

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

Francisco Javier Méndez López

Urgencias medicas

Cuadros de cada tema

BRADIARRITMIAS.

Evaluar si la FC es adecuada para el estado clínico. FC por lo general < 50 lpm si existe bradiarritmia.



- Identificar y tratar causa subyacente.
- Mantener vía aérea permeable, Ayudar con la ventilación según sea necesario.
- Oxígeno (caso de hipoxemia)
- Monitor cardíaco para identificar ritmo
- Monitorizar TA y oximetría.
- Acceso IV
- ECG de 12 derivaciones.



Bradiarritmia persistente:

- ¿Hipotensión?
 - ¿Alteración mental Aguda?
 - ¿Signos de shock?
 - ¿Molestia Torácica Isquémica?
 - ¿Insuficiencia Cardíaca Aguda?
- no → Monitorizar y observación.



si



- Atropina
- si la atropina resulta ineficaz: →
 - Electroestimulación cardíaca percutánea
 - Infusión de dopamina.
 - Infusión de Adrenalina.
- consultar al experto
- Marcapasos percutáneo transvenoso.

TAGUARRITMIAS

Evaluar si la frecuencia cardiaca es adecuada para el estado clinico
FC por lo general ≥ 150 lpm si existe taquiarritmia.

Identificar y tratar causa subyacente

- Mantener via aerea permeable,
- Oxigeno (en caso de hipoxemia).
- Monitor cardiaco para identificar ritmo.
- Monitorizar PA y oximetria.

La taquiarritmia persistente:

- ¿Hipotension?
- ¿Alteracion mental Aguda?
- ¿Signos de shock?
- ¿Molestia toracica isquemica?
- ¿Insuficiencia cardiaca?

Cardioversion sincronizada

- Considerar sedacion
- si existe complejo regular estrecho, considerar administracion de Adenosina.

¿QRS ancho?

≥ 12 seg

NO

- Acceso IV y ECG 12 derivaciones
- Maniobras vagales
- Adenosina.
- Betabloqueadores o calcioantagonistas
- Consulta al experto.

- Acceso IV y ECG 12 deriv.
- Considerar administracion de adenosina solo si es regular.
- Considerar infusion de antiarritmicos
- Consultar al experto

Insuficiencia Cardíaca.

Sospecha de Insuficiencia Cardíaca

↓
Anamnesis y Exploración física.

ECG

RX TORAX

LABORATORIO

P. Natriureticos

Ecocardiograma.

↓
Cuadro clínico compatible con insuficiencia cardíaca. → Factores Precipitantes

¿Vent. / O₂ Inadecuada sistémica?

↓
Oxígeno VNI
ETT y ventilación Invasiva.

¿Rritmia / Bradiarritmia amenazante para la vida?

↓
Cardioversión eléctrica.
Marcapasos

¿Presión arterial sistólica < 85 mmHg o shock?

↓
Inotropas / Vasopresor
Soporte Circulatorio mecánico

¿ISx coronario Agudo?

↓
Reperfusion Coronaria
Tx. Anti trombótico.

Crisis Hipertensiva.

Crisis hipertensiva
PAS > 200 mmHg / PAD > 120 mmHg.

Valorar lesión en órgano diana.

NO

Asintomático o
síntomas leves.

URGENCIA.

Control TA en 24-48 hrs.
Medicación oral.

Reposo, sedación, evitar
nifedipina

IECA / ARA 2.
calcioantagonistas
B- Bloqueadores o
Diuréticos.

SI

síntomas graves.

EMERGENCIA.

Control de TA en 2-6 hrs
Medicación IV

- HTA Maligna
- Edema pulmonar
- Disección Aórtica.
- Encefalopatía HTA
- Eclampsia

Medicación oral
escalonada

Estudio protocolizado
de HTA.

Síndrome Isquémico Coronario Agudo.

Paciente con dolor torácico Agudo

Realizar historia clínica en busca de factores de riesgo y de síntomas típicos y atípicos de isquemia, además en la EF signos de falla cardíaca.

ECG seriados con elevación del ST2 → Si → IAM CEST

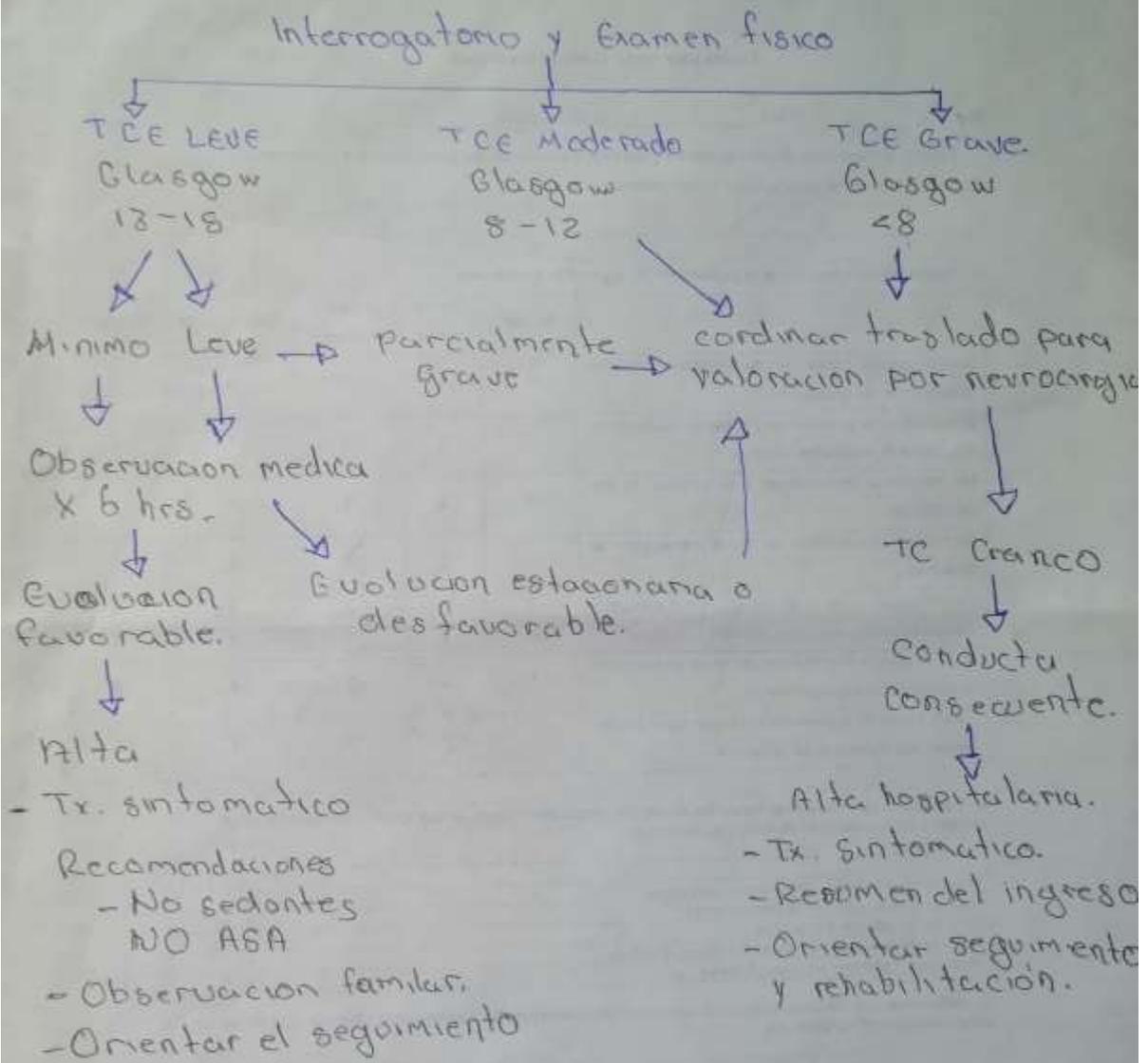
SCA SEST

Elevación de biomarcadores percentil ≥ 99 → Si → IAM SEST.
(angiografía coronaria percutánea)

NO

Angina Inestable
estratificador de riesgo

Traumatismo craneoencefalico.



Infecciones del sistema nervioso central

Q

