



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina Humana

SEMESTRE:

8º A

MATERIA:

URGENCIAS MEDICAS

TRABAJO:

CARDIOLOGÍA (DIAGRAMAS DE FLUJOS)

DOCENTE:

DR. ROMEO SUAREZ MARTINEZ

ALUMNO (A):

YANETH ORTIZ ALFARO

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS, 21 DE OCTUBRE DEL 2022.

Factores de Riesgo

- Edad
- HAS
- Diabetes
- Aterosclerosis
- Obesidad
- Tabaquismo
- Alcoholismo

SINDROME CORONARIO AGUDO

Desequilibrio entre los requerimientos de oxígeno del miocardio. Disminuyen y alteran las arterias coronarias.

Características Clínicas

- Dolor torácico, retroesternal
- Opresión
- Irradiación (cuello y mandíbula)
- Duración > 30 min.
- No cede al reposo
- Disnea
- Signos gastrointestinales

Clasificación

IAMCESST

Oclusión y cese del flujo coronario de A. coronaria.

Diagnóstico

EKG: ↑ ST (EKG normal) ↑ marcadores

Electrocardiograma

1. Identificar el segmento ST
2. Ubicar el punto J (no genera voltaje)
3. Elevación del ST > 2mm hombres y > 1.5mm en mujeres.
4. Derivaciones contriguas

IAMSESST

Oclusión transitoria u obstrucción no completa del flujo

Diagnóstico

EKG normal, ↓ ST, ↑ de marcadores, inversión de onda T

Localización

- V1-V2: C. Septal
- V3-V4: C. anterior
- V5-V6: C. lateral
- DI-AVL: cara lateral alta.
- DII-DIII-AVF: cara inferior

ANGINA

Dolor o malestar en el pecho, a consecuencia en la falta de aporte de oxígeno al corazón.

- Estable: Más común con patrón regular
- Inestable: inminente, requiere tratamiento. No se alivia al reposo
- Variantes: rara, aparece en reposo, dolor intenso

Tipos de IAM

- Tipo I
 - Tipo II
 - Tipo III
 - Tipo IV
 - Tipo V
- Infarto inferior (más frecuente)
 • A. coronaria descendente posterior
 • Afección de cara del corazón
 • Derivaciones: DII, AVF, DIII

Tratamiento

Complementaria

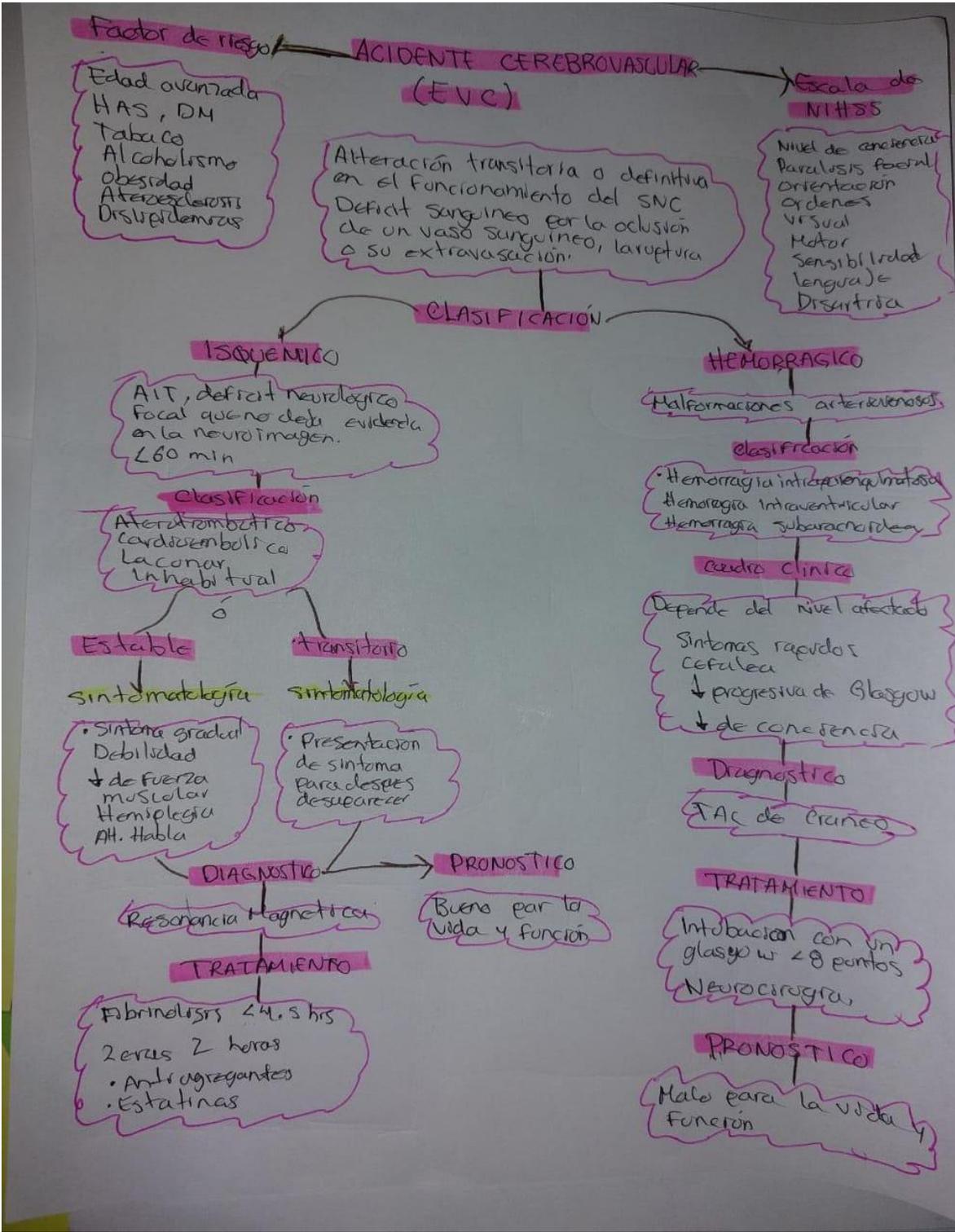
- > Cateterismo Percutáneo < 120 min
- > Trombolisis (IAMCESST)
 - < 12 hrs. • ↑ segmento ST
 - Dolor > 120 min.
- > Alteplase: Bolo 15mg
 Dosis 30 min: 0.75mg/kg
 Dosis 60 min: 0.5mg/kg
- > Tenecteplase: Bolo 0.5mg/kg

Coadyuvante

- Anticoagulantes
 - ASA: 160-325mg. Dosis inicial. Mantenimiento: 100mg q24h.
 - Clopidogrel: 300mg D. inicial mantenimiento: 75mg q24h.
- Anticoagulante
 - Enoxaparina: > 75 años 30mg IV Bolo, 1mg/kg/12h.
 - > 75a 0.75mg D. mantenimiento
- Estatinas:
 - Atorvastatina: 80mg D. inicial < 124 hrs.
- Manejo del Dolor
 - Opióide (Tramadol)
 - Nalbufina

Biomarcadores

- Perfil cardíaco
- Mioglobina: ↑ en 1-2 hrs
- CK total: ↑ en 4-6 hrs
- DHL: ↑ 10 hrs.
- cK-MB: ↑ 6-10 hrs.
- Troponina I: mayor sensibilidad, ↑ 4 hrs.



BRADIARRMIA Y TAQUIARRMIA

Frecuencia cardiaca < 60 latidos por minutos en adulto

Frecuencia cardiaca > 100 lat/m
Valoración urgente

- Factor de riesgo**
- Edad avanzada
 - PA elevada
 - Fumador
 - Consumo de alcohol
 - Estrés/larguedad

- Etiología**
- Proceso degenerativo
 - Daño cardíaco
 - Miocarditis
 - Hipotiroidismo
 - AOS
 - Enf. sistémicas
 - Fármacos antiarrítmicos

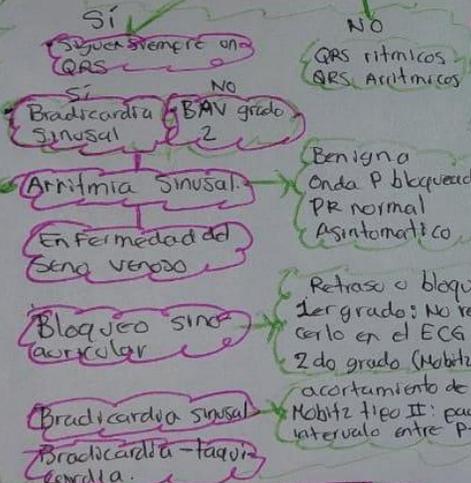
- Factores de Riesgo**
- HAZ
 - Alcoholismo
 - Diabetes
 - Hipertiroidismo
 - Enf. coronaria
 - Fármacos antiarrítmicos
 - Tabaco

- Sintomatología**
- Dolor torácico
 - Agitación
 - Palpitações
 - Síncope
 - Sudoración
 - Palidez
 - Disnea

- Sintomatología**
- Doble de pecho
 - Confusión
 - Vertigo/turdimientos
 - Síncope
 - Disnea
 - Fatiga
 - ansancio
 - intolerancia al esfuerzo
 - ↓ PA

CLASIFICACIÓN

Presencia de Onda P



Bloqueo Aurículo-ventricular

- Bloqueo aurículoventricular de primer grado
 - PR > 200 mS
- Bloqueo aurículoventricular de Segundo grado
 - Mobitz 2
 - > PR, Pérdida de conducción
- Bloqueo aurículoventricular de 3er grado o completo.
- Fibrilación Auricular con respuesta lenta

CLASIFICACIÓN



TRATAMIENTO

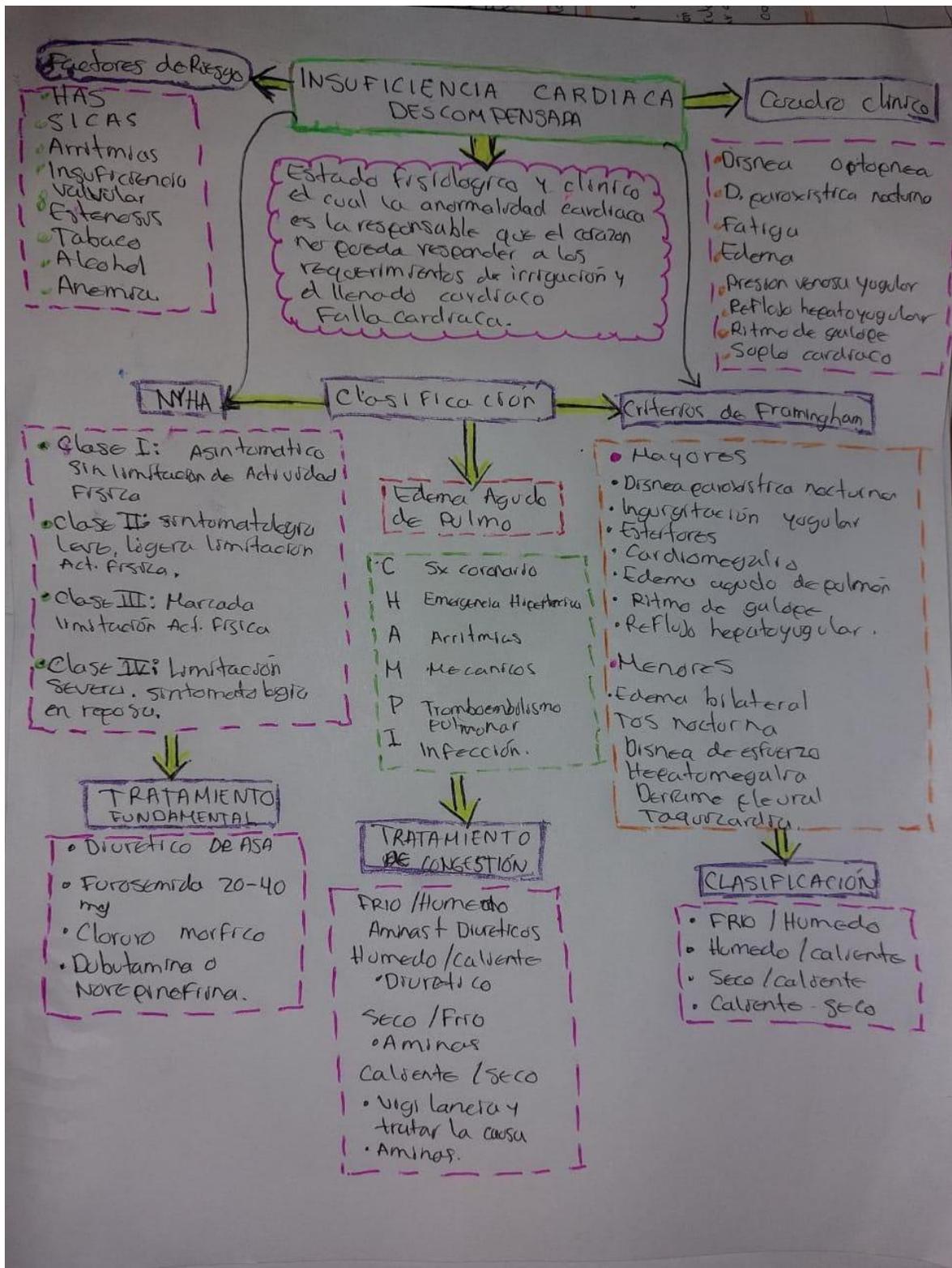
- Antiarrítmicos
- Amiodarona
- RCP (impulso)
- Estable TX
- Masaje carotídeo
- Adenosina inestable
- Cardioversión
- verapamilo
- amiodarona
- β-bloqueadores
- RCP
- DRE
- Antiarrítmicos
- Procainamida 20-20 mg
- Amiodarona 150 mg
- Antiarrítmicos
- Antiagregantes

BLOQUEO AV

- 1er grado: prolongación del PR, Ritmo regular
- 2do grado: sin QRS
- 3er grado: falla cardíaca completa (Tx marcapasos)

Tratamiento

- Vía aérea permeable
- Ventilación
- Oxígeno
- ECG
- Amínas
- Marcapasos.



MENINGITIS NEUROINFECCIÓN

Factores de Riesgo

- Edad
- Valvulas
- Mielomeningocele
- Heridas
- Cirugía
- Sis. Inmunitario comprometido

Proceso inflamatorio de la aracnoide y el liquido cefalorraquídeo, ocasiona inflamación de leptomeninge y tejido neural.

Etiología

- Bacterias
- Virus
- Tuberculosis

Manifestaciones clínicas

- Depende el agente causal
- Fiebre
- Hipotermia
- Convulsiones
- Rigidez de nuca
- Irritabilidad
- Letargia
- Alteración de la conciencia

Datos o signos de alarma

- Fiebre
- Rigidez de nuca
- Convulsiones.

TRIADA

- Rigidez de nuca
- Signo de Kernig
- Signo de Brudzinski

CLASIFICACIÓN

Bacteriana

Precedida de la nasofaringe por las bacterias. Mediada principalmente por *S. pneumoniae* y del grupo B.

Viral o aseptica

Evolución favorable sin complicaciones.
• Enterovirus • Herpes
• Arbovirus • Adenovirus
Influenza A o B.

Tuberculosa

Frecuente en niños de 6 meses a 4 años.
Progresión lenta.
Alteración de pines craneales.

DIAGNOSTICO

- Pruebas analíticas
BH
Punción lumbar
- Pruebas de imagen
TAC
Ecografía transfontanelar (neonatos)

TRATAMIENTO

- Viral.
- Sintomático / Analgesia
 - Antitérmicos / Hidratación
 - Tx empírica: Aciclovir
60 mg/kg/día (neonatos)
30 mg/kg / cada 8 hrs.

Bacteriana

- Ceftriaxona 2g / 12
- Vancomicina 45-60 mg/kg día dividido en tres dosis
- Dexametasona 0.15 mg/kg cada 6 hrs.

TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

Lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica

Presión Intracraneal

- ↓ Perforación cerebral
- Isquemia.
- > 22 mmHg
- Mal postórico

Doctrina de Monro-Kellie

- Estado normal - PIC normal
- Estado compensado - PIC normal
- Estado descompensado - PIC ↑
- Volumen total de contenido intracraneal

Flujo sanguíneo cerebral

- ↓ FSC en horas horas posterior a la lesión
- ↑ 2 a 3 dras
- Coma foso

- Por impacto directo
- Desencadena Fenómenos bioquímicos
- Muerte celular.
- Daño axonal difuso

FISIOPATOLOGÍA

Lesión Primaria

Lesión Secundaria

- Hipoxia tisular
- ↑ PIC
- Hipoxemia / hipovolemia.
- Hematomas
- Edema cerebral
- Atención

CLASIFICACIÓN

Severidad de la lesión

- Escala de Glasgow
- 13-15 Leve
 - 9-12 Moderado
 - ≤ 8 Severo.

Morfología de la lesión

Fracturas de cráneo

- Boveda
- Base de cráneo
- Lineales o estrelladas
- Abiertas o cerradas
- E. periorbitaria
- signo de battle
- Rinorrea u otorrea

Lesión Intracraneal

- Difusas
 - convulsión leve
 - hipoxias
 - Isquémica
- Locales

Lesión craneoencefálicas focales.

- #### Hematoma Epidural
- Infrecuentes
 - Temporal o parieto-temporal
 - Coágulos de origen arterial
 - Intervalo de lucidez

Lesión Craneoencefálicas Focales

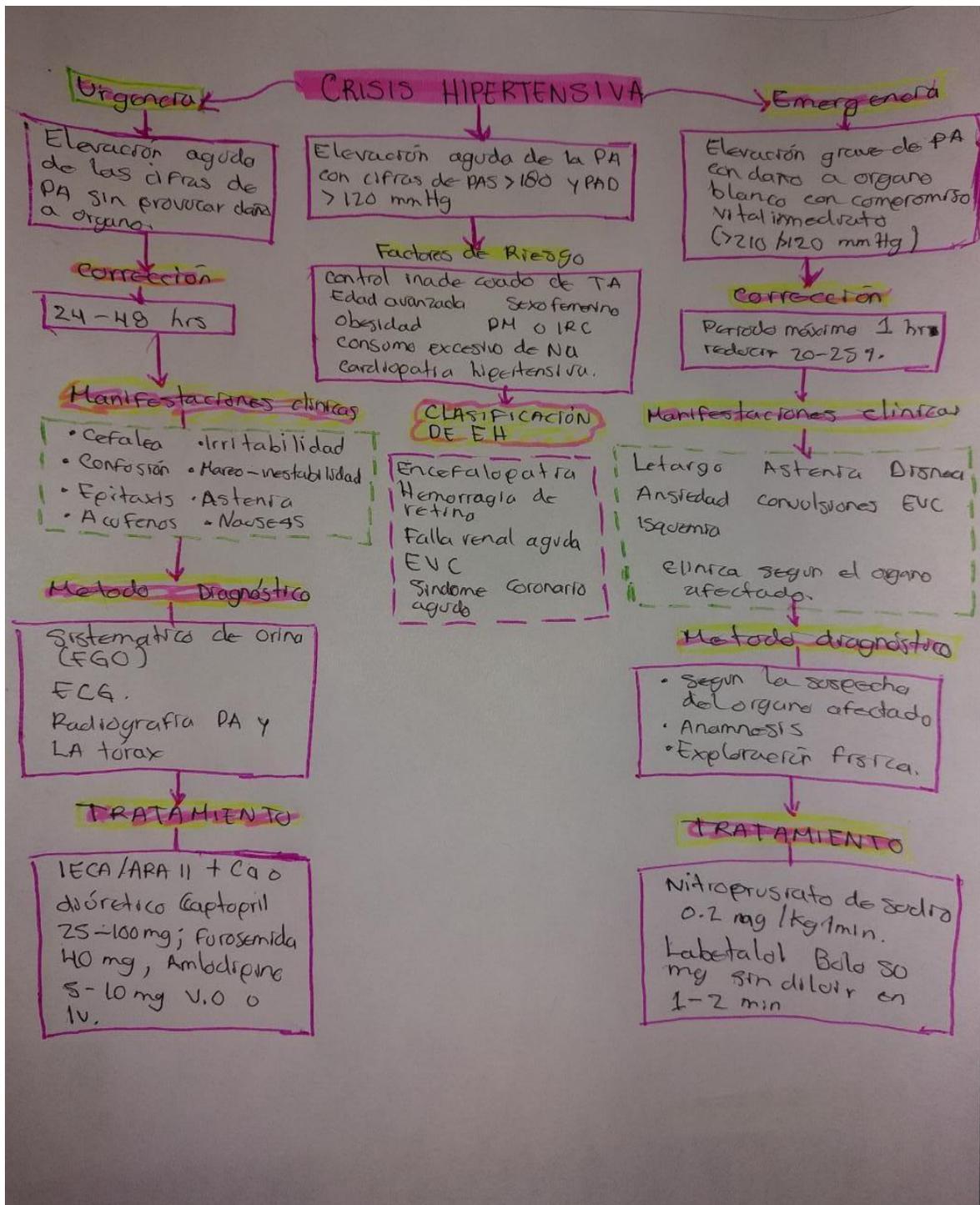
- #### Hematoma intracerebrales
- Lóbulo frontal y temporal
 - Cirugía inmediata
 - TAC inicial
 - Evaluar cambios

Hematoma subdural.

- Mas frecuentes
- 30% TCE severo
- Vasos superficiales
- Se adaptan al contorno cerebral.
- Mas severo
- Lesión parenquimatosa concomitante.

TRATAMIENTO

- Líquido intravenoso
- Anticoagulación
- Manitol 20gr por 100 ml. sol.
- Sol. salina hipertónica
- Barbitúricos
- Anti convulsivos
- DFH / Diazepam.



FUENTES DE INFORMACION

A; Jiménez (2021). Manual de Protocolos y Actuación en URGENCIAS, 5ª Edición. Asociación Científica MURGEMTOLEDO Medicina de Urgencias y Emergencias de Toledo.