



Altuzar Gordillo Erika Patricia.

Suarez Martínez Romeo.

Esquemas.

Medicina basada en evidencias.

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.
- Puro.
- Antiarrítmicos.
- Procainamida. 20-50 mg/min.
- Amiodarona 150 mg.
- Sin pulso.
- RCP.
- Desfibrilación eléctrica.

Fibrilación Ventricular

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

Bloqueo AV.

- AU 1º GRADO:
 - Todos los P son conducidos pero con retraso.
 - Dx: EKG = intervalo PR prolongado > 0,205 (> 5mm).
 - Todos los 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. Los ritmos de escape a una frecuencia diferente y no relacionada con la actividad auricular (conociendo aurículo 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.
- Nocturno = 80-100 LPM.
- Buro = < 60 LPM.
- Estable.

Antiarrítmicos.

- Faring amiodarona IV solo 150mg/10min.
- 1. 10-15mg/kg/2-4hrs.
- 2. 1mg/min 6hrs después 0.5mg/min 18 hrs.

Instable.

- Cardioversión eléctrica.
- Antiagregantes.
- CHADS-VASc2.

Taquicardia supraventricular.

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

Estable.

- Faring acetilido.
- Adenosina 6-12mg.

Instable.

- Cardioversión eléctrica.

Taquicardia sinusal.

- Causa orgánica.

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.

As + Pz y 2 + Anticoagulación + Estratina + manejo del dolor.

FARMACO.
ESTREPTOCINASA.
ALTEPLASE.
TENECTEPASE.

FARMACOS.
ASS.
CLOPIDOGREL.
ENOXAPARINA.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

CADA DE CORAZÓN.	DEVIACION ALTERNADA.	RIETRIA COMPROMETIDA.
INFERIOR.	DII, aVF, 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.	DI, AVL.	CIRCUNFLEXA.
POSTERIOR.	V7, V8, V9. imagen espejo.	DESCENDENTE POSTERIOR.
VENTRICULO DERECHO.	V3R, V4R.	CORONARIA DERECHA.

MANEJO.
MANEJO.
MANEJO DE PECO.

ZONAS.

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

CONTRINDICACIONES.

ALTERACIONES.

- HEMORRAGIA INTRACRANEALE TRECIB O RCO.
- RCO ISOEMICO < 6 meses.
- DANO DEL SNC O NEORRINIS 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 ANTICOAGULANTE 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.

OBJETIVOS:

- 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 progresiva 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.
- Oculares graves.
- PTT.

↓
Tx.

- Reducción rápida, gradual y parcial de la PA.
- Reducción 25% en 1ª hr, posteriormente descenso progresivo.

• Control → monitorización intensa e ingreso hospitalario.

• Tx inicial o 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.

- DISPNEA EN REPOSO.
- ORTOPNEA A DISPNEA.
- PAROXÍSTICA NOCTURNA.
- TAQUICARDIA.
- CONGESTIÓN CENOSA.

DIAGNÓSTICO.

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

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO.

- **Hipertensión Gestacional.**
Después de la semana 20 SDG.
 - **Preclampsia.**
Cifras tensionales ↑, proteinuria, creatinina sérica ↑, bazo a 20 SDG 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 20 SDG 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 > 130 mmHg antes 20 SDG / Presión arterial > 80 mmHg antes de 20 SDG.
- ### Diagnóstico.
- Anamnesis.
 - Signos vitales (Presión arterial, saturación, glucosa).
 - Examen físico (signo de aurea).
 - **Laboratorios:**
BH.
Gao.
Os.
Perfil hepático.
FC fetal.
Ultrasonido.
Líquido amniótico.

TRATAMIENTO.

- **PROFLAXIS.**
- ALFAMETILDOPA.
- LABETALOL.
- NIFEDIPINO.
- HIDRALAZINA.

ENCEFALITIS Y MENINGITIS

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

Clinica

- Síntomas Clásicos.
- Fiebre.
- Cefalea.
- Náuseas/vómito.
- Fotofobia.
- Exudación.
- Déficit neurofocico.
- Ataxia.
- Rigidez.
- Convulsiones.

DIAGNOSTICO

- Clínica.
- Laboratorios.
- BH.
- OS.
- Función UMVAR.
- TAC.
- Elección RM.

INFLAMACIÓN DEL REVESTIMIENTO DEL CEREBRO Y LA MÉDULA ESPINAL.
AFECTA LOS MENINGES, QUE ENVUELVEN EL CEREBRO Y LA MÉDULA ESPINAL.

Causas

- BACTERIAS.
- STREPTOCOCCUS.
 - NEISSERIA.
 - MENINGITIS.
 - HAEMOPHILUS.
 - INFLUENZAE TIPO B.

- VIRUS.
- ENTEROVIRUS.
 - HERPES SIMPLE.
 - VPH.

- HONGOS.
- GU PX CON SIS. INMUNOLÓGICO DEBILITADO.

- SIGNOS MENINGEOS.
- RIGIDEZ DE NUCA.
 - SIGNO DE KERNING.
 - SIGNO DE BRUDZINSKY.

DIAGNOSTICO

EXAMEN FÍSICO.
PRUEBAS DE SANGRE.
IMAGENOLÓGICA.

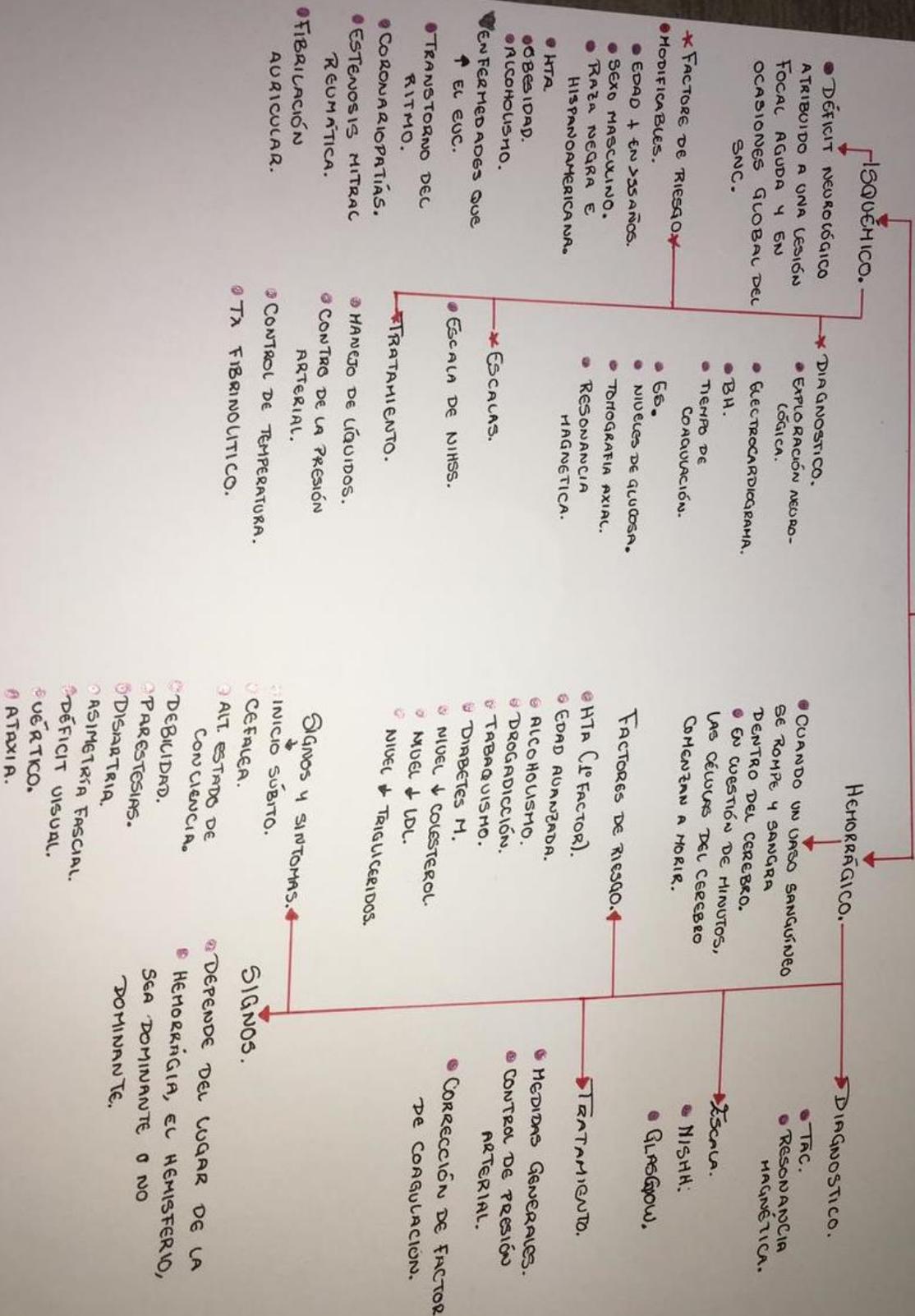
TRATAMIENTO

MEDICAMENTOS ANTIBIÓTICOS (CONSTRANINA).
ANTIVIRALES (VIRUS).
APOYO VITAL.
TERAPIA DE REHABILITACIÓN.

COMPLICACIONES

PÉRDIDA AUDITIVA.
DAÑO CEREBRAL.
MUELTE.

ЗУС СЕРЕБРА ИЗОЕМНИКО Ч НЕПОКРАЊИКО.



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.
 - Cascadas.
 - 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.

✓ Hematoma epidural.

Por laceración de la arteria meníngea media a sus ramas.

✓ Hematoma subdural.

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

✓ Hematoma intraventricular.

Coacción de sangre en el tejido cerebral.

✓ Fracturas.

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

Diagnóstico de TCE.

- Por Glasgow.
- Lesi: 14-15.
- Heredo: 9-13.
- Severo: <8.

Diagnóstico.

- Tac.
- Rmn.
- Radiografía de columna cervical.

Tra Tratiento.

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

Secuelas del TCE.

- Trastorno psicológicos.
- Síndrome postconcusional.
- Mareos.
- Acúfenos.
- Cefalea.
- Irritabilidad.
- Depresión.
- Déficit focal motor.
- Epilepsia.