

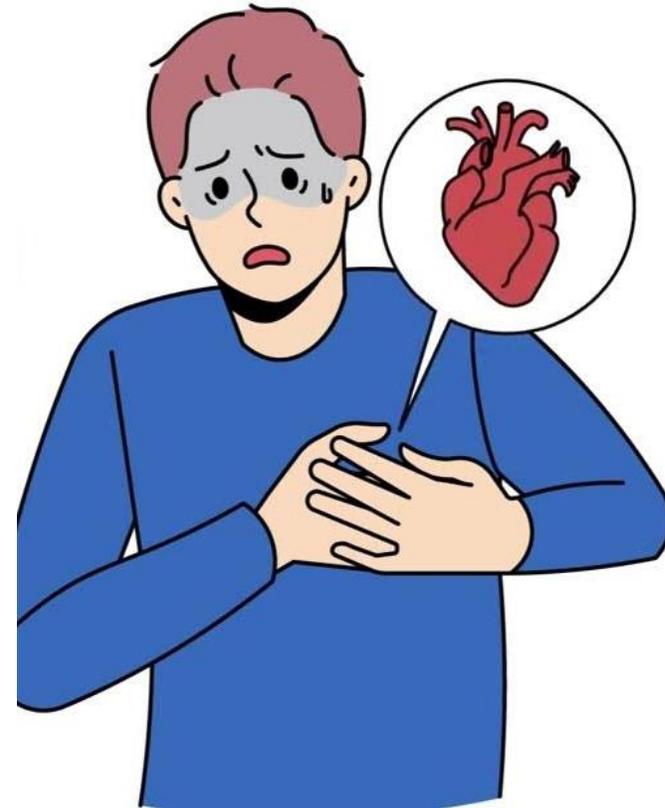


CRISIS HIPERTENSIVAS

ARTURO ALVARADO

—

LAS CRISIS HIPERTENSIVAS SE DEFINEN COMO UNA ELEVACIÓN AGUDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA >180 MMHG Y PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA >120 MMHG CAPAZ DE LLEGAR A PRODUCIR ALTERACIONES ESTRUCTURALES O FUNCIONALES EN DIFERENTES ÓRGANOS.



SE DIVIDEN EN

Emergencia hipertensiva: TAD >120 mmHg y/o TAS >210 mmHg con daño a órganos blanco (cerebro, riñón, retina, corazón y vasos sanguíneos).

Urgencia hipertensiva: TAD >120 mmHg y/o TAS >210 sin daño a órgano blanco.

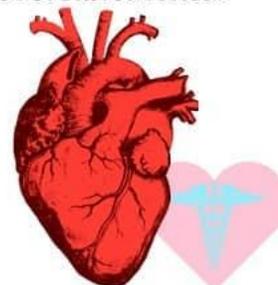
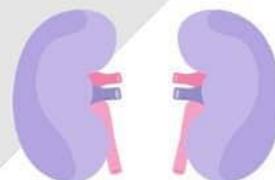
CRISIS HIPERTENSIVA

@MEDICATECA

EXISTEN DOS TIPOS DE CRISIS HIPERTENSIVAS: AMBAS REQUIEREN ATENCIÓN INMEDIATA, YA QUE LA EVALUACIÓN TEMPRANA DE LA FUNCIÓN DE LOS ÓRGANOS ES FUNDAMENTAL PARA DETERMINAR UN CURSO DE ACCIÓN ADECUADO.

Crisis Hipertensiva	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Urgencia Hipertensiva	>180	y/o	>120
Emergencia Hipertensiva	>180 + Daño a órgano específico	y/o	>120+ Daño a órgano específico

- **Urgencia Hipertensiva:** Elevación brusca de la tensión arterial, sin que exista disfunción de los órganos diana.
- **Emergencia Hipertensiva:** Elevación brusca de la presión arterial, que produce alteración de los órganos diana, del proceso hipertensivo (cerebro, riñón, retina, corazón y vasos sanguíneos), cuya integridad puede ser dañada irreversiblemente.



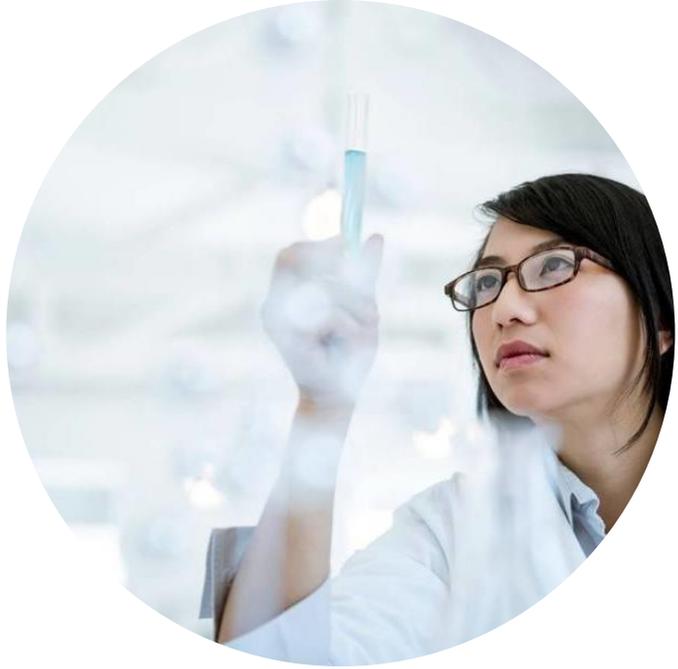
ETIOLOGÍA

- Paciente tipo: hipertenso crónico que suspende o reduce su tratamiento.
 - Prevalencia HTA renovascular o feocromocitoma entre emergencias Hipertensivas → estudio de HTA 2ª.
- Determinadas sustancias o drogas puede ser la causa subyacente

URGENCIA HIPERTENSIVA	EMERGENCIA HIPERTENSIVA
Presión arterial elevada sin lesión de órgano diana	Presión arterial elevada en presencia de lesión de órgano diana
No ponen en peligro la vida del paciente	Habitualmente emergencias que ponen en peligro la vida del paciente
Se trata a lo largo de varias horas o días	Requiere reducción inmediata de la presión arterial (1 hora)
Se trata generalmente con fármacos por vía oral	Se trata con fármacos por vía intravenosa

CUADRO IV. GRADACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE ACUERDO A LAS CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL Y LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGOS Y DOB

Factores de riesgo (FR), DOB asintomático o enfermedad	Presión Arterial (mm Hg)			
	Normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HAS Grado 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	HAS Grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HAS Grado 3 PAS \geq 180 o PAD \geq 110
Sin otro factor de riesgo		Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
1-2 factores de riesgo	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Moderado a Alto	Riesgo Alto
\geq 3 factores de riesgo	Riesgo bajo a Moderado	Riesgo Moderado a Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto
DOB, ERC estado 3 o diabetes	Riesgo Moderado a Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Alto a Muy Alto
ECV sintomática, ERC estadio \geq 4 o diabetes con DOB/FR	Riesgo Muy Alto	Riesgo Muy Alto	Riesgo Muy Alto	Riesgo Muy Alto



TRATAMIENTO DE LAS URGENCIAS HIPERTENSIVA

OBJETIVO

Disminuir cifras de TA a 160/110 mmHg en horas con tratamiento oral.

- Fármacos vo:

Captopril (6.25mg a 50 mg).

Nifedipino (10mg).

Labetalol (100-200 mg).

- EVITAR uso de NIFEDIPINO sublingual (descenso de TA brusco, riesgo de isquemia)

Diuréticos: disminución de volumen intravascular y podrían empeorar la hipertensión.

La dosis oral del fármaco elegido puede repetirse 2 ó 3 veces, cada 45-60 minuto

Si persiste la elevación tensional se valorará el tratamiento parenteral.



TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

OBJETIVO

Disminuir la TA 25% en las primeras 2 horas

160/100 mmHg en las siguientes 6 horas

EVITAR DESCENSO BRUSCO DE TA QUE PUEDA PROVOCAR ISQUEMIA RENAL, CEREBRAL O CORONARIA

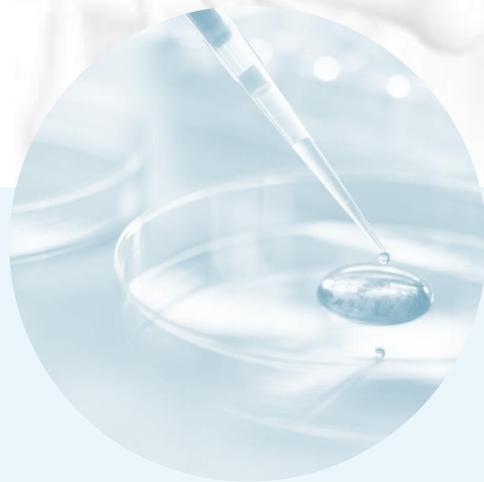
Ingreso hospitalario urgente (frecuentemente UCI)

Vigilancia del nivel de conciencia.

Monitorización de PA. FC

Manejo de la emergencia hipertensiva

Presentación Clínica	Tiempo y meta de presión arterial	Primera línea de tratamiento	Alternativa
Hipertensión maligna con o sin microangiopatía o falla renal aguda	Algunas horas. Disminuir PAM 20-25 %	Labetalol, Nicardipina	Nitroprusiato, Urapidil
Encefalopatía hipertensiva	Inmediato: disminuir PAM 20-25%		Nitroprusiato
Evento cerebrovascular isquémico agudo y PAS >220mmHg o PAD >120mmHg	1 hora: disminuir PAM 15%	Labetalol, Nicardipina	Nitroprusiato
Evento cerebrovascular isquémico agudo con indicación de terapia trombolítica y presión arterial sistólica > 185mmHg o > 110mmHg la presión arterial diastólica	En una hora, disminuir la PAM en un 15%		Nitroprusiato
Evento cerebrovascular hemorrágico agudo y presión arterial sistólica >180mmHg	Inmediato, presión arterial sistólica <180mmHg pero NO menor de 130mmHg	Labetalol, Nicardipina	Urapidil
Síndrome coronario agudo	Inmediato. Inmediato PAS <140mmHg	Nitroglicerina Labetalol	Urapidil

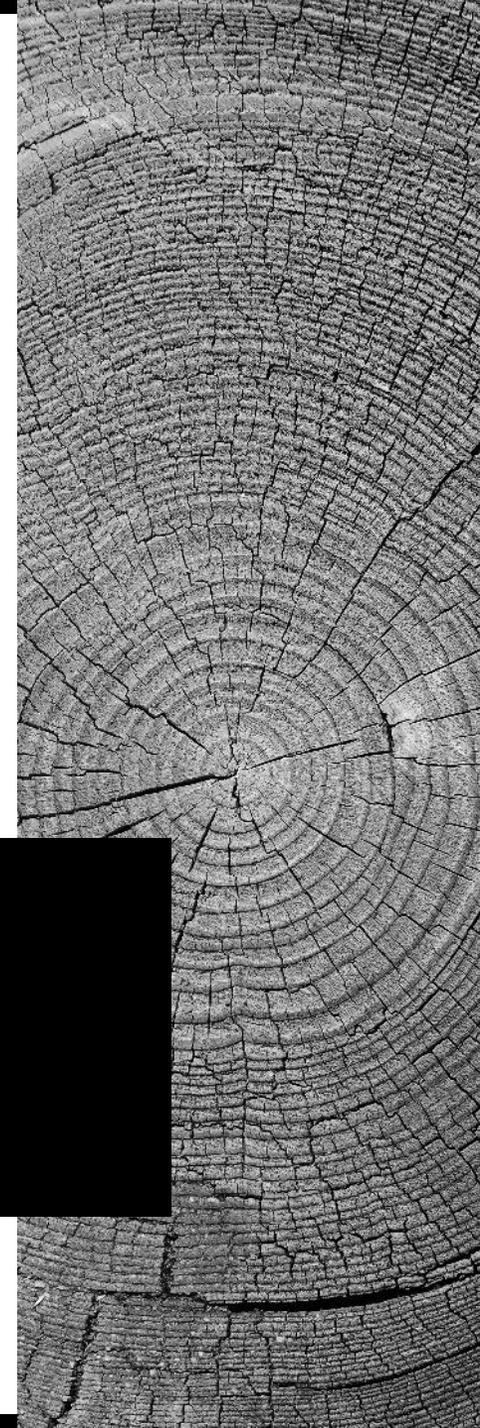


GRACIAS



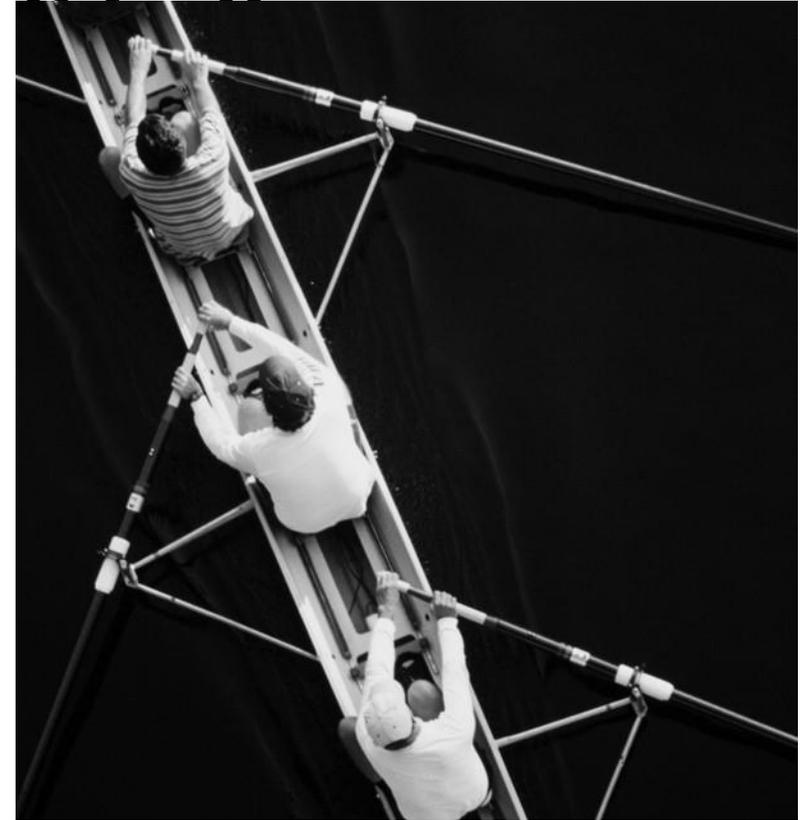
INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

Arturo Alvarado



SÍNDROME DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

- Se define como la presentación de signos y síntomas de disfunción ventricular, los cuales producen hipertensión pulmonar severa, debido a elevación de la presión de llenado del ventrículo izquierdo con o sin gasto cardíaco bajo y que requieren terapia urgente.



EL SÍNDROME DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

- Se define como la presentación de signos y síntomas de disfunción ventricular, los cuales producen hipertensión pulmonar severa, debido a elevación de la presión de llenado del ventrículo izquierdo con o sin gasto cardíaco bajo y que requieren terapia urgente.

DEFINICIÓN

Es un empeoramiento repentino de los signos y síntomas de la insuficiencia cardíaca, que generalmente incluyen dificultad respiratoria (disnea), hinchazón de pies y piernas, y fatiga.



LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA PUEDE DIVIDIRSE EN TRES ENTIDADES CLÍNICAS

- 1. Descompensación de la insuficiencia cardíaca crónica con función contráctil preservada o deprimida (70% de las hospitalizaciones).
- 2. De nueva presentación, cuando es el primer evento en un enfermo sin disfunción cardíaca conocida (insuficiencia cardíaca en el infarto agudo del miocardio, por incremento súbito de la presión intraventricular en un corazón con distensibilidad disminuida). (25% de las hospitalizaciones).
Zanetti et al. (2008) señalan que el enfermo con insuficiencia cardíaca aguda se presenta con una amplia gama de situaciones clínicas que van de los signos y síntomas de insuficiencia cardíaca, de moderada intensidad hasta los cardiópatas con edema agudo pulmonar y choque cardiogénico.
- 3. Insuficiencia cardíaca avanzada, con severa disfunción sistólica, refractaria a tratamiento (5% de las hospitalizaciones).

OPCIONES DE GRÁFICO

. Se la puede clasificar de acuerdo a la escala de Killip–Kimball y la de Forrester que se basa en características clínicas y hemodinámicas.

Clasificación de Killip y Kimball.

Fue diseñada para proporcionar una estimación clínica de la gravedad del trastorno miocárdico en el infarto agudo de miocardio:

Se divide en cuatro clases:

Clase I. No hay insuficiencia cardíaca. No hay signos de descompensación cardíaca.

Clase II. Presencia de estertores crepitantes en la mitad inferior de los campos pulmonares, galope por tercer ruido e hipertensión venosa pulmonar ligera a moderada.

Clase III. Presencia de edema pulmonar franco con estertores en la totalidad de ambos campos pulmonares.

Clase IV. Choque cardiogénico. Los signos incluyen hipotensión (presión arterial sistémica sistólica ≤ 90 mm Hg) y evidencia de vasoconstricción periférica, como oliguria, cianosis y diaforesis.

CLASIFICACIÓN DE FORRESTER DIAMOND SWA

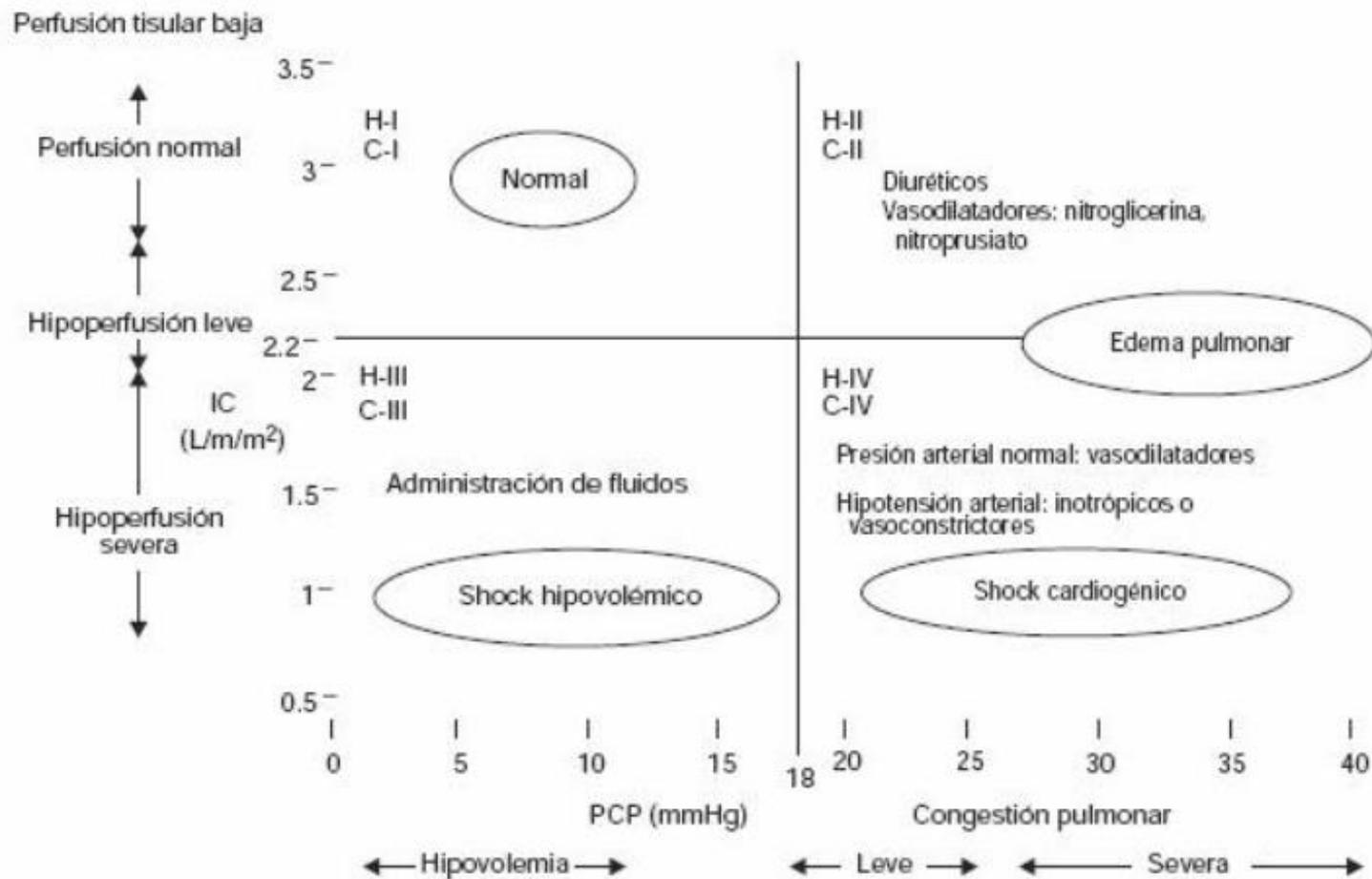


Fig. 1. Clasificación de la insuficiencia cardíaca aguda Killip-Kimball¹-Forrester².

se basa en la gravedad o en la severidad clínica y se integra según los hallazgos clínicos de descompensación aguda. Se aplica con mayor frecuencia en la insuficiencia cardíaca crónica descompensada..



- Evidencia de datos de baja perfusión
- Obnubilación
 - Hiponatremia
 - Extremidades frías
 - Hipotensión con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
 - Disfunción renal

Eur J Heart Fail. 1999;1:251-257.

Esta clasificación también nos puede ser de utilidad para definir tratamiento e identificar a los enfermos de alto riesgo de mortalidad

Fig. 2. Clasificación de la gravedad clínica de la insuficiencia cardíaca aguda.⁴

DIAGNÓSTICO

- *Se hace por signos y síntomas: (disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, estertores crepitantes pulmonares, tercer ruido, edema, ingurgitación yugular, taquicardia).*
- *El llenado venoso sistémico se evalúa observando las venas yugulares internas de preferencia, cuando éstas no son valorables se pueden usar las yugulares externas.*
- *El aumento de la presión de llenado ventricular izquierdo se evalúa por la presencia de estertores crepitantes audibles en campos pulmonares.*
- *Se debe realizar auscultación cardíaca para determinar la presencia de galope ventricular (tercer ruido); la presencia de soplos valvulares son importantes para orientar el diagnóstico etiológico, principalmente en el contexto del infarto agudo del miocardio.*
- *Valorar datos de hipoperfusión sistémica: calidad e intensidad de los pulsos periféricos, llenado capilar, estado neurológico, volumen urinario y temperatura (clasificación de gravedad clínica).*

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

- Los métodos de diagnóstico como electrocardiograma, radiografía de tórax, marcadores serológicos y ecocardiográficos sólo ayudan para complementar el diagnóstico

ELECTROCARDIOGRAMA

- ayuda a determinar la etiología

RADIOGRAFIA DE TORAX

- valora la forma y tamaño de la silueta cardiaca, así como la presencia de congestión pulmonar

GASOMETRIA ARTERIAL

- valora la forma y tamaño de la silueta cardiaca, así como la presencia de congestión pulmonar

BIOMETRIA HEMATICA →

- Valoración de hematocrito, hemoglobina, recuento eritrocitario, leucocitario y plaquetario
- Considerando que la anemia es un indicador de mortalidad

TRATAMIENTO

- **Medidas generales**
- Deben tomarse en consideración los antecedentes patológicos de importancia asociados, que aumentan la morbimortalidad de la insuficiencia cardíaca aguda, como son: diabetes mellitus, estado catabólico, insuficiencia renal terminal, infecciones.
- Oxígeno y asistencia ventilatoria
Mantener saturación arterial de oxígeno entre 95 a 98%.
- Oxígeno
Uso de oxígeno en los enfermos sin evidencia de hipoxemia (saturación de O₂ > 95%), es deletéreo, ya que aumenta las resistencias vasculares sistémicas

TRATAMIENTO

- Ventilación no invasiva

Presión positiva continua de la vía aérea (CPAP).

Presión positiva intermitente.

- Ventilación mecánica invasiva

Indicada en enfermos que no mejoran con el uso de terapia respiratoria no invasiva

Tabla II. Indicaciones para apoyo mecánico ventilatorio en enfermos con insuficiencia cardíaca.

Saturación de O₂ menor al 90% o PAO₂ < 60 mmHg a pesar de la administración de oxígeno suplementario por puntas nasales, máscara reservorio o CPAP

Hipercapnia progresiva PaCO₂ > 50 mmHg, o acidosis respiratoria con pH < 7.25

Datos clínicos de fatiga muscular: Disminución de la frecuencia respiratoria asociada a hipercapnia progresiva y/o alteraciones del estado de alerta

Trabajo respiratorio excesivo con frecuencia respiratoria > 25 rpm, uso de músculos accesorios de la respiración, tiraje intercostal, asincronía toracoabdominal

En el síndrome isquémico coronario agudo con o sin elevación del segmento ST que presenten edema agudo pulmonar a pesar de la administración de diuréticos o vasodilatadores

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- MORFINA Y análogos

En la fase inicial del tratamiento, 3 mg de morfina en bolo intravenoso, se puede repetir si es necesario a los 3-5 minutos.

- Anticoagulación
- Síndrome isquémico coronario agudo (SICA).
- Fibrilación auricular.
- Antecedente de evento tromboembólico previo.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- Anticoagulación

Dilatación de cavidades cardíacas y en presencia de fracción de expulsión menor del 35%.

- Vasodilatadores

Pueden usarse cuando la presión arterial sistémica es adecuada (TA sistólica > 90 mm Hg), pero existen signos de congestión visceral y disminución de la diuresis (< 30 mL/hora)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- Nitratos

a. Nitroglicerina sublingual 1-3 mg. O en nebulización con spray sublingual 400 μg c/5-10 minutos b. Nitroglicerina en infusión intravenosa iniciar a 20 $\mu\text{g}/\text{min}$, incrementando paulatinamente hasta alcanzar 200 $\mu\text{g}/\text{min}$

- Nitroprusiato

c. Nitropusiato de sodio en infusión intravenosa, en insuficiencia cardíaca grave, con aumento de la poscarga

p.ej: emergencia hipertensiva arterial sistémica e insuficiencia mitral aguda. Dosis 0.3 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ e incrementos hasta 1 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, hasta un máximo de 5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, siempre y cuando se obtengan resultados satisfactorios factibles a mejorarse aún más.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- betabloqueadores

No está indicado en la fase aguda (congestión pulmonar) de insuficiencia cardíaca en presencia de bradicardia o de trastornos severos de la conducción intracavitaria.

Iniciarlo o reiniciarlo, una vez estabilizado después de 5 días (fase seca).

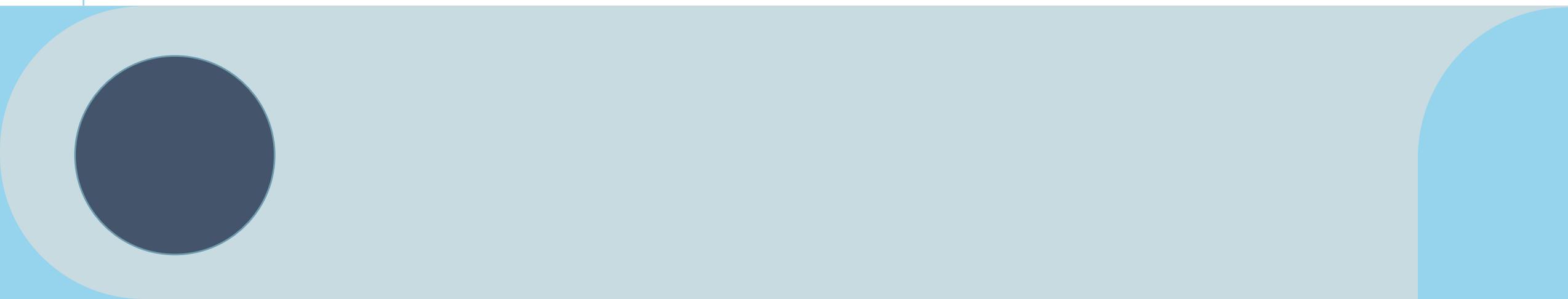
- Inotrópicos
- Indicaciones clínicas: están indicados cuando hay hipoperfusión periférica, con o sin congestión, o edema de pulmón resistente a los diuréticos y vasodilatadores en dosis óptimas, con fracción de expulsión ventricular $< 35\%$.
- Dobutamina • Dopamina • Milrinona • Levosimendan

GRACIAS



MENINGITIS O NEUROINFECCIÓN

Arturo Alvarado



DEFINICIÓN

- La meningitis es la inflamación de los tejidos que rodean el cerebro y la médula espinal. Suele deberse a una infección, puede ser mortal y requiere atención médica inmediata.
- Hay varias especies de bacterias, virus, hongos y parásitos que pueden causarla. La mayoría de estas infecciones se transmite entre personas. Los traumatismos, el cáncer y los medicamentos causan un pequeño número de casos.

FACTORES DE RIESGO

Saltearse vacunas.

Edad. La mayoría de los casos de meningitis viral se produce en niños menores de 5 años. La meningitis bacteriana es frecuente en los menores de 20 años.

Vivir en un entorno comunitario.

Embarazo.

Sistema inmunitario debilitado.

ETIOLOGÍA



MENINGITIS BACTERIANA

Las bacterias que ingresan al torrente sanguíneo y se trasladan hasta el cerebro y la médula espinal causan meningitis bacteriana. La meningitis bacteriana también puede manifestarse cuando las bacterias invaden directamente las meninges.

La causa puede ser una infección de oído o de los senos paranasales, una fractura de cráneo o, raras veces, algunas cirugías.

Diversas cepas de bacterias pueden provocar meningitis bacteriana, y las más comunes son las siguientes:

Streptococcus pneumoniae.

Neisseria meningitidis.

Haemophilus influenzae.

Listeria monocytogenes.

MENINGITIS VIRAL

- Por lo general, la meningitis viral es leve y a menudo desaparece por sí sola. La causa de la mayoría de los casos es un grupo de virus, enterovirus. Estos son más comunes a finales del verano y principios del otoño.
- Virus como el virus del herpes simple, el virus de la inmunodeficiencia humana, el virus de las paperas, el virus del Nilo Occidental y otros también pueden causar meningitis viral.

MENINGITIS FÚNGICA

La meningitis micótica no es común. Puede ser similar a la meningitis bacteriana aguda. A menudo se contrae al inhalar esporas de hongos que se pueden encontrar en el suelo, la madera en descomposición y los excrementos de aves.

La meningitis micótica no se transmite de una persona a otra. La meningitis criptocócica es un tipo micótico común de la enfermedad. Afecta a personas con sistemas inmunitarios debilitados, como aquellas con SIDA. Puede causar la muerte si no se trata con un medicamento antimicótico. Incluso con tratamiento, la meningitis micótica puede volver a aparecer.

MENINGITIS PARASITARIA

- Tipo poco frecuente de meningitis también llamada meningitis eosinofílica. La meningitis parasitaria también puede deberse a una infección por tenia en el cerebro o por malaria cerebral. La meningitis amebiana es un tipo poco frecuente que a veces se contrae al nadar en agua dulce y puede poner rápidamente en riesgo la vida.
- Los principales parásitos que causan la meningitis suelen infectar a los animales. Generalmente, las personas se infectan cuando ingieren alimentos contaminados con estos parásitos. La meningitis parasitaria no se transmite entre personas.

OTRAS CAUSAS

TI
PR

La meningitis también puede deberse a causas que no sean infecciosas. Estas incluyen reacciones químicas, alergias a medicamentos, algunos tipos de cáncer y enfermedades inflamatorias como la sarcoidosis.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- La triada clásica es constituida por **fiebre, rigidez de cuello y**
- **alteraciones del estado mental.**
- Otros signos y síntomas presentes son cefalea, náuseas, vómitos, fotofobia, convulsiones y déficit neurológico focal.

DIAGNÓSTICO

T1
PR

Punción lumbar. El diagnóstico definitivo de meningitis requiere que se haga una punción lumbar para recolectar líquido cefalorraquídeo.

Hemocultivo en búsqueda del microorganismo que pudiese ocasionar la meningitis.

La tomografía computarizada o las imágenes por resonancia magnética de la cabeza pueden mostrar si hay inflamación.

TRATAMIENTO

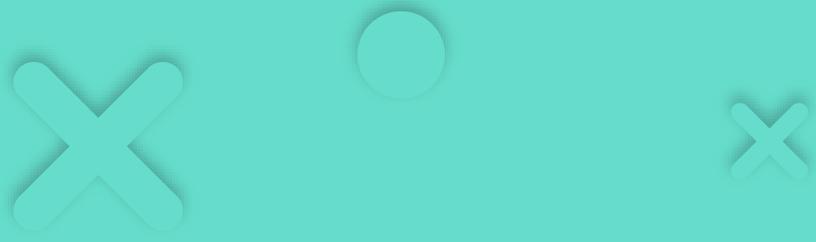
La meningitis es una urgencia médica.

Puede ser mortal en menos de 24 horas y requiere atención médica urgente.

Meningitis viral, El tratamiento de los casos leves de meningitis viral suele consistir en lo siguiente: Reposo en cama, Mucho líquido, Analgésicos para ayudar a reducir la fiebre y aliviar los dolores

Otros tipos de meningitis, corticoides cuando no es infecciosa, antimicóticos cuando es micótica.

GRACIAS



TRAUMATISMO CRANEOENCEF ÁLICO

Arturo Alvarado



DEFINICIÓN

- es un golpe en la región craneal o facial capaz de herir el cuero cabelludo o la cara y de afectar en mayor o menor medida al nivel de conciencia.
- La gravedad del TCE depende del modo en cómo ocurrió el traumatismo y de la aparición de complicaciones tras el mismo.

INTRODUCCIÓN

Con PowerPoint, puede crear presentaciones y compartir su trabajo con otros, independientemente de dónde estén. Escriba el texto que quiera usar para empezar. También puede agregar imágenes, arte y vídeos en esta plantilla. Guarde en OneDrive y acceda a sus presentaciones desde su ordenador, tableta o teléfono.



SIGNOS Y SÍNTOMAS

dolor de Cabeza
confusion
mareos
zumbido en los oídos
deterioro de la memoria
visión borrosa
cambios en el comportamiento
vómitos o náuseas repetidas
dificultad para hablar
debilidad en los brazos o las piernas
problemas con el pensamiento y el aprendizaje
muerte

TIPOS DE TCE

Los TCE leves

- + Son pacientes que han sufrido una pérdida leve de conciencia y refieren dolor de cabeza, mareo, vómitos, amnesia, etc.

Los TCE moderados

- + Son pacientes que pueden presentar confusión, obnubilación, alteración de la fuerza o la sensibilidad en los miembros, dificultades para ver o hablar y lesiones en otras partes del cuerpo además de la cabeza.

Los TCE graves

- + Son los pacientes que están en coma como consecuencia del traumatismo y, habitualmente presentan graves lesiones en otras áreas del cuerpo.

PRUEBAS

- + La mayor parte de las pruebas: análisis de sangre, radiografías, TAC, RM, ECG, EEG, Potenciales Evocados, etc.



En la mayoría de los casos, la atención de emergencia se centra en estabilizar al paciente y hacer lo posible para que sobreviva. Esto puede incluir asegurarse de que haya un flujo adecuado de oxígeno al cerebro, controlar la presión arterial y evitar un daño mayor en la cabeza o el cuello

TRATAMIENTO



GRACIAS

02/02/20XX

TÍTULO DE LA PRESENTACIÓN





EVENTO VASCULAR CEREBRAL (ISQUEMICO Y HEMORRAGICO)



Arturo Alvarado

DEFINICIÓN

- Se conoce como evento vascular cerebral (EVC) a una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente.

SE CLASIFICA EN 2:

EVC isquémico

Ocurre cuando los vasos sanguíneos del cerebro se estrechan o se bloquean, lo que causa una importante reducción del flujo sanguíneo.

Los vasos sanguíneos se bloquean o se estrechan debido a la acumulación de depósitos de grasa o de coágulos sanguíneos.

EVC hemorrágico

Ocurre cuando un vaso sanguíneo en el cerebro gotea o se rompe. Las hemorragias cerebrales pueden ser el resultado de muchas afecciones que afectan los vasos sanguíneos.

FACTORES DE RIESGO

tener sobrepeso u obesidad

Inactividad física

Beber en exceso o darse atracones de bebida

Uso de drogas ilegales como la cocaína y la metanfetamina

Hipertensión arterial

Fumar cigarrillos o la exposición al humo de segunda mano

Colesterol alto

Diabetes

Apnea obstructiva del sueño

DIAGNOSTICO

D

Debilidad facial (asimetría de la cara porque no se puede movilizar un lado de la misma).

A

Afloja un brazo (debilidad de un sólo brazo o pierna, incapacidad para mantenerlos levantados).

L

Lenguaje alterado (al hablar pronuncia mal las palabras o suenan de forma extraña).

E

Entra en contacto (es fundamental acudir al hospital de inmediato, puesto que el éxito en el tratamiento depende de la pronta atención).

RECONOZCA UN ATAQUE CEREBRAL

F.A.S.T.

(Face)
Rostro
caído

(Arm)
Brazo débil

(Speech)
Dificultad
para hablar

(Time)
Tiempo
de llamar
al 911

Se sospecha por la presencia de síntomas neurológicos que no se tenían previamente y la corroboración se realiza por estudios de imagen con resonancia magnética cerebral y/o tomografía.



TRATAMIENTO

Crecimiento de los ingresos
anuales

EVC ISQUEMICO

Medidas para apoyar las funciones vitales, como la respiración

Fármacos para descomponer los coágulos de sangre o hacer que la sangre no se coagule

A veces, cirugía para eliminar la obstrucción o angioplastia con un tubo de malla de alambre (stent)

Medidas para gestionar los problemas que puede causar un accidente cerebrovascular, como dificultad para tragar

Medidas para prevenir los coágulos de sangre en las piernas

Rehabilitación

EVC HEMORRAGICO

Monitorización y medidas de apoyo según sea necesario

Control de los factores de riesgo

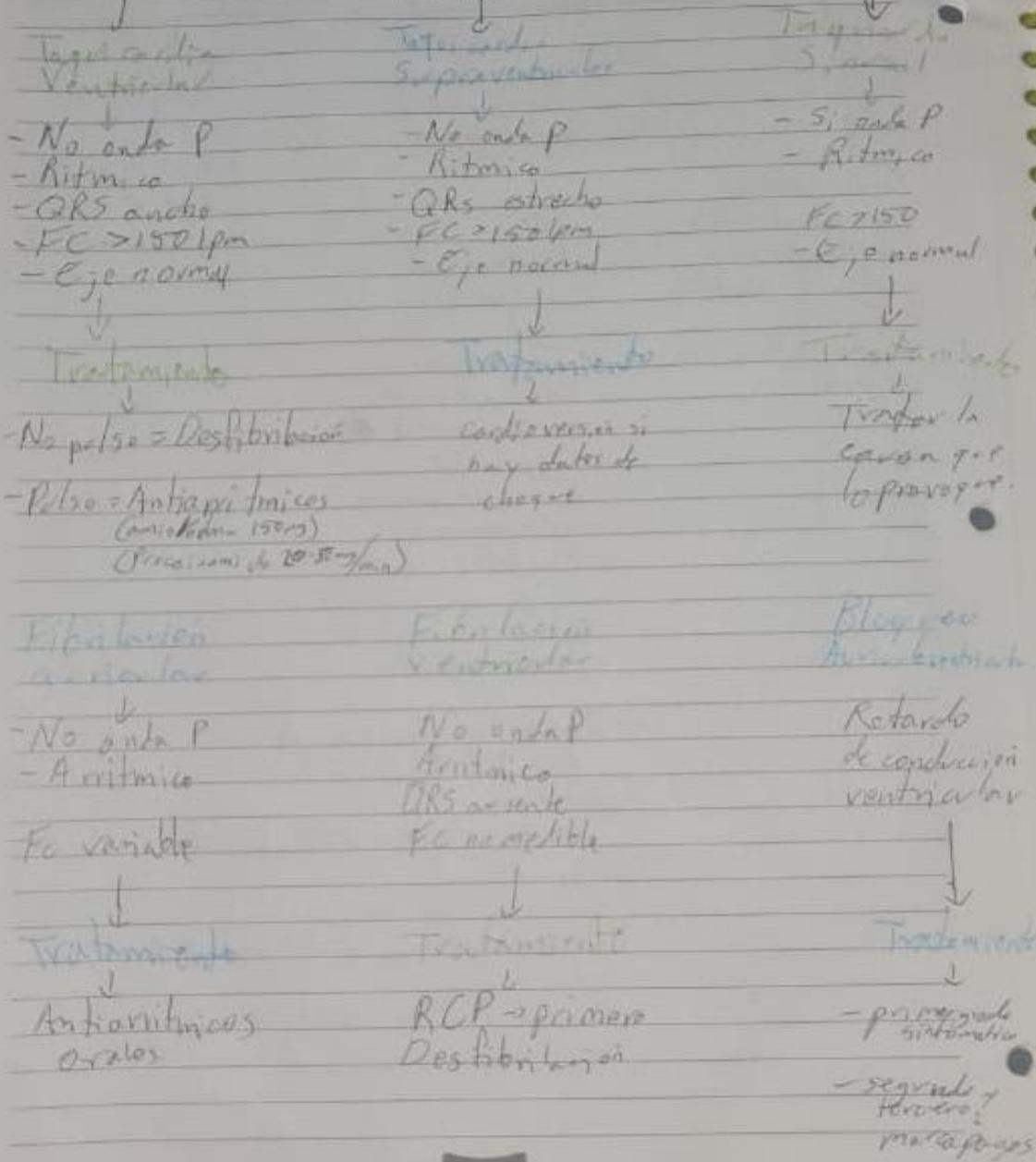
Algunas veces, tratamientos para ayudar a la sangre a coagularse

En ocasiones, cirugía para retirar la sangre acumulada



GRACIAS

Aritmias



SIICA

Signos y
Síntomas

- Dolor opresivo torácico retrosternal con irradiación a cuello, mandíbula
- ≥ 30 min.
- No se calma en reposo

Afecciones asociadas a un descenso súbito del flujo sanguíneo

Factores de riesgo

- Tabaquismo
- Dislipidemias
- Uso prolongado de AAS
- Obesidad
- Edad (ancianos)
- Sedentarismo
- Diabetes

Tipos

IAM CESST
IAM SESST
Angina inestable

Tratamiento

- Trombolisis únicamente en IAMCESST
- Estatina
Atorvastatina (50mg / 2x/día)
- Clopidogrel
Dosis inicial 300mg
Dosis mantenimiento 75mg / 2x/día
- AAS
Dosis inicial 150-300mg
Dosis mantenimiento (usual de 100mg) 100mg / 1x/día