



Altuzar Gordillo Erika Patricia.

Suarez Martínez Romeo.

Esquemas.

Urgencias.

8° semestre

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de octubre del 2023

Taquicardias y Bradicardias

Taquicardia Ventricular

- P = NO.
- Ritmo = Regular.
- FC = Taquicardia > 150 LPM.
- QRS = anchos.
- Pulsos.
- Antiarritmicos.
- Procainamida. 20-50 mg/min.
- Amiodarona 150 mg.
- sin pulso.
- RCR.
- Desfibrilación eléctrica.

Fibrilación Ventricular

- P = NO.
- Ritmo = Irregular.
- QRS = NO.
- Ritmo caotico.
- 1. RCP.
- 2. Desfibrilación eléctrica antiarritmico:
- Procainamida 20-50 mg.
- Amiodarona 150 mg.

Bloqueo AV.

- AU 1º GRADO:
 - Todas las P son conducidas pero con retraso.
 - Dx: EKG = intervalo PR prolongado > 0,205 (> 5mm).
 - Todas las ondas P son seguidas de un QRS.

Hobite tipo II.

- En intervalo PR es constante (sin mantenimiento progresivo). Bloqueándose súbitamente una o más ondas P.

Bloqueo AV Tercer Grado.

- Ninguna onda P es conducida. Las ventriculos son estimulados por un ritmo de escape a una frecuencia diferente y no relacionada con la actividad auricular (disociación auriculo ventricular).

AV SEGUNDO GRADO.

- Algunas ondas P son conducidas (con seguías de QRS) y otras se bloquean (no conducen). Se distinguen dos tipos:

Hobite 1º o tipo Wenckebach.

- Alargamiento progresivo del intervalo PR en cada ciclo, hasta que una onda P queda bloqueada.

- TX.
 - Atropina. 1mg solo IV/3-5 min. Máximo 3mg.

Fibrilación Auricular.

- P = NO.
- Ritmo = Irregular.
- FC = Variable.
- Aura = > 100 LPM.
- Neolo = 60-100 LPM.
- Prdo = < 60 LPM.
- Estable.

Antiarritmicos.

- Фармакологическая группа амиодарона IV solo 150mg/10min.
- 1. 10-15mg/kg/24hrs.
- 2. 1mg/min 6hrs despues 0.5mg/min 18 hrs.

- Instable.
- Cardioversión eléctrica.
- Antitromboticos.
- CHADS-VASc2.

Taquicardia supraventricular.

- P = NO.
- Ritmo = Regular.
- FC = Taquicardia > 150 LPM.
- QRS = Estrecho.

Estable.

- Flabute/flacotide.
- Adenosina 6-12mg.

Instable.

- Cardioversión eléctrica.

Taquicardia sinusal.

- Causa original.

SINDROME CORONARIO.

Serie de necrosis asociadas con un flujo sanguíneo reducido agudo al corazón.

- SINTOMATOLOGIA.**
- Poca infame en estomón que no se un con movimientos m respiración.
 - Sudor frío y mareo.
 - Pérdida de conocimiento.
 - Dificultad respiratoria.
 - Ganas de vomitar.
 - Dolor en la parte alta del abdomen.

Abordaje de IAM con ↑ de ST.

RD + P₂ y₂ + ANTICUAGUACION + ESTRATINA + MANEJO DEL DOLOR.

FARMACO.
ESTREPTOCINASA.
ALTEPLASE.
TENECTEPLASE.

FARMACOS.
ASS.
CLOPIDOGREL.
ENOXAPARINA.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

CADA DE CORAZÓN.	DEVIACION ALTERNADA.	RIETRIA COMPROMETIDA.
INFERIOR.	DII, DIV, DIII.	DESCENDENTE POSTERIOR.
SEPTAL.	V1, V2.	2/3 ANTERIOR: DESCENDENTE ANTERIOR. 1/2 POSTERIOR: DESCENDENTE ANTERIOR.
ANTERIOR.	V3, V4.	DESCENDENTE ANTERIOR (INTERVEN-TACIONAL ANTERIOR).
LATERAL BAJA.	V5, V6.	CIRCUNFLEXA.
LATERAL ALTA.	V1, AVL.	CIRCUNFLEXA.
POSTERIOR.	V7, V8, V9. IMAGEN ESPEJO.	DESCENDENTE POSTERIOR.
VENTRICULO DERECHO.	V3R, V4R.	CORONARIA DERECHA.

MANEJO.
MANEJO.
MANEJO DE PAIN.

ZONAS.

- HEART SCORE.
- KILLIP / KIMBALL.
- TIMI RISK.
- TRONBWIN.

CONTRINDICACIONES.

ALTERACIONES.

- HEMORRAGIA INTRACRANEALE TRECIA O ACU.
- ACU ISOEMICO < 6 meses.
- DANO DEL SNC O RECUPERAS O MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS.
- TRAUMATISMO / CIRUGIA / LESION CRANEALE IMPORTANTE.
- HEMORRAGIA DIGESTIVA O UMITARIA < 1 mes.
- TCE SEVERO.
- CIRUGIA MAYOR < 14 dias.

RELATIVAS.

- IAM REFRACTARIA CPRE > 180 o 7AD > 110 mmHg.
- ENF. HEPATICA AVANZADA.
- ENDOCARDITIS INFECCIOSA.
- ENF. SISTEMICA GRAVE.
- CIRUGIA < 7 dias.
- TRATAMIENTO ANTICUAGUANTE ORAL.

CRISIS HIPERTENSIVA.

↓
Definición aguda de la presión arterial > 180 (sistólica) > 120 mmHg (diastólica).

URGENCIAS.

- ↑ de PA no asociada a lesiones en órganos diana.
- Puede cursar con clínica inespecífica o sin síntomas.
- NO constituye una emergencia médica, debiendo corregirse gradualmente con medicación oral (24-48 hrs).

↓
Tx.

• Descenso lento y progresivo de la TA.

OBJETIVO:

- PA $< 160/100$ mmHg tras varias horas o días.

- Corregir factores desencadenantes.

- Esencial haber descartado lesión en órgano diana.

CRISIS HIPERTENSIVA.

- Dx de HTA previo.
- Tx médico actual.
- Trascendencia dietética: exceso de sal en dieta.
- Consumo de tóxicos: Cofeína, Anfetaminas.

↓
Tx.

- Espolol.
- Metoprolol.
- Labetalol.
- Nicardipino.
- Nifed.
- Nitroglicerato.
- Urapidil.

EMERGENCIA.

- PA sistólica > 180 mmHg o PA diastólica > 120 mmHg.
- Asociada a lesión aguda o progresión de algún órgano diana.
- Puede ser irreversible y de mal pronóstico vital.
- Requiere corrección inmediata, aunque controlada (antes de 1 hr).
- Tratamiento parenteral.

↓
HTA HALIANA.

- Cardiovascular.
- Renal.
- Exceso de catecolaminas.
- Escarpsia.
- Quirúrgica.
- Quemaduras graves.
- PTT.

↓
Tx.

- Reducción rápida, gradual y parcial de la PA.
- Reducción 25% en 1^{ra} hr, posteriormente descenso progresivo.

- Control → monitorización intensa e ingreso hospitalario.

- Tx inicial u posteriormente antihipertensivos por VO.

INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA.

• Síndrome clínico complejo resultado de alteración estructural o funcional del corazón u o de la expulsión de sangre.

ETIOLOGÍA.

- Coronariopatía (CAD).
- HTA.
- DIABETES.

CLASIFICACIÓN.

• Forrester.

FACTORES PRECIPITANTES.

- Reducción inapropiada del tx.
- Arritmias IAM o isquemia, insuficiencia valvular.
- Infección sistémica.
- Estado de alto gasto.

TRATAMIENTO.

• O2 SUPLEMENTARIO > 90%.

DIURÉTICOS:

- DIURÉTICOS DE ASA.
- NITRATOS.
- INOTRÓPICOS.
- VASODILATADOR.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- DISNEA EN REPOSO.
- ORTOPNEA A DISNEA.
- PAROXÍSTICA NOCTURNA.
- TAQUICARDIA.
- CONGESTIÓN VENOSA.

DIAGNÓSTICO.

- BIOMETRÍA HEMÁTICA.
- QUÍMICA SANGUÍNEA.
- MARCADORES CARDÍACOS.
- RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.
- REPETIDO NATRIURÉTICO.
- ECG 12 DERIVACIONES.
- ECG.

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO.

- **Hipertensión Gestacional.**
Después de la semana 20 SDG.
 - **Preclampsia.**
Cifras tensionales ↑, proteinuria, creatinina sérica ↑, bazo a 20SDG o hasta 2 semanas postparto.
 - **Preclampsia con datos de severidad.**
Cifra tensional ↑ y síntomas con compromiso de órgano blanco.
 - **Eclampsia.**
Complicación de preclampsia severa.
 - **Hipertensión crónica.**
antes de embarazo, antes de la semana 20SDG o hasta la semana sexta postparto, asociado o no a proteinuria.
- ### Factores de riesgo.
- Nulliparidad / Primi-Paridad.
 - Edad ≥ 40 años Primípara / Edad ≥ 40 años Multípara.
 - Historia familiar.
 - Antecedente de preclampsia en embarazo previo menor 3 y SDG.
 - Embarazo múltiple.
 - Riesgo intergenésico mayor a 40 años.
 - Índice de masa corporal > 30 kg/m².
 - Diabetes gestacional.
 - Presión arterial $\geq 130/80$ mmHg antes 20 SDG / Presión arterial $\geq 160/110$ mmHg antes de 20 SDG.
- ### Diagnóstico.
- Anamnesis.
 - Signos vitales (Presión arterial, saturación, glucosa).
 - Examen físico (signo de Brinkman).
 - Laboratorios:
 - BH.
 - GAO.
 - Os.
 - Perfil hepático.
 - FC fetal.
 - Líquido amniótico.
 - Ultrasonido.

TRATAMIENTO.

- PROFILAXIS.
- ALFAMETILDOPA.
- LABETALOL.
- NIFEDIPINO.
- HIDRALAZINA.

ENCEFALITIS Y MENINGITIS

INFLAMACIÓN DEL SNC.
VIRUS (HERPES ZOSTER, TRACHTOMYX, INFLUENZA A, ARBOVIRUS).
SÍNDROME AFECTACIÓN COGNITIVA DE PERSONALIDAD O CONVULSIONES.

CLÍNICA

- Síntomas clásicos.
 - Fiebre.
 - Cefalea.
 - Náuseas/vómito.
 - Fotofobia.
 - Exudación.
 - Déficit neurofocico.
 - Ataxia.
 - Rigidez.
 - Convulsiones.
- ## DIAGNÓSTICO
- Clínica.
 - Laboratorios.
 - BH.
 - OS.
 - Función UMVAR.
 - TAC.
 - Elección RM.

INFLAMACIÓN DEL REVESTIMIENTO DEL CEREBRO Y LA MÉDULA ESPINAL.
• Afecta las meninges, que envuelven el cerebro y la médula espinal.

CAUSAS

• BACTERIAS.
STREPTOCOCCUS NESEERIA.
• MENINGITIS.
HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B

• VIRUS.
ENTEROVIRUS.
HERPES SIMPLE.
VH

• Hongos.
Su rx con SIS inmunológico DEBILITADO.

SIGNOS MENINGEOS.

- Rigidez de nuca.
- Signo de Kerning.
- Signo de Brudzinsky.

DIAGNÓSTICO

Examen físico.
Pruebas de sangre.
Imagenología.

TRATAMIENTO

Medicamentos antibióticos (antivirales (virus)).
Proyo vital.
Terapia de rehabilitación.

COMPLICACIONES

PÉRDIDA AUDITIVA.
DAÑO CEREBRAL.
MIVERTE.

Tipus cerebrials isquèmics i hemorràgics.

ISQUÈMIC.

- Déficit neurològic a triabuïdo a una lesi6n focal aguda y en ocasions global del SNC.

- * Factores de riesgo**
- Modificables.
 - Edad ↑ en 35 años.
 - Sexo masculino.
 - Raça negra e hispanoamericana.
 - HTA.
 - Obesidad.
 - Alcolismo.
 - En fumadores que ↑ el euc.
 - Transtorno del ritmo.
 - Corea de chorea.
 - Estenosis mitral reumática.
 - Fibrilaci6n auricular.

*** Diagn6stico.**

- Exploraci6n neurol6gica.
- Electrocardiograma.
- VH.
- Tcnica de coagulaci6n.

- Ec.
- Niveles de glucosa.
- Tomografia axial.
- Resonancia magnética.

*** Escalas.**

- Escala de NIHSS.

- * Tratamiento.**
- Manejo de líquidos.
 - Control de la presi6n arterial.
 - Control de temperatura.
 - TA fibrinolítico.

Hemorràgico.

- Cuando un vaso sanguineo se rompe y sangra dentro del cerebro.
- En cuestión de minutos, las células del cerebro comienzan a morir.

*** Diagn6stico.**

- TAC.
- Resonancia magnética.

*** Factores de riesgo.**

- HTA (el factor).
- Edad avanzada.
- Alcolismo.
- Droga de abuso.
- Diabetes M.
- Nivel ↓ colesterol.
- Nivel ↓ LDL.
- Nivel ↑ triglicéridos.

*** Escala.**

- NIHSS.
- Glasgow.

- * Tratamiento.**
- Medidas generales.
 - Control de presi6n arterial.
 - Correcci6n de factor de coagulaci6n.

Signos y sintomas.

- Inicio súbito.
- Cefalea.
- Alt estado de conciencia.
- Debilidad.
- Parestesias.
- Disartria.
- Asimetría facial.
- Déficit visual.
- vértigo.
- Ataxia.

Signos.

- Depende del lugar de la hemorràgia, el hemisferio, sea dominante o no dominante.

Traumatismo craneoencefálico.

• Alteración física o funcional producida por fuerzas mecánicas que actúan sobre el encéfalo o alguna de sus cubiertas.

Trauma →

- ✓ Directo.
 - Herida arma blanca o bala.
- ✓ Indirecto.
 - Producido por vector de fuerza aplicados que sobre el cuerpo aceleran y desaceleran el cráneo.

Tipo de lesión →

- ✓ Primarias.
 - Compresión.
 - Deformación.
 - Contusión.
 - Laceración.
- ✓ Secundarias.
 - Edema.
 - Hemorragia.
 - Vasoespasmo.
 - Caspadas.
 - Bioquímicos.

✓ Contusión cerebral.

Herida brusca, breve y transitoria posttraumática de la conciencia.

✓ Contusión →

Lesión estructural del parénquima con focos de hemorragia y necrosis.

✓ Laceración cerebral.

Heridas expuestas y por proyectil, con grave destrucción de tejido.

✓ Hematomas epidural.

Por laceración de la arteria meníngea media a sus ramas.

✓ Hematomas subdural.

La sangre se coagula por efecto de la duramadre → por laceración de venas.

✓ Hematomas intraventriculares.

Coacción de sangre en el tejido cerebral.

✓ Fracturas.

Pueden ser simples, lineales, deformadas, compuestas y con diéstrais.

Diagnóstico de TCE.

- Por cuestion.
- Leses: 14-15.
- Hemorragia: 9-13.
- Severo: 28.

Diagnóstico.

- TAC.
- RNM.
- Radiografía de columna cervical.

Tra Tratamiento.

- Líquidos hipertónicos.
- Hiperventilación.
- Manitol.
- Esteroides.
- Darbitúricos.
- Anticonvulsivos.
- Tx quirúrgico.

Secuelas del TCE.

- Trastorno psiquiátricos.
- Síndrome postconcusional.
- Mareos.
- Acúfenos.
- Cefalea.
- Irritabilidad.
- Depresión.
- Deficit focal motor.
- Epilepsia.