



camfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

Mc GIVER

Miquel Angel Sarlat
sarlatribas@yahoo.es



GRUP URGÈNCIES CAMFIC



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària





camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària



CODIS

EVIDÈNCIES

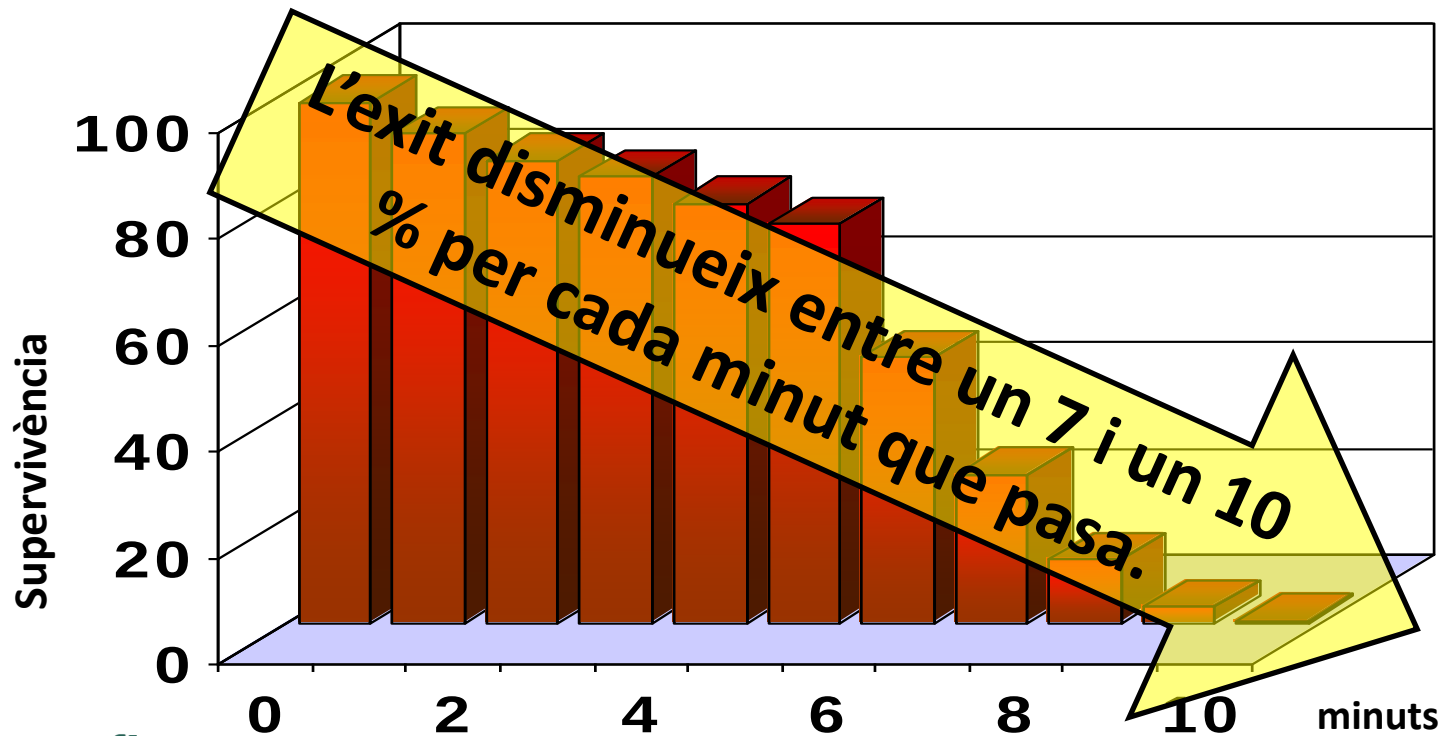
- L'aturada cardíaca presenciada té una supervivència 7 vegades més gran que quan no és presenciada.
- Si el testimoni de l'aturada cardíaca comença de seguida les maniobres de RCP la supervivència és de 2 a 3 vegades més gran que quan no s'inicien.
- Una RCP realitzada correctament aconsegueix una supervivència 20 vegades més gran que quan es realitza de manera incorrecta.
- La desfibril·lació precoç (< 5 min) és el procediment aïllat de ressuscitació que salva més vides.

EVIDÈNCIES

- Més del 75% de les aturades circulatòries ho són amb FIBRIL·LACIÓ VENTRICULAR i aquestes només reverteixen amb DESFIBRIL·LACIÓ.
- L'inici de la RCP i l'aplicació (si cal) de la desfibril·lació no es pot demorar més de 8 minuts sinó, la supervivència és inferior al 5% i les seqüeles molt severes.
- Les altres tipus d'aturada cardiorespiratòria que no són FV o TV sense pols: ASISTÒLIA I ACTIVITAT ELÈCTRICA SENSE POLS, tenen una supervivència inferior al 6%, malgrat tots els esforços efectuats.

EVIDÈNCIES

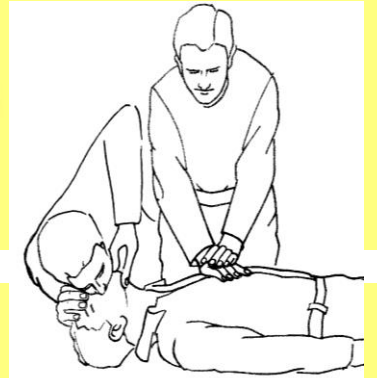
- Qualitat
- Rapidesa



LA RCP VA ADREÇADA A TOTA VÍCTIMA QUE:

- **NO RESPON**
i
- **NO RESPIRA NORMALMENT**

CAL IDENTIFICAR-LES I EFECTUAR
IMMEDIATAMENT LES COMPRESSIONS
TORÀCIQUES



RCP
30:2

de Ressuscitació



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

SEQÜÈNCIA D'ACTUACIÓ SVB

- Continui les maniobres fins que:
 - Arribi un equip qualificat
 - El pacient respiri amb normalitat
 - Vostè estigui exhaust



- Utilitzi **mètodes de barrera** per fer les respiracions boca a boca
- No es valora la cerca de pols carotidi sinó s'està entrenat
- Consideri el malalt inconscient i que no respira amb normalitat com **ACR**
Respiracions agòniques, sorolls, respiracions inefectives han de ser considerades com **respiracions no efectives** i actuar com si el pacient no respirés
- Intenti **no interrompre mai** les compressions toràciques.





Suport Vital Bàsic

NO RESPON?

Cridar demanant ajuda

Obrir via aèria

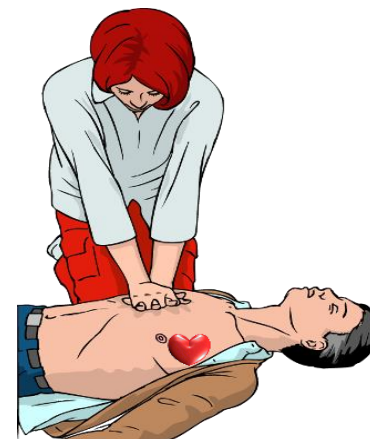
NO RESPIRA NORMALMENT?

Telefonar 112/061

5 ventilacions
ofegats
nens

30 compressions
toràciques

2 ventilacions
30 compressions
30:2



SUPORT VITAL AMB D.E.A.

HI HA PERILL? VALORA LA VICTIMA

NO RESPON ?

CRIDA: AJUDA

Obre la via aèria
NO RESPIRA NORMAL

ACTIVA 112/061



RCP FINS DEA PREPARAT



RCP 30:2



Anàlisi ritme

XOC INDICAT

XOC NO INDICAT

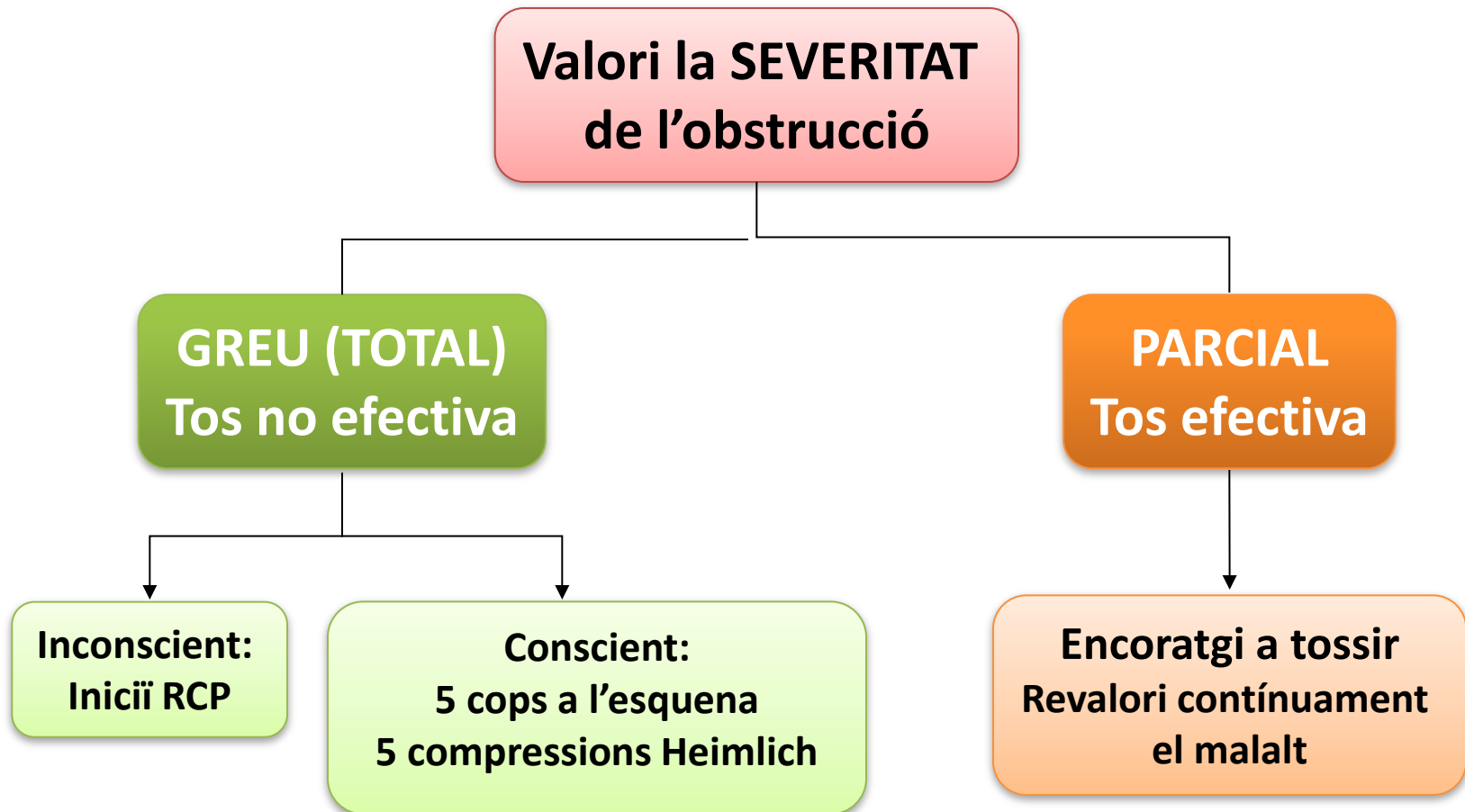
DEFIBRIL·LAR 1 XOC
150J Bifàsic; 360J monofàsic

RCP 2 min
5 VEGADES 30/2

RCP 2 min
5 VEGADES 30/2

Continuar fins respiració normal
Arribada SEM

OBSTRUCCIÓ DE LA VIA AÈRIA



FIBRINOLISI PREHOSPITALÀRIA Si està indicada Tenecteplase (TNK) + Enoxaparina

TNK en bolus ràpid (< 10 min), ajustat al pes:

Pes (Kg)	Tenecteplase (mg)	Volum solució (ml)
<60	30 (amp de 10 ml)	6
>60 - < 70	35 (amp de 10 ml)	7
>70 - < 80	40 (amp de 10 ml)	8
>80 - < 90	45 (amp de 10 ml)	9
>90	50 (amp de 10 ml)	10

Enoxaparina:

- a) Menors de 75 anys i creatinina <2,5 mg/ml (< 2mg/ml en dones): Bolus de 30 mg iv seguit als 15 minuts d'1mg/kg sc (primeres dosis no han de superar 100 mg).
- b) Majors de 75 anys i/o insuficiència renal coneguda: No bolus inicial, iniciar amb 0,75 mg/kg sc (màxim 75 mg).

CONTRAINDICACIONS ABSOLUTES DE LA FIBRINOLISI

- Antecedent d'hemorràgia cerebral prèvia o AVC de causa desconeguda.
- AVC isquèmic en els últims 6 mesos.
- Neoplàsia o traumatisme en el SNC, malformació vascular intracranial coneguda.
- Traumatisme / cirurgia / dany en les 3 darreres setmanes.
- Suspita de Síndrome Aórtica Aguda.
- Trauma/cirurgia important o trauma craniofacial <3 mesos.
- Sagnat actiu (excepte menstruació) o coagulopatia coneguda.
- Sagnat gastrointestinal en l'últim mes.
- Puncions no compressibles recents (biòpsia hepàtica, punció lumbar, etc.).

CONTRAINDICACIONS RELATIVES DE LA FIBRINOLISI

- Accident isquèmic transitori en els darrers 6 mesos.
- Tractament antitrombòtic oral.
- Gestació o primera setmana posterior al part.
- HTA refractària (pressió sistòlica >180 mmHg i/o diastòlica >11 mmHg).
- Malaltia hepàtica avançada.
- Endocarditis infecciosa.
- Úlcera pèptica activa.
- Maniobres de ressuscitació avançades prolongades.



ALT RISC HEMORRÀGIC:

- >75 anys
- <60 kg
- AP: hemorràgia intracranial
- Tractament ACO
- Hepatopatia

En cas d'hemorràgia activa NO donar tractament antitrombòtic

IAM EXTENS:

- Abatiment ST V1-V4 o més
- >2mV a V3, V4

* Doble antiagregació: AMI+Clonidogrel.

** No s'ha estudiat el cas de Prasugrel.

*** El Prasugrel contraindica el ús d'heparina, ACO o altres hemorràgics. Ticagrelor. Si el pacient pren prèviament Prasugrel o Ticagrelor, no administrar dosis de càrrega.

codi IAM



Atenció
d'emergència a la
malaltia
cardiovascular



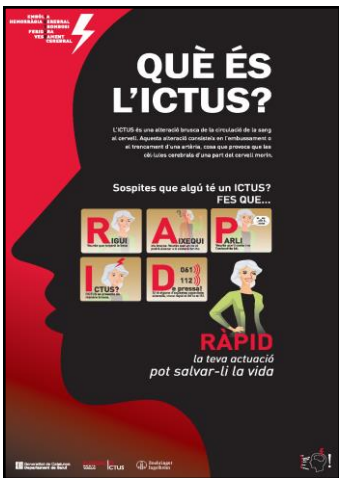
canalsalut.gencat.cat



Generalitat de Catalunya
Departament
de Salut

emergències mèdiques





CODI ICTUS

Críteris activació

síntomes focals (RÀPID +) <8h (ictus del despertar o inici incert)

Si bona qualitat de vida prèvia (autònom a la marxa, bany, vestir-se)

activació
CODI
ICTUS
061/112
Trasllat
inmediat
<30'
Hora
inici

Sospita ictus

Episodi sobtat de dismetria facial, pèrdua de força o sensibilitat en braç o cama, o trastorn de la parla (afàsia o disàrtria). (RÀPID)

Determinar TA, FC, Sat O₂, glicèmia, Temperatura
Via venosa perifèrica braç no parètic

No administrar AAS ni hipotensors
Si sèrum: sèrum fisiològic
Repós, elevació cap 30°

- Glicèmia >180 mg/dl → insulina ràpida
- PAS >220 o PAD >120 → captopril 25mg vo
- *Labetalol: 20mg ev bolus, repetir cada 10' 20-80 mg (Dmàx 300mg)
- Hipotensió : TA S <90mmHg: SF ev
- T >37,5°C → paracetamol vo /ev
- Sat O₂ <94% → oxigenoteràpia

* labetalol: perfusió 1-2mg/min. CI: asma, mpoc, Insuficiència cardíaca descompensada, BAV, cocaïna, psicotròps



PATOLOGIES

TRAMPA

CAS CLÍNIC 1

- Noia de 22 anys portada al CAP per presentar de forma sobtada durant un esforç (aixecar caixa) dolor toràcic i dispnea progressiva

?

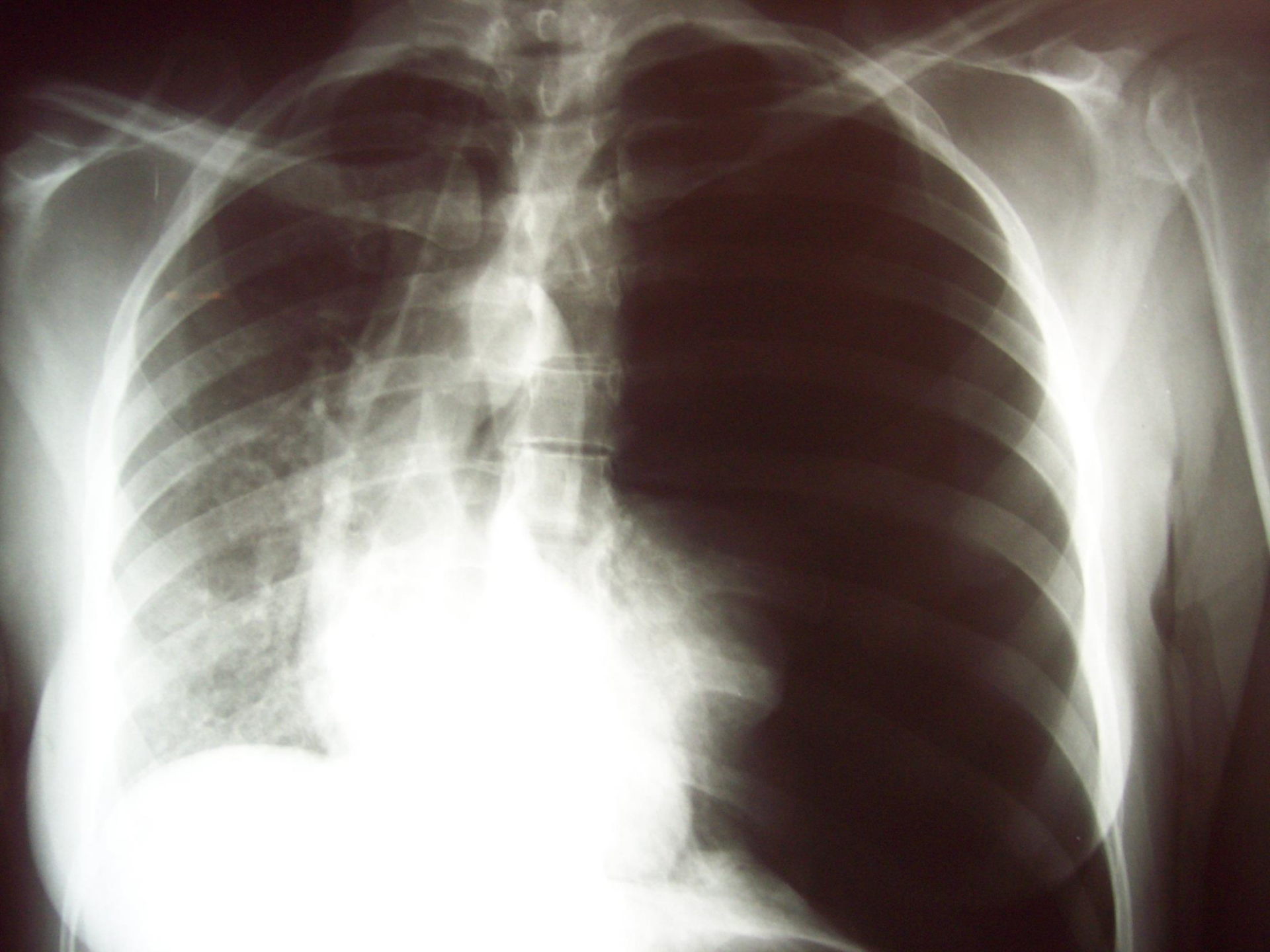
Exploració

EXPLORACIÓ FÍSICA:

- TA 145/90. FC 110x' .
FR 22x' . Sat basal 93%.
- REG. AC: tons rítmics.
- No II. AR: hipofonesi
- hemitòrax esquerre.

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES?

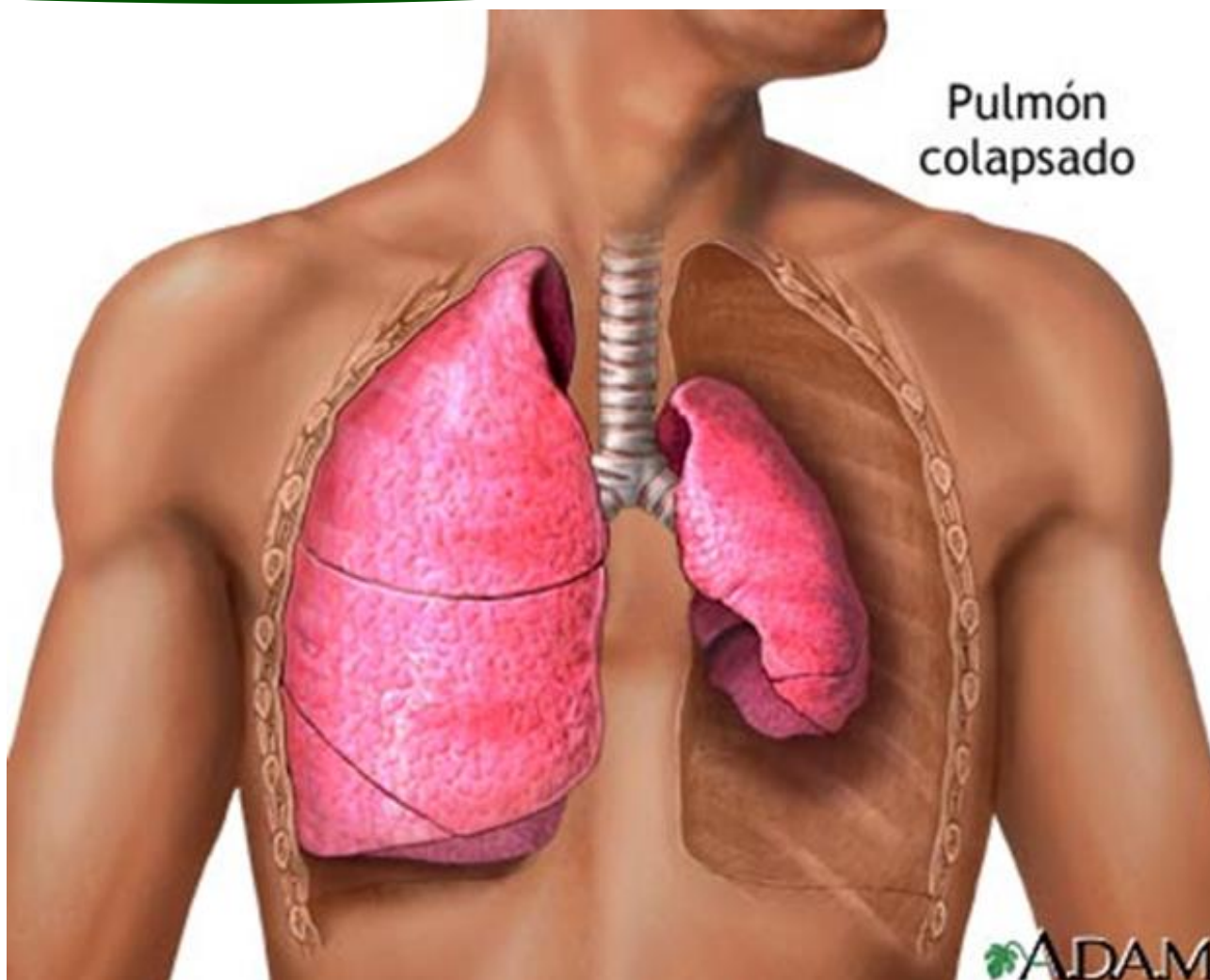




Pneumotòrax a tensió

- Clínica:
 - Insuficiència respiratòria severa
 - Hipoventilació
 - Signes de xoc
 - Pot existir emfisema, jugulars ingurgitades, desviació traqueal.
- Tractament:
 - DRENATGE: 2n espai intercostal línia mitja clavicular.

Pneumotòrax a tensió



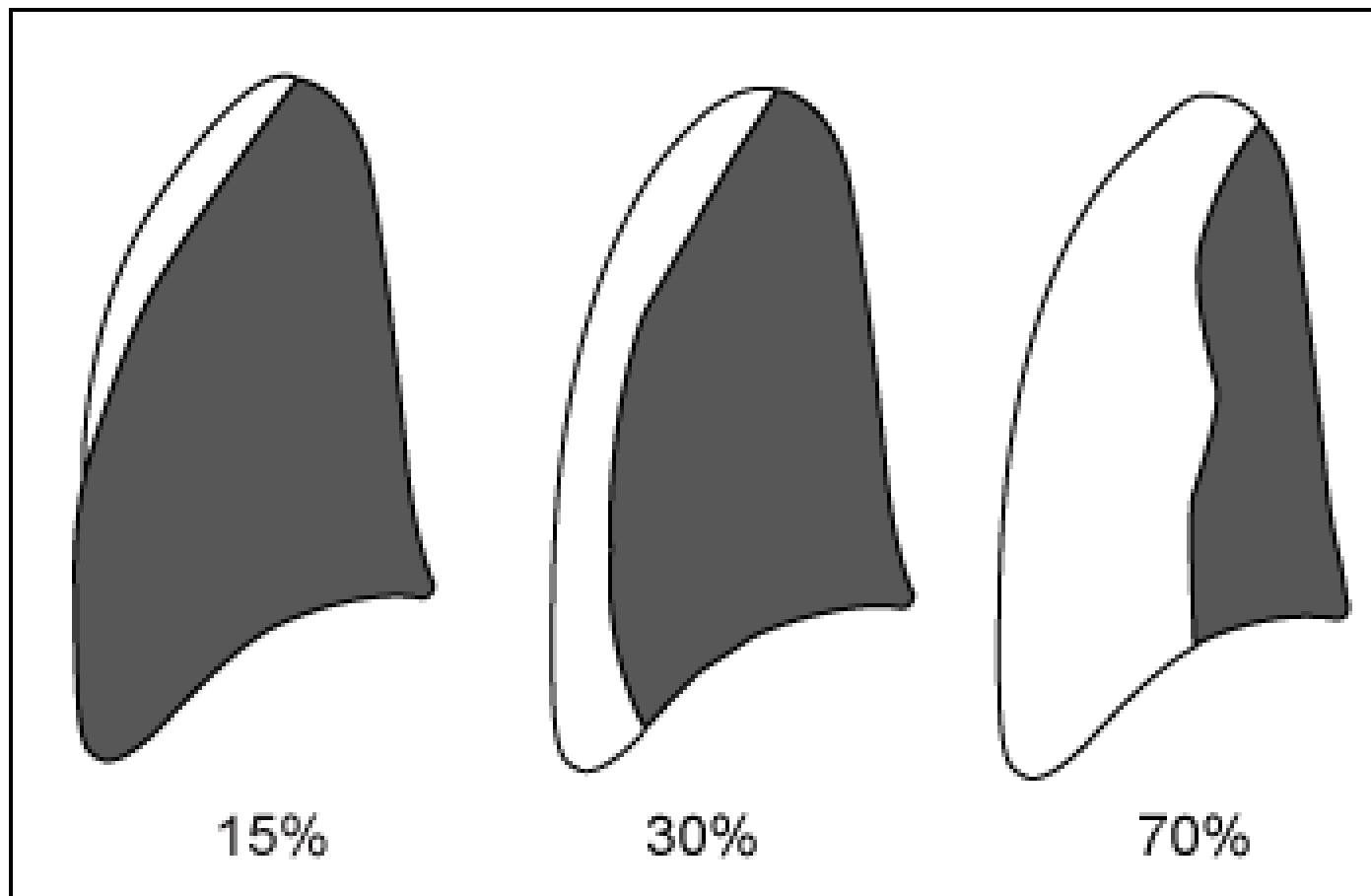
Pneumotòrax a tensió



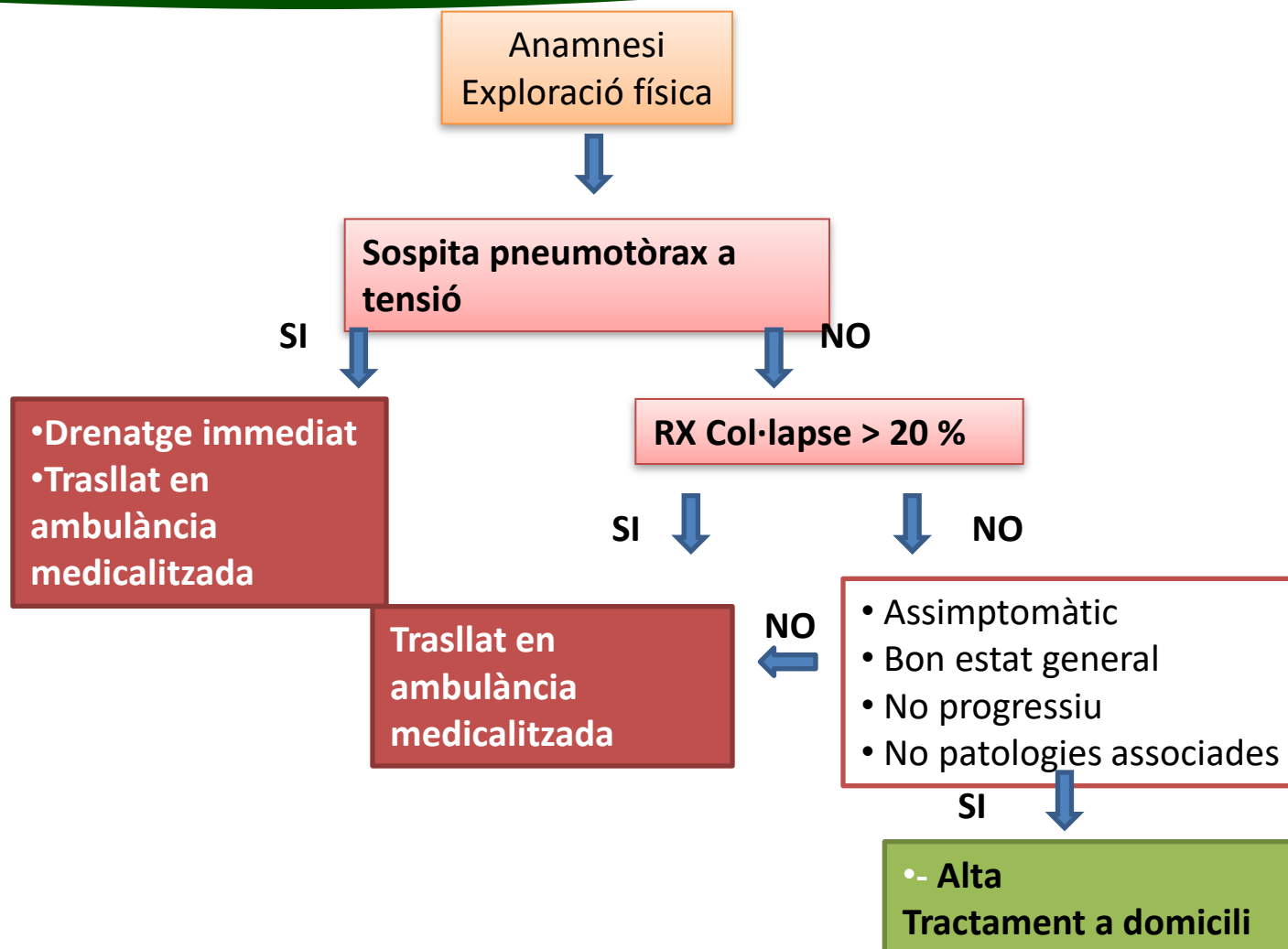
Pneumotòrax a tensió

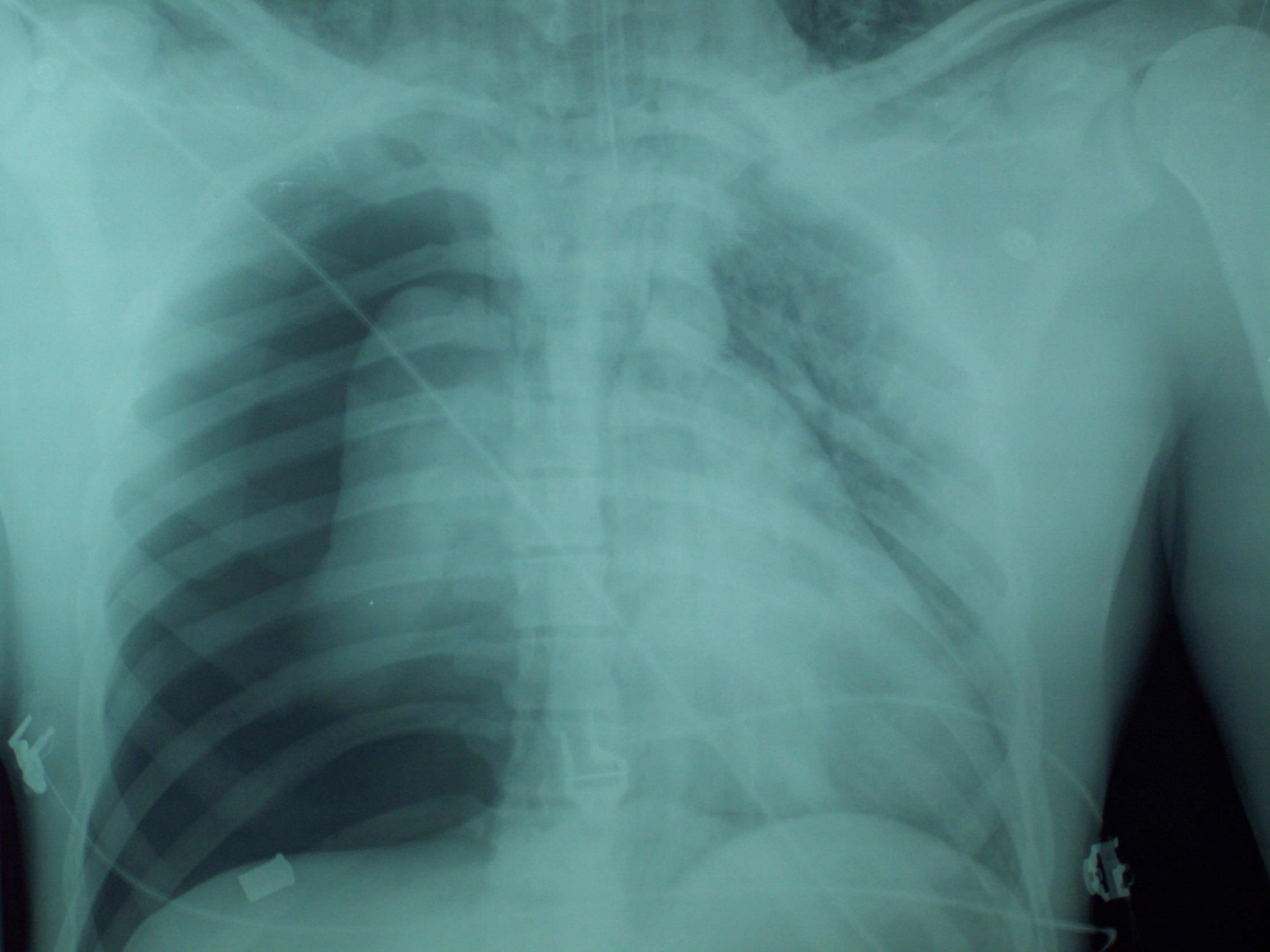


Pneumotòrax a tensió



Algoritme pneumotòrax



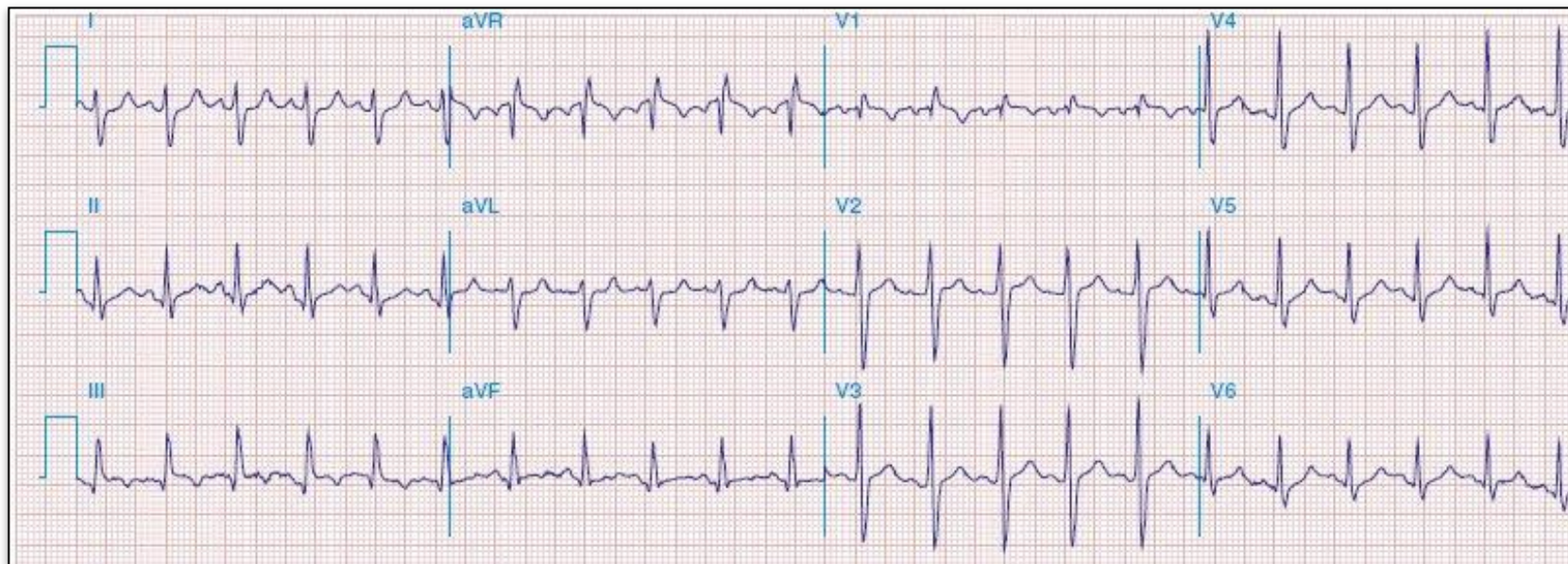


- Dona de 26 anys amb antecedents de sd. ansietat-depressió que consulta per dispnea sobtada i dolor toràcic.

?

Exploració

- EXPLORACIÓ FÍSICA:
 - TA 155/95. FC 145x' . FR 24x' . Sat basal 97%.
 - REG. AC: tons rítmics, no buf. No II. AR: MVC, sense sorolls sobreafegits. Empastament panxell cama dreta.
- EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES?



Factors de risc

Són principalment els de la Trombosi Venosa Profunda (TVP) (SEPAR):

- Estasi venosa per ICC o per Insuficiència venosa crònica.
- Lesió per traumatisme (sobretot si afecte a les extremitats inferiors: fractura de pelvis, femur o tibia)
- Edat > 40a
- Història de Tromboembolisme venós
- Cirurgia prèvia amb > 30 min anestèsia
- Immovilització perllongada (> 4 dies)
- AVC
- Neoplàsies
- Embaràs o part recent
- Tractament amb estrògens o Anticonceptius orals
- Malaltia inflammatòria intestinal
- Estat d' hipercoagulabilitat primària

Sempre cal interrogar sobre possibles factors de risc davant la sospita de TEP.

La absència de tots els esmentats factors de risc NO descarta una TEP.

La seva probabilitat augmenta proporcionalment amb l'acumulació de factors.

Clínica

SIMPTOMES	SIGNES CLÍNICS
• Dispnea generalment sobtada • Dolor toràctic pleurític* (o no) • Dolor / edemes en extremitats inferiors • Hemoptisis • Palpitacions • Dolor anginós • Síncope /presíncope **	• Taquipnea > 20 rpm* • Taquicàrdia > 100 bpm* • Crepitants pulmonars • 4art / 2n to intensos • Temperatura (>37,8°C) • Ritme de galop dret S3 o S4** • Signes de TVP: flebitis, edema extremitat inferior
* Molt freqüents. ** Freqüents en tromboembolismes pulmonars amb repercussió cardíaca greu.	

Algoritme TEP

ESCALA PRONÒSTICA DE WELLS	Punts
Signes i símptomes de TVP.	3
TEP més probable que un diagnòstic alternatiu.	3
Immobilització >3 dies, Cirurgia <4 setmanes.	1'5
Freqüència cardíaca > 100x'.	1'5
Antecedents de TVP o TEP.	1'5
Hemoptisi	1
Neoplàsia	1

< 4 Improbable

>4 Probable



Derivar al Servei
d'Urgències

CAS CLÍNIC 5

- Dona de 26 anys que acut al CAP amb taquipnea (no pot parlar), cianòtica, diaforètica, tiratge intercostal i supraesternal.
- Desconeixem els antecedents però porta salbutamol a la mà.
- AR: hipofonesi global.

?

Tractament

- **Oxigen** (mantenir sat > 95%)
- **Salbutamol** nebulitzat (1cc = 5mg) / 20min
- **Bromur d'ipratropi** nebulitzat (2cc = 500mcg) / 20 min
- **Hidrocortisona** 200mg ev o **Prednisolona** 1mg/kg ev/vo
- ***Budesonida** inhalada no està indicada per l'alivi ràpid dels episodis aguts d'asma*

Valoració inicial de la gravetat en les crisis d'asma

- **Signes d'extrema gravetat:**
 - Deteriorament del nivell de consciència
 - Bradicàrdia
 - Silenci auscultatori
 - Hipotensió
 - PEF < 33%
 - Saturació d'oxigen < 92%
 - Cianosi



Crisi greu de risc vital:

- Trasllat amb ambulància medicalitzada
- Beta agonista nebulitzat (salbutamol 5 mg) + Bromur d'ipratropi nebulitzat (500 µg) + O₂
- + corticoesteroides endovenosos a dosis altes (metil-prednisolona 80-120 mg)

Severitat de les exacerbacions

	LLEU	MODERAT	GREU	RISC VITAL
Dispnea	Al caminar	Al parlar	En repòs	Cianosi
Parla utilitzant	Frases llargues	Frases curtes	Paraules aïllades	
Consciència	Podria estar agitat	Habitualment agitat		Confós o comatós
Freqüència respiratòria	Augmentada	Augmentada	Sovint > 30/min	
Ús de musculatura accessòria	No	Habitual	Habitual	Moviment paradoxal tòraco-abdominal
Sibilàncies	Moderades (sovint només al final de l'expiració)	Fortes (inspiratòries i expiratòries)	Fortes (inspiratòries i expiratòries)	Silenci auscultatori
Freqüència cardíaca	< 100/min	100 – 120/min	> 120/min	Bradicàrdia
PEF (fluxe espiratori pico, peak flow)	> 80 %, +300l/mto	60-80 %, 300-150l/mto	<60 %, -150l/mto	
Sat O2 (aire ambiental) (Pulsioximetria)	> 95%	91-95%	< 90 %	
PaO2	Normal	> 60 mmHg	< 60 mmHg	
PaCO2	< 45 mmHg	< 45 mmHg	> 45 mmHg	

Crisi lleu
PEF >70%

2-4 pufs Salbutamol
cada 20x'

A l'alta:

- 2 pufs Salbutamol cada 3-4/h durant 24-48 hores i després a demanda.
- Cortis orals a dosis de 20-30 mg/dia de prednisona x 7 dies.
- Cortis inhalats + Beta agonistes de llarga mínim 1 mes.
- Contactar amb MF en 24-48 hores

Crisi moderada
PEF 50-70%

4 pufs Salbutamol + 4 pufs Bromur Ipratropi
cada 10-15x'

Cortis orals a dosis de 40-60 mg prednisona + nova tanda de Salbutamol i Bromur d' ipratropi (4 + 4 en càmara)

A l'alta:

- Cortis orals a dosis de 40-60 mg prednisona /24 hores x 7 dies.
- 2 pufs Salbutamol cada 3-4/h durant 24-48 hores i després a demanda.
- Cortis inhalats + Beta agonistes de llarga mínim 3 mesos.
- Contactar amb MF en 24-48 hores

Crisi greu
PEF <50%

4 pufs Salbutamol + 4 pufs Bromur Ipratropi
cada 10-15x'

Cortis orals a dosis de prednisona 80 mg + nova tanda de Salbutamol i Bromur d' ipratropi (4 + 4 en càmara) + Oxigen si SatO2 <92%.

Trasllat medicalitzat

FACTORS PREDISPOSANTS A ASMA DE RISC VITAL

- Episodis previs d' ingrés a UCI o intubació/ventilació mecànica.
- Hospitalitzacions freqüents durant l' any previ.
- Múltiples consultes als Serveis d' Urgències durant l' any previ.
- Fenotip (alexitimia), trastorns psicològics (actituds de negació) o malalties psiquiàtriques (depressió) que dificulten l' adhesió al tractament.
- Comorbilitat cardiovascular.
- Abús d' agonista β_2 adrenèrgic d' acció curta.
- Instauració brusca de la crisi.
- Pacients sense control periòdic de la seva malaltia

Criteris de Derivació

- Mala resposta clínica al tractament.
- Episodis anteriors d'insuficiència respiratòria hipercàpnica.
- Ingressos previs en UCI.
- Tractaments previs amb ventilació mecànica.
- Ingesta actual o recent (2 setmanes prèvies) d'esteroides.
- Alta hospitalària recent.
- Crisi desencadenada per ingesta d'AINES (AAS).
- Evolució hiperaguda de la crisi.
- Dificultat per al compliment del tractament prescrit

ALTRES

ANAFILÀXIA

- Causa rara i reversible d'ACR
- La fisiopatologia del procés requereix un tractament específic
- És una reacció sistèmica d'hipersensibilitat
- Afecta via aèria, sistema cardiovascular, tracte gastrointestinal i pell
 - Manifestacions d'hipersensibilitat: rinitis, conjuntivitis, dolor abdominal...
 - Edema laringe: obstrucció via aèria
 - Broncoespasme, hipotensió
 - Colapse cardiovascular, mort

TRACTAMENT

MESURES GENERALS:

- Suspendre o separar la causa (perfusions venoses)
- Considerar la **intubació traqueal precoç**
 - **Pot ser necessària cricotiroidotomia**
- **Oxigen:** alt fluxe i alta concentració
- **Adrenalina:**
 - 0.5ml (1:1000) IM s'absorbeix ràpidament (preferible a l'administració SC)
 - Repetir la dosi si és necessari als 5 minuts
 - Administració IV: dilució 1:10.000 amb el pacient monitoritzat (menys recomanable)
- **Antihistamínic:** considerar l'administració IV lenta, així com afegir Ranitidina 50mg IV

TRACTAMENT

- **Corticoides:**

- Administrar corticoides en injecció IV lenta, inici d'acció a les 4-6 hores.

- **Broncodilatadors inhalats:**

- Beta2 agonistes (salbutamol 0,5 mg) per a revertir el broncospasme.
- Bromur d'Ipratropi (500 mcg) pot ser útil en el broncospasme en pacients que prenen betabloquejants.

- **Líquids:**

- 1-2 litres IV infusió ràpida, poden ser necessaris fins a 4-8 litres en la reanimació inicial.

CONVULSIONS

Anamnesi a l'acompanyant
epilepsia coneguda? Temps inici crisi?
Context? Consum o privació de drogues o fàrmacs?
Antecedents patològics i medicació habitual

Valoració NRL ràpida, permeabilitzar via aèria, aspiració secreccions, administrar oxigen, ventilació eficaç, via venosa perifèrica, constants vitals

No respon en 2 min

BZD 1^a dosi

No respon en 5 min

BZD 2^a dosi

No respon en 5 min

Activació Sistema Emergències mèdiques

No respon en 5 min

BZD 3^a dosi

•Hipoglicèmia:
Glucosmon(+/- tiamina 100mg ev)
•Hipertèrmia:
Paracetamol

Estatus epilèptic convulsiu tónico-clònic:

- Crisi convulsiva generalitzada contínua ≥ 5 minuts
- ≥ 2 crisi convulsives generalitzades sense recuperació de la consciència entre elles
- Crisis seriadess: ≥ 3 crisis convulsives generalitzades en una hora

TRACTAMENT CONVULSIONS

Fàrmac	Dosis inicial adult/ Dosis màx	Temps de control crisi	Durada efecte
DIAZEPAM Amp 2ml/10mg Microenemes 5 i 10mg	5-10mg D màx 20mg ev, rectal 0' 2-0' 5 mg/kg	1-3 min	10-30 min
CLONAZEPAM Amp 1ml/1mg	1-2 mg D màx 4mg ev 0' 1 mg/kg	3-10 min	12h
MIDAZOLAM Amp 1mg/ml ; 15mg/3ml; 5mg/ml	1-5mg ev, im, bucal, nassal, rectal 0' 1 mg/kg ev; 0' 2 mg/kg nassal i 0' 2-0' 5 mg/kg mucosa jugal	1-1,5 min	10-30 min

Dona de 78 anys que al llevar-se del llit ha perdut el coneixement. Ens sol·liciten al domicili. Al arribar pacient conscient, orientada, assintomàtica.

AP: HTA, DM tipus 2, MPOC.

Expl. Física: TA 125/70, FC 85x', Glic 98,

ECG: N, resta expl. N

?



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

- **DEFINICIÓ**: Pèrdua brusca de la consciència i del to muscular, de curta durada (seg o pocs min) i amb recuperació espontànea *ad integrum*, secundària a la disminució o interrupció del fluxe sanguini cerebral.



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

DIAGNÒSTIC

- **S. vasovagal, neuromedià, vasodepressor o lipotímia** (joves sans): ↓ TA per VD reflexa i bradicàrdia.
- **S. ortostàtic o postural** (gent gran)
- **S. per hipotensió posprandial:** ↓ Tas > 20 mmHg dins les 2h següents a l'inici de l'ingesta (*dumping* precoç)
- **S. per dolor**

DIAGNÒSTIC

- **S. tussígen**
- **S. miccional (homes)**
- **S. per hipersensibilitat del si carotidi**
- **S. cerebrovascular**
- **S. cardiogènic**



EXPL. COMPLEMENTÀRIES

- **ECG**
- Glicèmia capil.lar
- Analítica
- Rx tòrax
- Gasometria arterial(si signes d'hipoxèmia o TEP)
- Gammagrafia pulmonar (TEP)
- Ecocardiograma (S. cardíac obstructiu)
- TC craneal (S. cerebrovascular)
- Tacte rectal (descartar melenes ,HDA)

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL

- **Crisis epilèptica:** + perllongada, recuperació + lenta, precedida d'aura, estat postcrític
- **Vertígen:** es pot confondre amb presíncope
- ***Drop attack:*** pèrdua brusca de l'equilibri i to muscular, sense pèrdua de coneixement.

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL

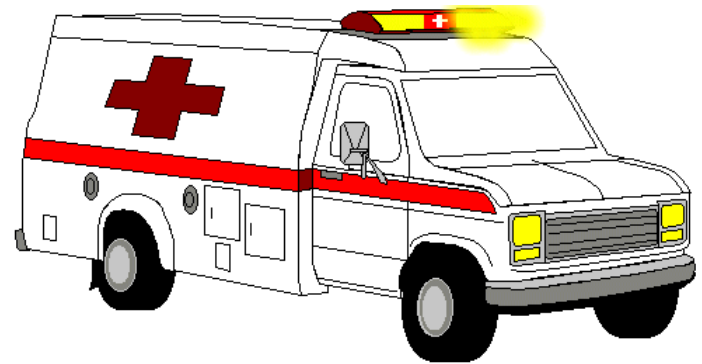
- **Simulació**
- **Hipoglicèmia**
- **Caiguda accidental:** freqüent en gent gran
- **AIT**

SÍNCOPE D'ALT RISC

- Desencadenat en decúbit o després de l'esforç.
- Durada perllongada (>20s) o episodis reiterats en un breu espai de temps.
- Acompanyat o precedit de dolor toràcic, dispnea o cefalea. Antecedents mort sobtada.
- Focalitat neurològica posterior.
- Sense pròdoms
- Gent gran



DERIVACIÓ?



PRIMÀRIA	URGÈNCIES
VASOVAGAL	APARICIÓ EN DECÚBIT
HIPOTENSIÓ ORTOSTÀTICA	POSTESFORÇ
CAUSA PSIQUIÀTRICA	DURACIÓ PROLONGADA
	COINCIDENT AMB IAM,TEP, DISPNEA
	SIGNES ECG DE MALATIA CORONARIA
	AUSENCIA PRÒDOMS
	POLS ARÍTMIC



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària