
- PR: NO HAY ONDA P.



• BAV: Bloqueo Auriculo-Ventricular

### Manifestaciones clínicas

- Astenia
- Intolerancia al esfuerzo
- Mareo o síncope
- Cansancio

• Digoxina

### Método diagnóstico

- Electrocardiograma
- BHC
- ES
- OSC

• Pruebas de función renal

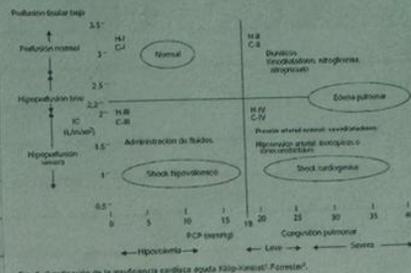
Tx:

Fármaco	Dosis	Efectos secundarios
Esmolol	500 mcg/kg durante 1 min, seguido de perfusión i.v. de 60-200 mcg/kg/min	Insuficiencia cardíaca, hipotensión, BAV, bradicardia, broncoespasmo
Atenolol	i.v.: 1 mg/min (máximo 10 mg) v.o.: 50-100 mg/día	Insuficiencia cardíaca, hipotensión, BAV, bradicardia, broncoespasmo
Propranolol	i.v.: 0,15 mg/kg (máximo 10 mg) v.o.: 80-240 mg/día	Insuficiencia cardíaca, hipotensión, BAV, bradicardia, broncoespasmo
Metoprolol	i.v.: 2,5-5 mg en 2 min. (máximo 3 dosis) v.o.: 25-100 mg/12h	Insuficiencia cardíaca, hipotensión, BAV, bradicardia, broncoespasmo
Diltiazem	i.v.: 0,25 mg/kg en 2 min v.o.: 120-360 mg/día	Insuficiencia cardíaca, hipotensión, BAV
Verapamil	i.v.: 0,075-0,15 mg/kg en 2 min v.o.: 120-360 mg/día	Insuficiencia cardíaca, hipotensión, BAV, interacción con digoxina
Digoxina	i.v.: 0,25 mg cada 2 h (max 1,5 mg) v.o.: 0,5 mg + 0,125-0,375 mg/día	Intoxicación (función renal, hipopotasemia), hipotensión, BAV, bradicardia
Amiodarona	i.v.: 150 mg en 10 min + 0,5-1 mg/min v.o.: 800 mg/día 1 sem; 600 mg/día 1 sem; 400 mg/día 4-6 sem; mantenimiento 200 mg/día.	Toxicidad pulmonar, tiroidea, ocular, hepática; bradicardia, hipotensión, prolongación QT, torsade de pointes, malestar gastrointestinal, flebitis.



José Miguel Vivaldo Velázquez

DIA MES AÑO



### Diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda

- El dx se hace por signos y síntomas
- El dx se fundamenta en signos y síntomas (disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, estertores crepitantes pulmonares, tercer ruido y edema yugular, taquicardia).
- El llenado venoso sistémico se evalúa observando los venos yugulares internos de preferencia cuando estos no son valorados se puede usar los yugulares externas.
- El aumento de la presión de llenado ventricular izquierda se evalúa por la presencia de estertores crepitantes audibles en campos pulmonares.
- Se debe realizar auscultación cardíaca para determinar la presencia de galope ventricular (tercer ruido); la presencia de soplos valvulares son importantes para orientar el dx etiológico, principalmente en el contexto del infarto agudo al miocardio (complicaciones cardíacas mecánicas).
- Valorar datos de hipoperfusión sistémica: calidad e

Norma

# Insuficiencia Cardíaca Aguda

El síndrome de insuficiencia cardíaca aguda se define como la presentación de signos y síntomas de disfunción ventricular, los cuales producen hipertensión pulmonar severa, debido a elevación de la presión de llenado del ventrículo izquierdo con o sin gasto cardíaco bajo.

La insuficiencia cardíaca aguda puede dividirse en 3 entidades clínicas.

1. Descompensación de la insuficiencia cardíaca crónica con función contractil preservada o disminuida (70% de las hospitalizaciones).

2. De nueva presentación, cuando ocurre el primer evento en un enfermo sin disfunción cardíaca asociada o conocida (insuficiencia cardíaca en el infarto agudo al miocardio, por el incremento súbito de la presión intraventricular en un corazón con distensibilidad disminuida.) (25% de las hospitalizaciones)

3. Insuficiencia cardíaca avanzada, con severa disfunción sistólica, refractoria a tratamiento (5% de las hospitalizaciones).

También se puede clasificar de acuerdo a la escala de Killip-Kimball, y la Forrester que se basa en características clínicas y hemodinámicas.

Fue diseñada para proporcionar una estimación clínica de la gravedad del trastorno miocárdico en el infarto agudo de miocardio.

Se divide en cuatro clases: Killip-Kimball

Clase I. No hay insuficiencia cardíaca. Ni signos de descompensación.

Clase II. Presencia de estertores crepitantes en la mitad inferior de los campos pulmonares, galope por tercer ruido e hipertensión pulmonar ligera o moderada.

Clase III. Presencia de edema pulmonar franco con estertores en la totalidad de ambos campos pulmonares.

Intensidad de los pulsos periféricos, llenado capilar, estado neurológico, volumen urinario y temperatura (clasificación de gravedad clínica).

Métodos diagnósticos

- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Gasometría arterial
- Biometría hemática
- Tiempos de protrombina e INR
- Prácticas e reactivos
- BUN y creatinina
- INL y BNP (peptido natriuretico cerebral)

• Tropomina

• Ecocardiograma (Eco)

• Monitoreo hemodinámico

• Monitoreo no invasivo:

- Balance hídrico
- Electro. de superficie en reposo
- Oximetría de pulso
- Monit. electro. continuo
- Peso corporal
- Evaluación fisiológica de la perfusión

Tx:

• Oxígeno y asistencia ventilatoria

• Ventilación no invasiva

- CPAP (presión positiva continua de la vía aérea)
- Presión positiva intermitente

• Ventilación mecánica invasiva

Indicado en enfermos que no mejoran con el uso de terapia respiratoria no invasiva.

Tx farmacológico:

- Morfina y análogos
- IECA
- Anticoagulación
- Betabloqueantes
- Vasodilatadores
- Inotrópicos
- Nitritos
- Nitroprusiato
- Nitroglicerina

Norma

Entre las pruebas dx:

- Examen neurológico
- Pruebas de laboratorio de sangre, orina
- Análisis del líquido cefalorraquídeo que rodea y protege el cerebro y la médula espinal.
- Tomografía computarizada
- Resonancia Magnética
- Electroencefalografía

Tx

• Tratando la etiología, con antibióticos, antifúngicos, antiparasitarios o antivirales, dependiendo su origen.

El resultado general depende del agente infeccioso particular implicado, de la gravedad de la enfermedad y de que tan rápido se administró el tratamiento.

Las personas experimentan los síntomas y pueden recuperarse entre 2 y 4 semanas.

Las personas que tienen meningitis bacteriana normalmente muestran alivio entre 48 y 72 horas después del tratamiento.

## Meningitis y encefalitis

DIA MES AÑO

Las infecciones y otros trastornos que afectan al cerebro y la médula espinal pueden activar el sistema inmunitario lo cual produce inflamación. Esas enfermedades y la inflamación que resulta de ellas pueden producir un amplio rango de síntomas entre los que se encuentra fiebre, dolores de cabeza, convulsiones y cambios en la conducta. En casos extremos, pueden producir daño cerebrales o incluso la muerte.

La inflamación de las meninges, las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal, se llama meningitis, la inflamación de cerebro se llama encefalitis.

La mielitis se refiere a la inflamación de la médula espinal.

Cuando tanto el cerebro como la médula espinal están comprometidos, la afección se llama encefalomielitis.

Afecta a bebés hasta adulto mayores, personas con un sistema inmune bajo, incluye las personas con VIH o las personas que consumen medicamentos inmunosupresores, como también fallas en el cierre de las meninges.

Entre las causas infecciosas de meningitis y encefalitis se encuentran: bacterias, virus, hongos y parásitos, también existen causas no infecciosas como enfermedades autoinmunes o reumatólogas y algunos medicamentos.

### Exploración física

- Valoración inicial dirigida a los aspectos ABC de la atención urgente
- Se debe enfocar específicamente en la búsqueda de soplos

### Exploración neurológica

- Se utiliza la escala de GCS
- Nivel de conciencia
- Búsqueda de rigidez nuca y signos de irritación meníngea
- Orientación, atención, memoria y otras funciones cognitivas básicas

La meningitis bacteriana es una enfermedad poco frecuente pero potencialmente letal. La meningitis bacteriana puede producir accidente cerebrovascular, pérdida de audición y daño cerebral permanente.

- La meningitis neumocócica es la forma más frecuente, la produce la bacteria *Streptococcus pneumoniae*.
- La meningitis meningocócica la produce la bacteria *Neisseria meningitidis*.
- La meningitis por *Haemophilus influenzae* fue una de las más frecuentes, debido a la vacuna esta se redujo.
- *Listeria monocytogenes*, en el cual algunos alimentos como lácteos no pasteurizados o carnes frías, a veces están involucrados.
- Meningitis por *Escherichia coli*, la cual es la más frecuente en adultos mayores y neonatos.

- Meningitis virales:
  - Varicella Zoster
  - VIH
  - Herpes simplex tipo 2

- Meningitis fúngicas:
  - *Cryptococcus neoformans*

- Meningitis parasitarias:
  - Cisticercosis
  - Malaria cerebral

Encefalitis por Herpes simplex es responsable aproximadamente

## Evento vascular Cerebral

DÍA MES AÑO

Definido como un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos que usualmente corresponden a una afección neurológica focal

### Clasificación

- Infarto Cerebral
  - Enfermedad de gran vaso
  - Infarto lacunar (de pequeños vasos)
  - Infarto cardioembólico
- Isquemia cerebral transitoria
- Hemorragia Intracranial
  - Hemorragia cerebral hipertensiva
  - Hemorragia subaracnoidea
  - Otros causas
- Trombosis venosa central

### fisiopatología

La interrupción del flujo sanguíneo cerebral es determinada cerca vascular origina un foco de necrosis (deja de existir un flujo sanguíneo por lo tanto no hay aporte de nutrientes y oxígeno. Existe una zona de penumbra isquémica relacionada a la pérdida de función de los neuronas pero sin muerte.

### Manifestaciones clínicas

- Aparición súbita del déficit focal (ocasionalmente se presenta de manera progresiva o escalonada)
- Depende del sitio de afección cerebral frecuentemente son unilaterales e incluye alteraciones de lenguaje, campo visual, debilidad hemiparal y pérdida de sensibilidad

### Factores de riesgo

- Hipertensión
- Dieta
- Txicomanías
- Inactividad física
- Diabetes
- Peso

unidad de cuidados intensivos (UCI) y la toma de medidas urgentes para el control de la vía aérea, ventilación mecánica, evaluación o intervención neuroquirúrgica y monitorización de la presión intracraneal. La recuperación es prolongada y generalmente incompleta. Un porcentaje significativo de pacientes con TCE grave no sobrevive más de un año.

La mayoría de TCE son causados por accidentes de vehículos de motor con el 78% de los casos de TCE severo de los cuales 53% fueron accidentes por automóvil, 22% accidentes de motocicleta y 3% de atropellados.

Otras causas importantes son los accidentes laborales, con 19% de los casos donde 7.5% es un accidente in itinere. Las lesiones en eventos deportivos constituyen un 1.8% de los casos y las agresiones son por arma de fuego.

La fisiopatología del TCE se divide en dos fases. En la primera fase, el daño inicial ocurre como resultado directo del evento traumático. La segunda fase se da por múltiples procesos neuropatológicos que pueden seguir de días a semanas después del traumatismo inicial.

El diagnóstico del TCE es clínico y se basa en gran medida en la historia obtenida del paciente y de cualquier testigos/as y la neuroimagen (TAC de cabeza sin contraste), radiografía simple de cráneo, radiografía de columna cervical, resonancia magnética nuclear, concentración sérica de glucosa.

Tratamiento ó manejo

Atención en ABCD, Quirúrgica si lo requiere, asistir algún problema.

critérios de alta hospitalaria

• Ausencia de signos de alarma en un periodo de 24 horas

• TAC sin lesiones aparentes

• TCE leve, sin alguna otra alteración con vigilancia mayor a 24 hrs

Norma

## Traumatismo Craneoencefálico

DÍA MES AÑO

Es la alteración en la función neurológica u otra evidencia de patología cerebral a causa de un traumatismo que ocasiona un daño físico en el encefalo.

También puede definirse como la lesión directa de las estructuras craneales, encefálicas o meníngeas que se presenta como consecuencia de un agente mecánico externo y puede originarse un deterioro funcional del contenido craneal.

Leve (1-15)

Los pacientes experimentan pérdida de la conciencia menor a 30 minutos y las quejas que se presentan incluyen dolor de cabeza, confusión, amnesia. Existe una recuperación neurológica completa a pesar de que algunos de estos pacientes tienen dificultades de concentración o memoria pasajeras.

Moderado (9-13)

El paciente se encuentra letárgico o estoporoso. Clínicamente los pacientes con TCE moderado requieren hospitalización y pueden necesitar una intervención neuroquirúrgica además están asociados con una mayor probabilidad de hallazgos anormales en los técnicas de neuroimagen.

Estos pacientes también pueden desarrollar un síndrome posconmoción. El síndrome se refiere a un estado de inestabilidad nerviosa después de un TCE leve o moderado. Las características principales son, fatiga, mareo, cefalea y dificultad para la concentración.

Grave (3-8)

El paciente tiene un estado comatoso, no puede abrir sus ojos, seguir ordenando y sufre lesiones neurológicas significativas. Por lo general tiene una neuroimagen normal, es decir, a la tomografía computarizada (TAC/TC) se observa fractura del cráneo o hemorragia intracraneal. Estos pacientes requieren ingreso a la

• La encefalitis equina, afecta a caballos y a humanos (zoonosis).

• La encefalitis de LaCrosse, en niños menores de 16 años. Los síntomas como vómitos, dolor de cabeza, fiebre y letargia, aparecen entre los 5 y 10 días después de la infección. Complicaciones graves se encuentran con convulsiones, coma y daño neurológico permanente. Aproximadamente se presentan 100 casos de encefalitis de LaCrosse cada año.

La encefalitis de receptor NMDA es un tipo de encefalitis mediada por anticuerpos que se está reconociendo de manera creciente.

Entre los signos característicos de meningitis se encuentran algunos o todos de estos:

- Fiebre repentina
- Dolor de cabeza intenso (cefalea)
- Náuseas o vómitos
- Visión doble
- Somnolencia
- Fotosensibilidad
- Rigidez del cuello

La encefalitis se caracteriza por:

- Fiebre
- Convulsiones
- Cambios de conducta
- Confusión o desorientación.

Los signos neurológicos dependen de la parte afectada del cerebro por el proceso de encefalitis, depende de que algunos son más generalizados.

