



Universidad del Sureste



Escuela de Medicina

“flujogramas”

Materia:

Urgencias

Docente:

Romeo Suarez Martinez

Alumno:

Tarsis Andrea Guillén Narváez

Semestre:

8° “A”

Insuficiencia Cardíaca descompensada

Estado crónico donde se ve afectado la capacidad del corazón de bombear Sangre con eficacia

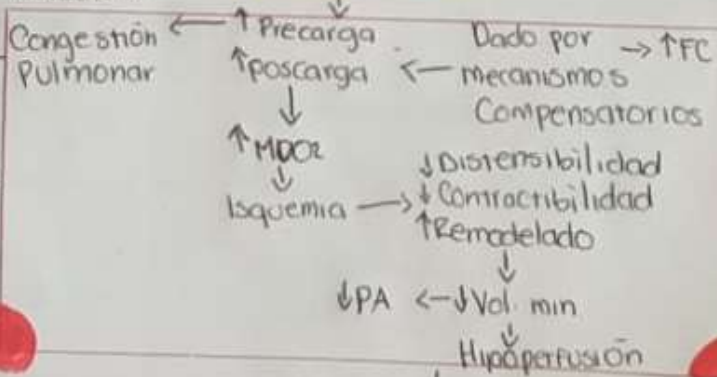
Clasificación

NYHA	AHA
Clase I	Estadio A
Clase II	Estadio B
Clase III	Estadio C
Clase IV	Estadio D

Causas

- IAM
- Cambio o incumplimiento de medicamento
- FA
- EPOC
- Insuf. Renal
- Crisis Hipertensiva
- Sepsis

Fisiopatología



Diagnostico

- Criterios de Framingham
 - > Mayores
 - Menores
- Valores
 - BNP
 - NT-Pro BNP
- Clínica
- Ecocardiografía

Presentación Clínica

FEVI	Médo	Conservada
↓	40%	>50%
↑	PN↑	PN↑

Izquierda

Retrogrado → anterogrado
Congestión Pulmonar Signo de hipoperfusión tisular

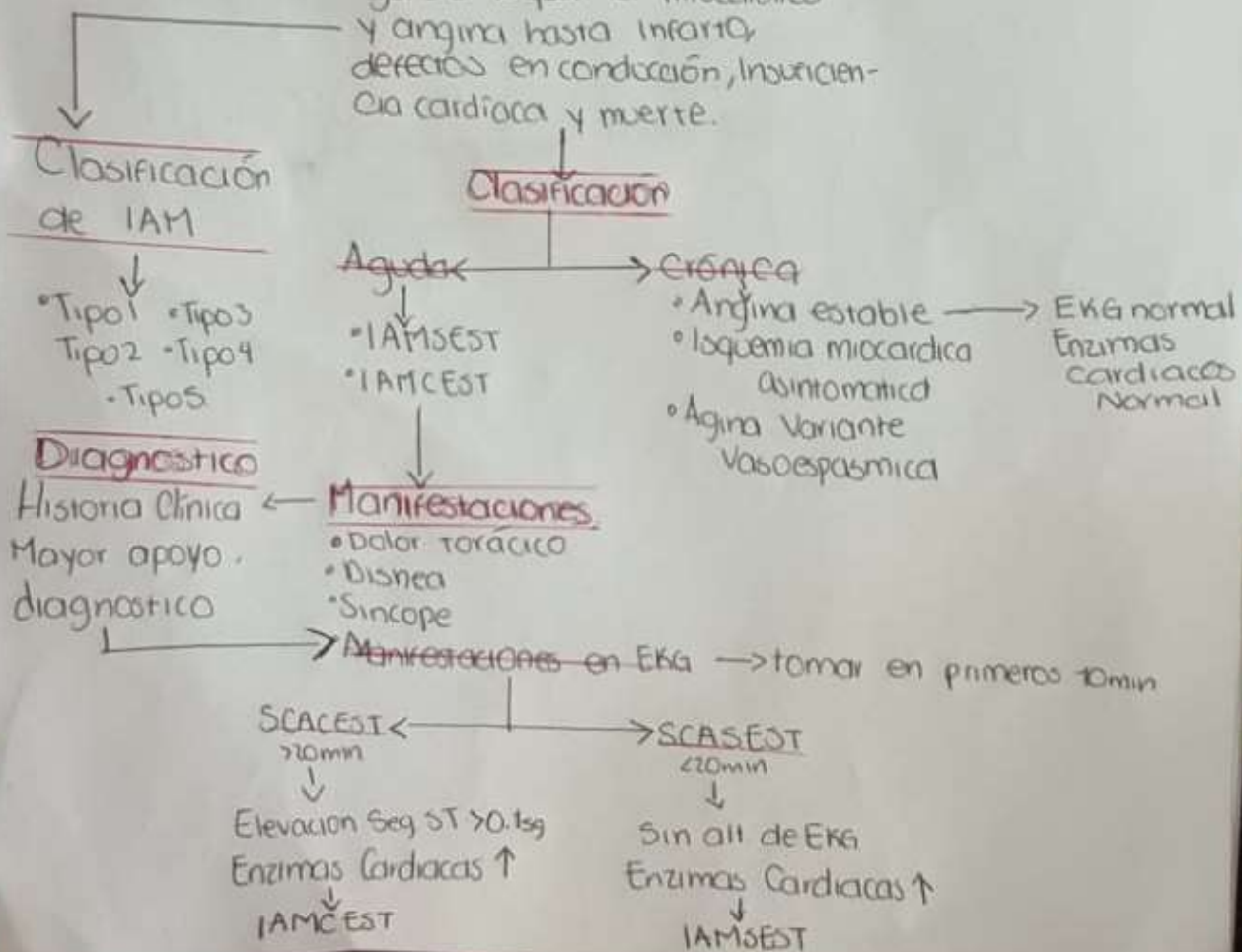
Derecha

Retrogrado → anterogrado
Congestión Sistémica Hipertensión arterial

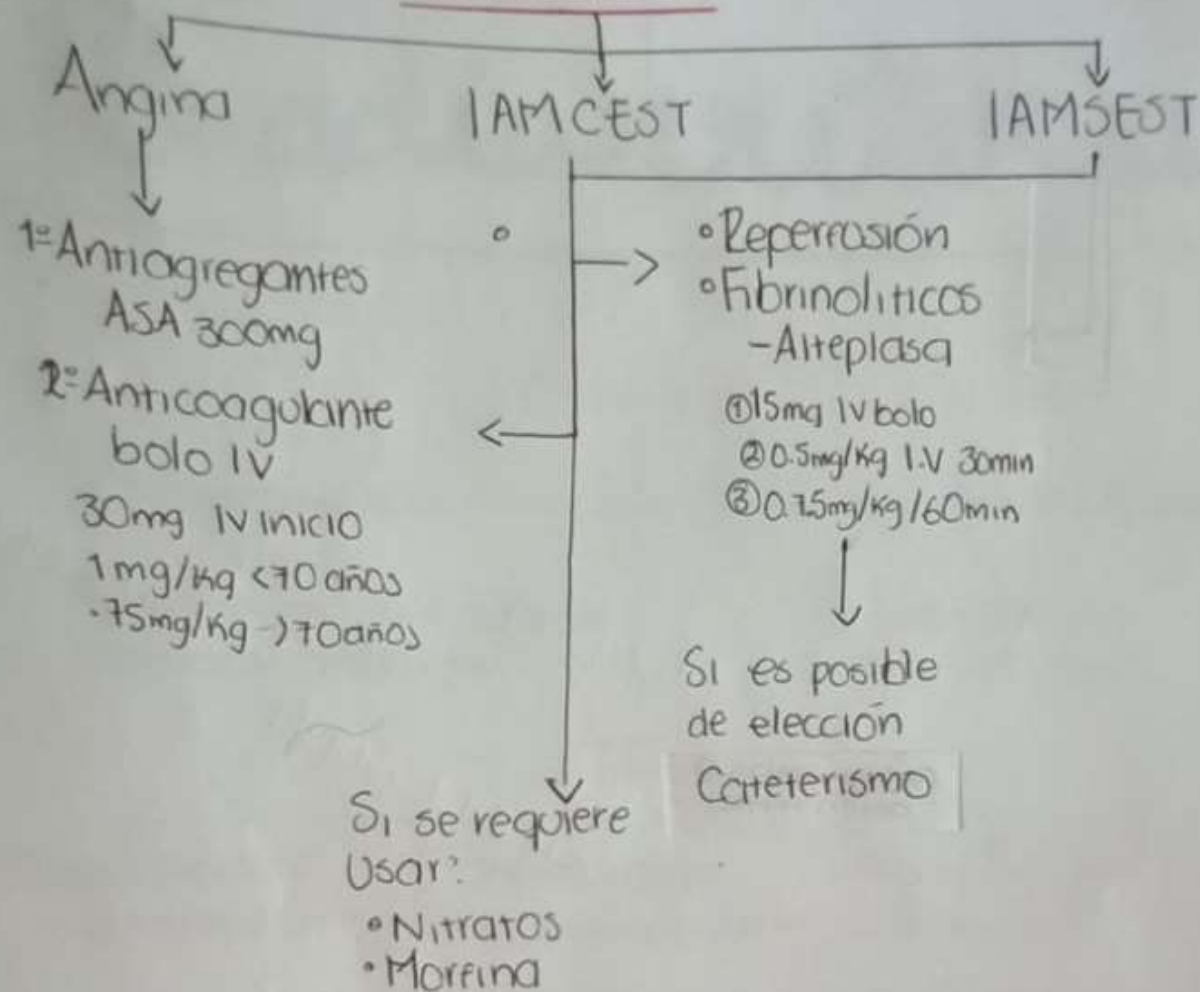
- ### Tratamiento
- CTEV
 - Ejercicio
 - Dieta
 - Evitar AINES
 - Tabaco y alcohol
 - IEC/AARA II
 - Diuréticos
 - β-bloqueantes
 - antiarrítmicos
 - NRA
 - ARM

Síndromes Coronarios

Sx causado por un flujo sanguíneo alterado que genera isquemia miocárdica y angina hasta infarto, defectos en conducción, insuficiencia cardíaca y muerte.

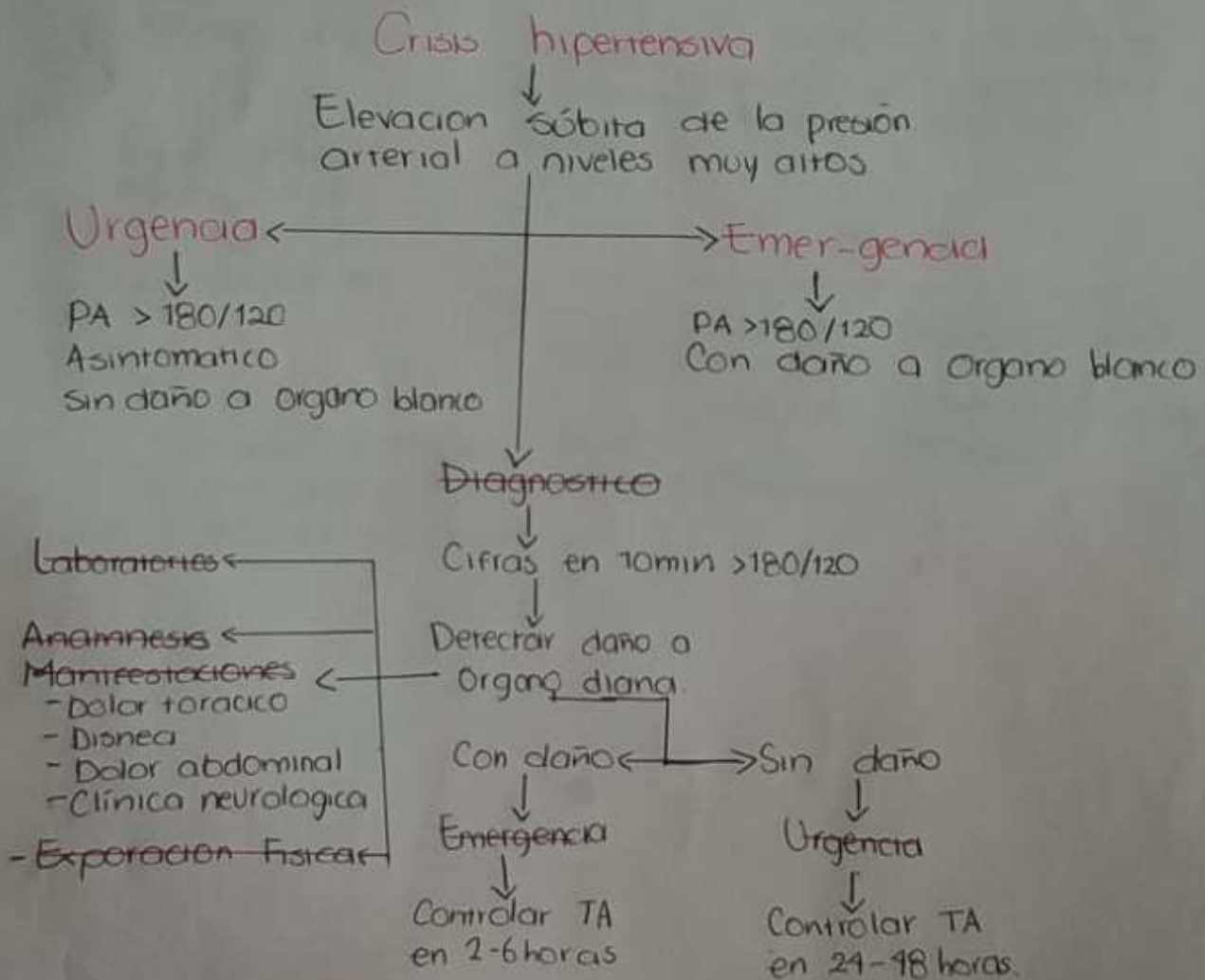


Tratamiento



Urgencia vs Emergencia

Hipertensiva



Tratamiento

Urgencia hipertensiva

Emergencia hipertensiva

- Colocar decubito supino
- Reposo (10 min)
- Si esta bajo tx iniciar de inmediato y ajustar dosis

- ABC
- Tomar EKG
- Canalizar vía periférica
- Sondaje vesical

El tratamiento sera vía intravenosa y dependera de organo afectado
Formaco de preferencia ← Labetalol

Si no esta bajo tx iniciar con un farmaco de accion lenta

→ Ejemplos ←

Ejemplos

- Captopril 50mg/12hs
- Furosemida 20-60mg/8hr
- Amlodipino 2.5-10mg/24

Disecao aortica

Esmolol
Labetalol

Edema Agudo de Pulmon

Nitroglicerato

Sx Coronario

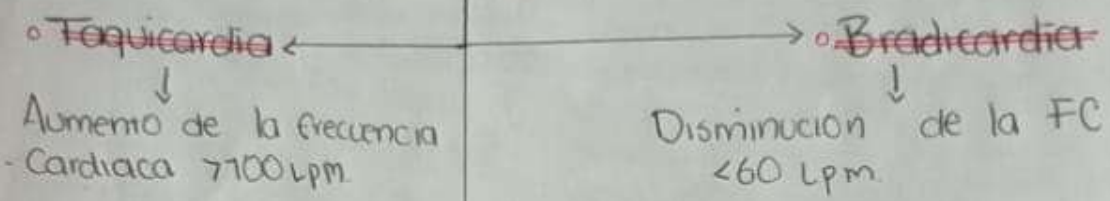
Labetalol
Nicardipino

ERA

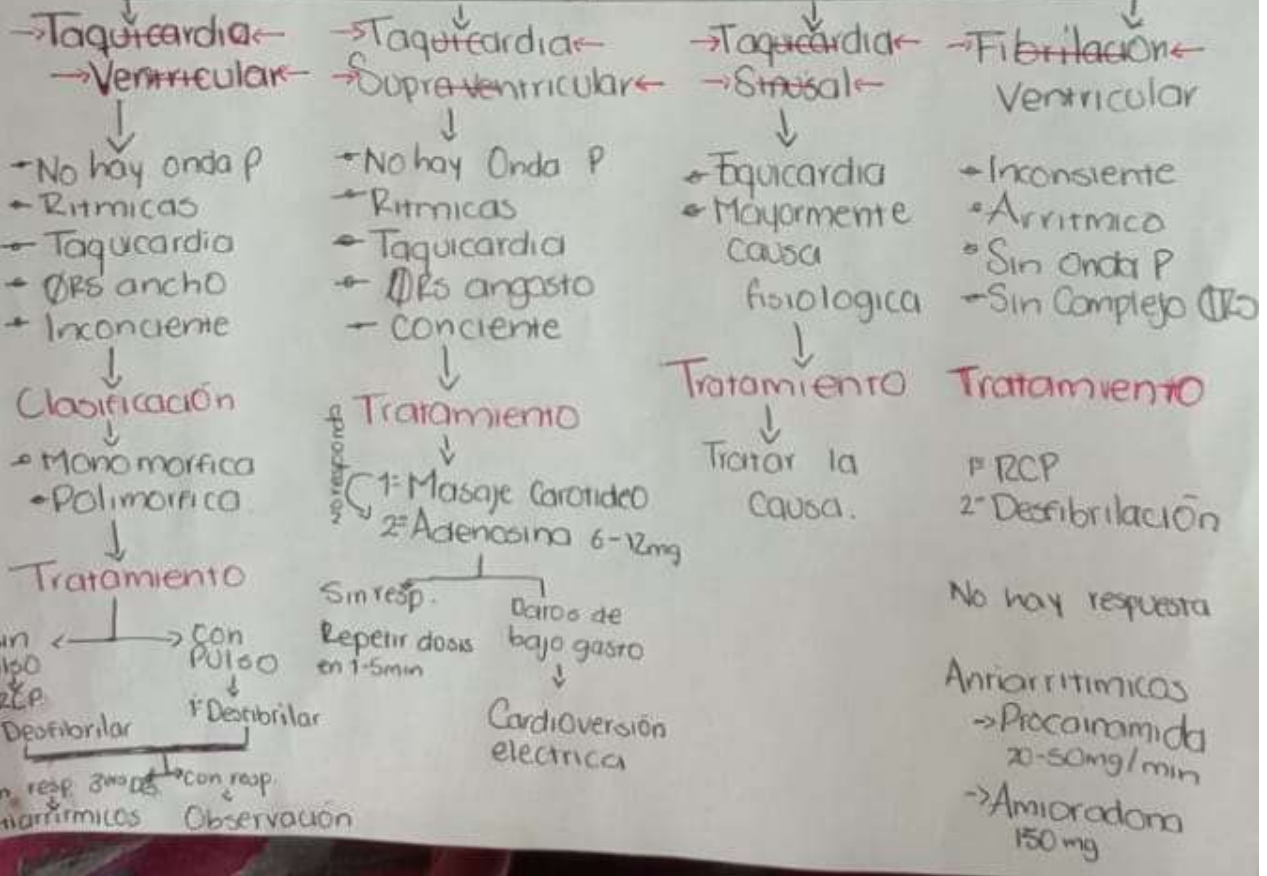
Nicardipino

Taquiarritmias y Bradiarritmias

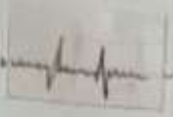
Definición.



Presentación



→ Fibrilación ←
→ Auricular ←

- No hay onda P
- Arritmico
- Onda F → 

Clasificación
FC < 60 = FA resp. lenta
FC 60-100 = FA resp. Moderada
FC > 100 = FA resp. Rápida

Tratamiento
• Antiagregantes
• Antiarrítmicos

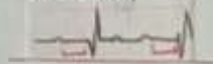
Depende del paciente

→ Bloqueo AV ←

Clasificación

1er grado

Presenta una Separación de la onda P y complejo QRS > .20s



El paciente puede vivir normalmente

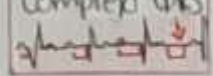
2do Grado

Clasificación

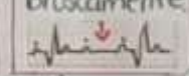
→ Mobitz I ←

→ Mobitz II ←

Existe un distanciamiento paulatino hasta que desaparece el complejo QRS



No hay Prolongación de PR
• QRS desaparece bruscamente



Tratamiento

Mobitz I

Mobitz II

ASintomático

No se administra algún fármaco

Manejar en observación si presenta síntomas

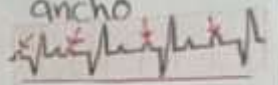
Sintomático

Atropina 1mg bolo IV cada 3-5 min
Max. 3mg

En caso de hipotensión Administra dopamina

3er grado

- Onda P desorganizada
- Complejo QRS ancho



Tratamiento

Dopamina y si no existe contraindicación Marcapasos

Trauma Craneoencefalico

Clasificación

Glasgow (evaluar cada 8hrs)

- Grave ≤ 8
- Moderado 9-13
- Leve 14-15

- Analgesia si hay heridas
- Vitamina K, si toma anticoagulantes y suspender estos.

Lesión Física & deterioro funcional Craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica

Monitorizar

- Signos Vitales
- Reacción Pupilar
- Mov. miembros
- Aparición de signos de fx de craneo
- Movilidad Cervical

Manejo

Grave

- Realizar TAC e ingresar UCI
- Intubación
- ABCD
- Estabilizar o.v.
- Posición Semi-fowler 30°
- Manejo Neurocirugía

Moderado

- Realizar TAC y evaluación constante
- TAC Normal (estancia hospitalaria 8hrs)
- Vigilar clínica
- TAC anormal o datos neurologicos revalorar
- Valoración neurocirugía

Leve

- TAC con datos de Severidad
- Radiografía
- Si presento en algun momento pérdida de la conciencia mantener en observación 8hrs

Ex de base de craneo

- Ojos de mapache
- Signo de Battle
- Otorragia

Datos de severidad

- Anisocoria
- Convulsiones
- Pérdida de 2 puntos en < 8 hrs.
- Vomito
- Cerealea
- Hemiparecia
- Habla alterada.

Observar en TAC

- Desplazamiento de línea media > 2 cm
- Pérdida de continuidad de craneo
- Masas encefalicas.

EVC

Hemorrágico e Isquémico

Producido por la Obstrucción de una arteria que va al cerebro

Debido a la formación de coágulos

EVC Isquémico

Clasificación

Global ← → Focal

AIT ← → Infarto Cerebral

Aterotrombótico
Cardioembólico
Lacunar
Otros

Manifestaciones

Dolor de cabeza
Afectación de la visión
Afectación del habla
Pérdida del Equilibrio
Pérdida de la fuerza

Diagnóstico

Resonancia Magnética
TAC

Factores de riesgo

- Fibrilación auricular
- Arteriopatía
- Hipertensión Arterial
- IAM
- Diabetes
- Obesidad

Manejo

- Presión arterial
→ fibrinólisis = <185/110 mmHg
- Azúcar
→ meta = 140-180 mg/dl
- Temperatura
→ Mantener <38°C
- Oxígeno
→ saturación <94%
- Soluciones
→ evitar sol. glucosada

Tratamiento

- o Trombolisis
- Alteplasa 100mg/iv /2hrs
- o Fibrinólisis
- Tenecteplase 0.25mg/kg
on bolo iv

EVC Hemorrágico

→ Es una enfermedad cerebrovascular que afecta al suministro de sangre al cerebro

Causa
↓
La ruptura de alguna arteria del cerebro.

↓
15% de EVC.

Clasificación

Intraparenquimática

↓
Ruptura de arteria intracerebral

↓
Etiología

- HTA
- Angiopatía

epidural

↓
Lesión menígea media

↓
Manifestación
- Pérdida transitoria de la memoria

↓
Forma biconvexa

Subdural

↓
Ruptura de venas entre cerebro y senos

↓
Etiología Traumática

↓
Forma de media luna

Subaracnoidea

↓
Puede ser causado traumas o espontáneo

↓
Factores de riesgo

- Tabaquismo
- Alcoholismo
- HTA

↓
Manifestaciones

- Cefalea
- Náuseas
- Vómito
- Signos meníngeos

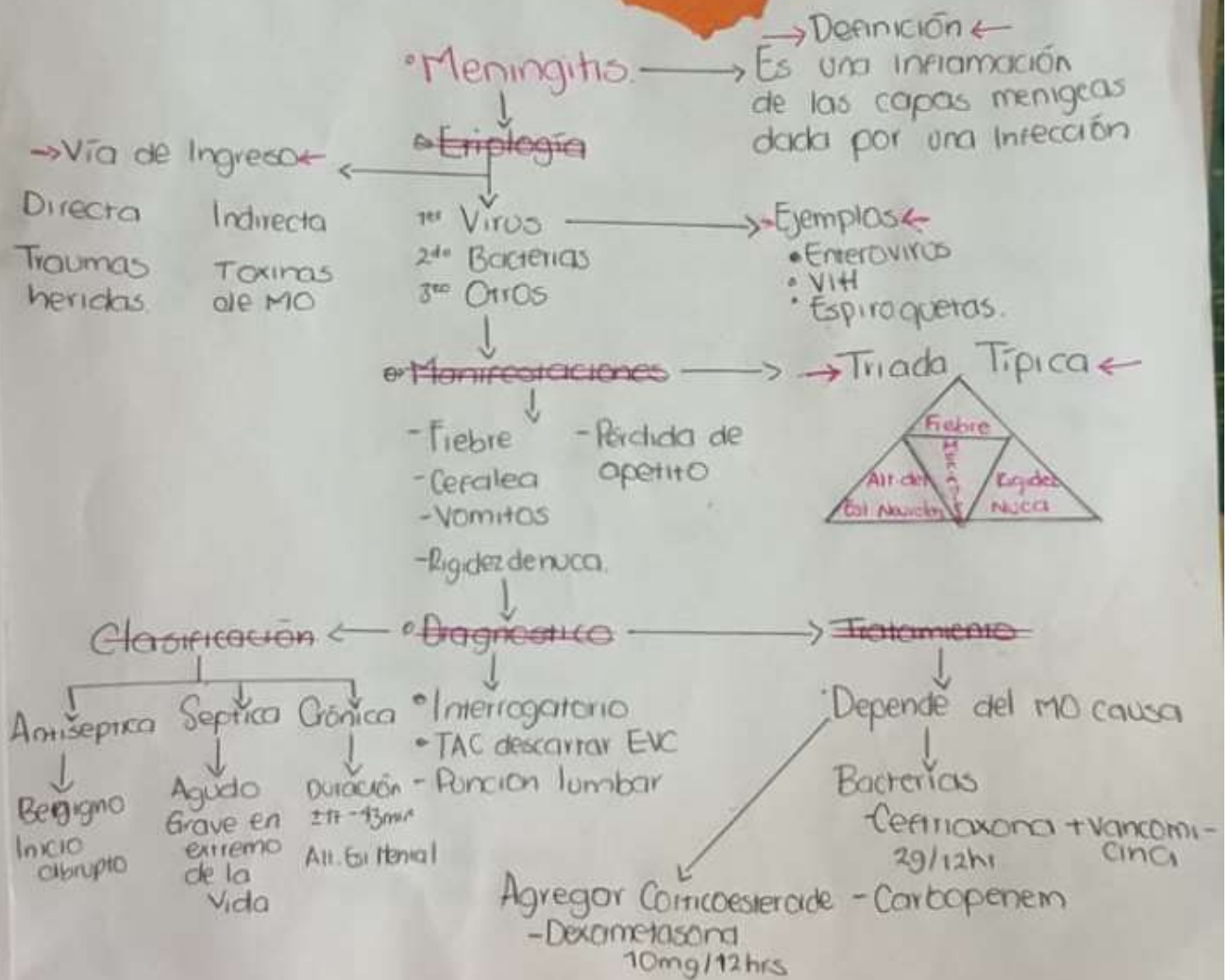
↓
Diagnóstico

↓
TAC con estándar

↓
Tratamiento

↓
Valoración Neurocirugía

Neuroinfecciones



Absceso Cerebral

Infección intracerebral, focal que inicia como una área localizada de cerebritis y desarrolla una colección de pus.

Estadios de absceso

- Temprano (1-3 días)
- Tardío (4-9 días)
- Capsula temprana (10-14 días)
- Capsula tardía (>15 días)

Presentación clínica

- Depende de tamaño y localización
- Virulencia de MO
- Antecedentes patológicos

- Náuseas
- Vómito
- Letargia
- Estupor
- Fiebre <50%
- Focalización
- Papiledema <25%

Diagnóstico

- Resonancia Magnética
- LCR (NO específica)
- TAC

Tratamiento

Depende del MO

Para bacterias Usar Atb de alto espectro.

Encefalitis

Infección aguda del parénquima cerebral

Manifestaciones

- Fiebre
- Cefalea
- Alt. Estado Conscien.
- Convulsiones
- Cambios de Personalidad

Diagnóstico

- Clínica
- Neuroimágenes
- Examen neurológico

Tratamiento

- Aciclovir IV
10-30mg/Kg/día por
2-3 semanas

