



Universidad del sureste
Escuela de medicina humana

DIAGRAMAS DE FLUJO

URGENCIAS MEDICAS

Dr. Romeo Suarez Martinez

Por: Diego Armando Hernández Gómez

8 semestre grupo B

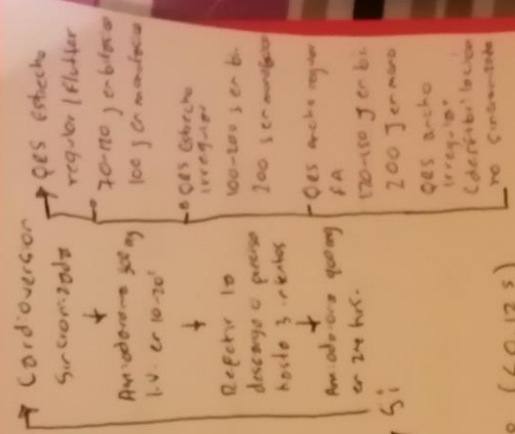
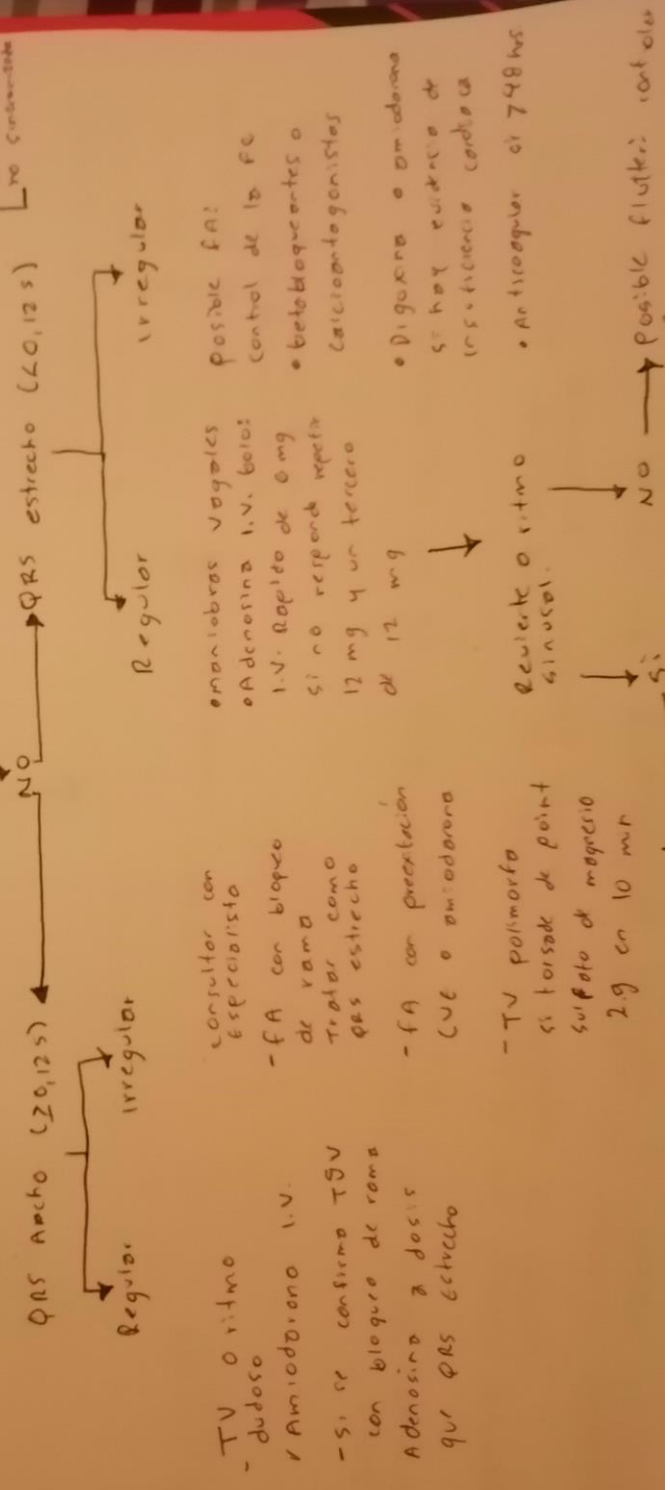
Comitán de Domínguez, Chiapas, México a 24 de abril del 2022



TAQUIARRITMIAS

- Evaluar utilizando ABCDE
- Oxígeno y vía IV
- Monitorización electrocardiográfica
TIA cateteresa de derivaciones
- Monitorizar presión arterial
- Tratar causas reversibles

Signos de alarma
a) shock
b) isquemia miocárdica
c) síncope d) ICC



Bradiarritmias

Evalue la frecuencia cardiaca es adecuada para el estado clinico.
frecuencia cardiaca por lo general $< 50 \text{ bpm}$ si existe bradiarritmia

- o Mantenga la via de acceso permeable (apoye ventilacion si es necesario)
- o OXigeno (en caso de hipoxemia)
- o Monitor cardiaco para identificar el ritmo, monitor de T/A oximetria
- o via IV

Bradiarritmia persistente que causa

Si

Si

- Atrópina
- o Si la atropina resulta ineficaz
 - o marcapasos, transcutaneo
 - o infusion de dopamina
 - o infusion de adrenalina
- * considere \rightarrow especialista
- # Marcapasos transvenosos

monitoreo y observar

Dosis
Atropina, dosis I.V. $\dot{=}$ primera dosis: bolo de 0,5 mg, repita cada 3-5', maximo 3 mg

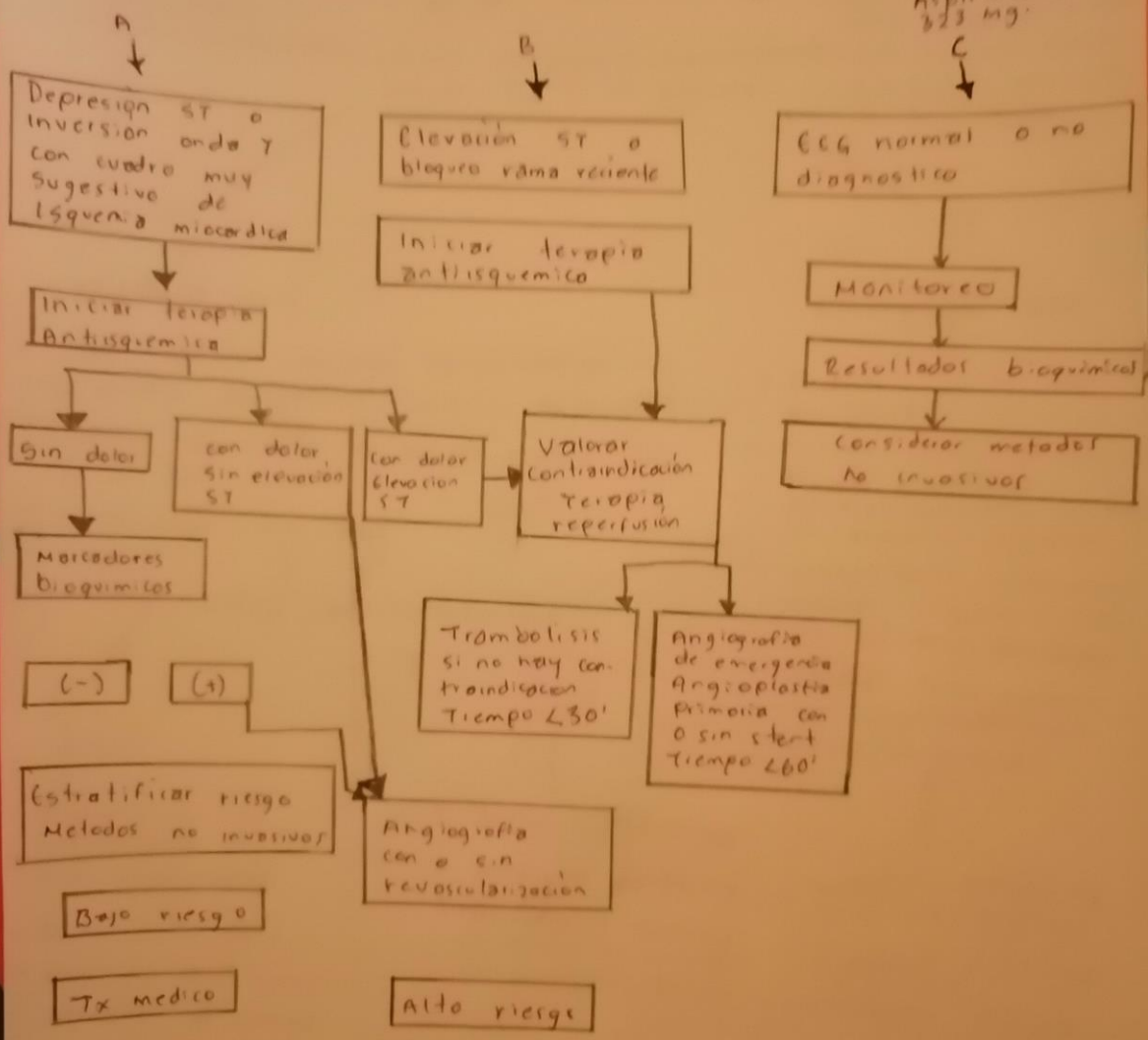
Dopamina: infusion I.V. la perfusion normal es a 2-20 mcg/kg por minuto
valorar la respuesta del paciente, disminuir lentamente

Adrenalina, infusion I.V.: infusion de 2-10 mcg por minuto
valorar la respuesta del paciente

Síndrome isquémico coronario agudo

Pacientes con dolor torácico agudo
↓ <10' (evaluación clínica y examen físico breve ECG y muestras sanguíneas)

Evaluación del electrocardiograma



Crisis HTA

TAS ≥ 180 y/o

TAD ≥ 120

Confirmar cifras en 10'

Anamnesis dirigida

- Dolor torácico
- Disnea
- Dolor interescapular
- Clínica neurológica

Exploración física

- fondo de ojo
- Tercer tono cardíaco
- crepitantes pulmonares
- Asimetría de pulsos
- masa abdominal pulsátil
- focalidad neurológica
- Alteración del nivel de consciencia

¿Lesión de órgano diana?
Buscar signos de alarma

NO

Urgencia HTA

- Reposo 30 min valorar benzodiazepinas VO
- Descartar pseudo crisis HTA (Tx de la causa)
- Reducir el 20% de la PA media en 12-48 hrs
- Medicación vía oral

Tx previo antihipertensivo

Si

- Administrar su tratamiento si mal cumplimiento
- Aumentar dosis
- Asociar otro fármaco
- Cambiar de fármaco

NO

1. Captopril 12,5-25 mg
2. Atenolol 25-50 mg
3. Amlodipino 5-10 mg
nifedipino 5-10 mg
nicardipino 30 mg

Si

Emergencia HTA

- Reducir 20% PA en 30-120
- Evitar descensos bruscos de PA mantener PA $> 160/100$ mmHg (excepto en disección aórtica)
- Tratamiento intravenoso
- pruebas complementarias AS, AO, ECG, Rx torax
- Valorar TAC craneal
- TAC toracoabdominal
- ECGograma

- Captopril 25-100 mg
15-30 min 4/6 hrs
- Enalapril 5-20 mg
1 h/24 h
- Amlodipino 5-10 mg
1-2 h/24 hrs
- furosemida 40 mg
30-60 min 6-8 hrs

Sospecha de insuficiencia cardiaca aguda; valoración de síntomas y signos.

¿Enfermedad cardíaca?

¿ECG/BNP/Radiografía de tórax?

NOORMAL

ANORMAL

Evaluar función cardíaca por ecocardiografía / otras técnicas de imagen

ANORMAL

INSUFICIENCIA (AGUDA) (evolucionar por ecocardiografía)

Caracterizar el tipo y la gravedad

Pruebas seleccionadas
Ecocardiografía, monitorización
Hemodinámica (CAF)

Considerar otro diagnóstico

Diagnostico de EVC

Paciente con sospecha de EVC

Interrogar y realizar exploración física en busca de deficit neurologico

Valoracion con alguna escala prehospitalaria para sospecha diagnostica de EVC (fast o Cincinnati o los angeles)

¿Escala prehospitalaria positiva para sospecha de EVC?

Si
Prueba rapida de glucosa para descartar hipoglucemia

¿Se confirma hipoglucemia?

NO

Sospecha alta de EVC, realizar escala NIHSS

¿Escala NIHSS con puntaje mayor a 20?

Si

Si
Valoración por neurocirujia

NO
Paciente candidato a Tx trombolitico endovascular

Solicitar estudios de laboratorio y gabinete que incluyen TAC o RM urgente

Se observa EVC hemorragico
¿la sintomatologia tiene mas de 6 horas de evolucion?

NO

Si

NO → Datos radiologicos de EVC isquemico

Si → Pz no candidato a trombolitico

TAC simple de control
Tx de soporte

Manejo etiológico según la etiología

Sospecha de síndrome meníngeo agudo

- Inmunodepresión
- Enfermedad previa del sistema nervioso central
- Crisis epiléptica reciente
- Papiledema
- Deterioro del estado de conciencia

- Signos focales encefálicos

SI

- TAC craneal indicado
- Hemocultivos seriados
- Tratamiento Antibiótico
- Dexametasona

TAC craneal normal

punción lumbar

NO

punción lumbar

- Hemocultivos seriados
- Tratamiento antibiótico
- Dexametasona

LCR compatible con meningitis

Tinción de gram

Negativo

Tx empírico

positivo

Tx dirigido

