



**Universidad del sureste
Escuela de medicina**

Urgencias médicas

Docente: Dr. Rome Suarez Martínez

**Presenta:
Jesús Eduardo Cruz Domínguez**

Urgencias cardiológicas.

Infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST.

Es una condición patológica que se alude al desprendimiento de una placa de ateroma, pertenece al grupo de las cardiopatías isquémicas y del subgrupo del síndrome coronario agudo, en este existe la evidencia de oclusión total de alguna arteria coronaria, por lo tanto el objetivo terapéutico inmediato es la repercusión de la zona afectada esto se realizara mediante la fibrinólisis o si es el caso angioplastia.

Las características clínicas son las siguientes:

La mayoría de los pacientes presentas síntomas sugestivos como lo son: dolor retro esternal con irradiación a mandíbula, hombro y brazo (predominantemente el lado izquierdo) , así mismo se acompaña de la sensación de pesadez, ardor y opresión en el pecho, los síntomas atípicos se presentan en pacientes de edad avanzada (estos signos pueden ser: perdida de la consciencia, dolor; epigástrico, en cuello, espalda e inclusive en muñeca).

Es por ello que se debe realizar una historia clínica de manera breve y concisa preguntando los antecedentes cardiológicos del paciente, no dejando pasar el historial farmacológico, o el abuso de sustancias dado a que si existe evidencia de abuso de drogas como lo es la cocaína el tratamiento cambiara en cuanto a la decisión de administrar beta bloqueadores.

Los factores desencadenantes son muy diversos, desde el abuso de drogas hasta el consumo de comidas copiosas, estrés , cabios de temperatura o esfuerzos físicos, el grupo con mayor vulnerabilidad son los adultos mayores de 73 años, pacientes con enfermedades crónico degenerativas (diabetes, hipertensión, hipertiroidismo o hipotiroidismo, etc.), es por ello que se debe de tomar en cuenta los siguientes datos: Edad, sexo, raza, antecedentes personales patológicos (especial atención en lo cardiológico, abuso de sustancias y alergia a medicamentos).

Para hacer el diagnóstico se tiene que realizar los siguientes pasos: asegurarse de que se trate de un infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST, una vez que el paciente llega al servicio de urgencias es importante recabar los síntomas sugestivos, preguntar si ha tenido otros ataques y sobre todo a qué hora empezó el dolor, las características del mismo, en menos de 10 minutos se realizará un EKG de 12 derivaciones prestando atención en el segmento ST en V2-V4 (derivaciones precordiales) $\geq 2,5$ mm (varones < 40 años), ≥ 2 mm (varones > 40 años) o $\geq 1,5$ mm en mujeres. Resto de derivaciones ≥ 1 mm.

Es importante tener en cuenta un estudio de imagen porque puede estar implicada la insuficiencia cardiaca, por lo tanto se puede mandar a realizar una radiografía de tórax para descartar este factor desencadenante (el hecho de poder hacerla no significa retrasar el tratamiento), por otro lado es obligatorio realizar el estudio de enzimas cardiacas y monitorizarlas cada 6 y 12 horas dado a que permanecen elevadas de 7 a 10 días.

Una vez que se diagnostica el IAMCEST, se puede identificar su estado clínico con la clasificación de Killip-Kimball, que también establece un valor pronóstico, es muy importante hacer diagnóstico diferencial con las siguientes patologías: embolia pulmonar, HTA pulmonar, neuropatía diabética y trastornos de ansiedad. Existen factores que pueden agravar el estado fisiológico del paciente como: anemia, taquicardia, fiebre o cualquier estado fisiopatológico que demande mayor gasto cardiaco.

Tratamiento:

En menos de 10 minutos se tiene que tener asegurada la estabilidad del paciente, administrando oxígeno, monitorización cardiaca mediante el monitor, tomar los signos vitales, tener una vía disponible ya sea con solución fisiológica o Ringer, administración de ácido acetilsalicico sin cubierta entérica por vía oral de 325mg o 110 si ya lo tomaba previamente, para aliviar el dolor se puede administrar nitroglicerina (50 mg en 250 cc de suero glucosado al 5 % comenzando a 4 ml/h y ajustando según TA o síntomas) siempre y cuando no el paciente no se encuentre hipotenso, se debe de evitar el uso de AINES para el dolor.

En caso de que la nitroglicerina no haga efecto se puede administrar morfina, los pacientes que cursen con ansiedad se puede administrar alguna benzodiacepina como el midazolam y diazepam . Es de suma importancia llegar a la reperfusión coronaria, mediante fibrinolíticos o de ser posible y si existen los recursos hacer una angioplastia en la sala de hemodinamia.

Infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST.

La fisiopatología de esta entidad clínica es similar lo que cambia es la forma de la obstrucción este caso se trata de una oclusión subtotal de la luz de la arteria coronaria, se manifiesta con datos de isquemia en el paciente, se asemeja a los patrones de una angina inestable, los cambios que se presentan en un EKG se caracterizan por presentar un infra desnivel del segmento ST, las indicaciones patognomónica de daño miocárdico es la elevación de los marcadores cardiacos.

El objetivo terapéutico difiere en que se debe de estabilizar la placa de ateroma, es muy importante hacer el diagnóstico diferencial con las variantes de angina inestable: angina inicial (interfiere con la actividad diaria), angina progresiva (en el último mes se ha hecho más grave), angina prolongada (el "ataque" dura más de 20 minutos), angina variante (aparece estando en reposo).

Para el diagnóstico se debe elaborar una historia clínica, en la cual a través del interrogatorio y de la exploración física se reconocerán los signos que desencadenan a dolor isquémico. Por lo tanto en la historia clínica se debe incluir la semiología del dolor, centrarse en los antecedentes para determinar si se trata de una enfermedad coronaria, valorar los factores desencadenantes.

Para comenzar el tratamiento se debe iniciar con reposo, realizar un EKG, administración de oxígeno, nitroglicerina sublingual, hacer uso de tratamiento anti plaquetario y anticoagulante La dosis de heparina no fraccionada recomendada es bolo inicial de 70 U/kg seguido por infusión a 15 U/kg, titulándola para mantener el PTT entre 1,5 a 2 veces. La enoxaparina se recomienda en dosis de 1 mg/kg subcutáneo cada 12 horas. Como la excreción de la enoxaparina es renal, la dosis debe ser menor en ancianos y pacientes con compromiso renal.

Angina estable

Es la manifestación inicial y característica de la cardiopatía isquémica, se define por dolor torácico asociado con la actividad física, es de tipo opresivo, comúnmente retro esternal, que puede irradiarse a hombro y mandíbula, tiene la peculiaridad de ceder al reposo, generalmente se presenta por episodios de isquemia miocárdica causados por un desajuste reversible de la demanda/aporte miocárdico, relacionados con isquemia o hipoxia.

Manifestaciones clínicas:

Es importante centrarse en el interrogatorio del dolor, el cómo se presenta y la duración, en relación a como se caracteriza, los pacientes refieren una opresión, presión, aplastamiento, estrangulamiento en general una moderada sensación de mal estar general, además se pueden presentar síntomas acompañantes o que hacen referencia a un estado de isquemia son: disnea de reposo o de esfuerzo, debilidad, fatiga.

En cuanto a la duración comienza de forma gradual y llega a su punto máximo en minutos de esta misma manera desaparece, aliviándose en minutos, existen dos tipos de dolor anginoso típico (que es retro esternal, provocado por esfuerzo, se alivia en minutos) y atípico (considerado como probable que solo cumple con dos características del típico). Los factores de riesgo que se deben de identificar son la hipertensión arterial, diabetes, vida sedentaria, tabaquismo positivo.

El diagnostico se basara en un una historia clínica detallada, pruebas de laboratorio y pruebas específicas y los estudios de imagen, se deben realizar las pruebas no invasivas por ejemplo las pruebas de esfuerzo, en cuanto al laboratorio se recomienda la realización de un hemograma completo, valoración de glucemia basal, una vez diagnosticado es importante estratificar el riesgo de los pacientes que cursan con angina crónica respecto a la muerte cardiovascular e infarto agudo al miocardio para ello se hace uso de la clínica, estudios de imagen como ecocardiograma, electrocardiograma de esfuerzo.

El tratamiento farmacológico de la angina de pecho incrementa la tolerancia al ejercicio. La nitroglicerina sublingual es útil empleada a demanda (en el momento en que aparece el dolor) y profilácticamente, antes de realizar una actividad que el paciente sabe que se aproxima al umbral de esfuerzo que provoca la aparición del dolor. Si es necesario, pueden asociarse hasta tres fármacos antianginosos (nitratos, betabloqueantes y calcioantagonistas).

Angina inestable:

Al igual que las angina estable es un tipo de síndrome coronario agudo este resulta de la obstrucción de alguna arteria coronaria sin llegar a infarto del músculo miocárdico, así mismo si se tomarán los biomarcadores el resultado que se encuentra no cumplirá para que se sospeche de un infarto agudo de miocardio. Las manifestaciones clínicas son variables, el paciente refiere dolor que inicia estando en reposo y de naturaleza progresiva que se intensifica al momento de la actividad física, tiene una clasificación llamada Braunwald la cual hace mención de la gravedad (que se presenta en tres grados) y la situación clínica.

Se diagnostica mediante una serie de EKG, marcadores cardiacos, angiografía coronaria (en pacientes con complicaciones), angiografía en pacientes estables, es primordial diferenciarla del infarto agudo del miocardio (en cualquiera de sus presentaciones ya sea con o sin la elevación del segmento ST), la prueba que tiene mayor importancia es el EKG se recomienda realizar dentro de los primeros 10 minutos de la presentación del paciente en el servicio de urgencias.

Cabe mencionar los cambios que la angina inestable ocasiona en el trazo electrocardiográfico: infra desnivel del segmento ST o supra desnivel del segmento ST de manera transitoria, La angiografía coronaria suele combinar el diagnóstico con la intervención coronaria por vía percutánea (ICP—o sea, angioplastia, colocación de prótesis endovascular).

Después de la evaluación y el tratamiento inicial, puede usarse una angiografía coronaria en pacientes con evidencias de isquemia persistente (hallazgos electrocardiográficos o síntomas), inestabilidad hemodinámica, arritmias ventriculares recidivantes y otros trastornos que sugieren una recidiva de los eventos isquémicos.

El pronóstico después de un episodio de angina inestable depende de cuántas arterias coronarias están enfermas, cuales están afectadas, y la gravedad con que están afectadas.

En general, cerca del 30% de los pacientes con angina inestable presenta un infarto de miocardio dentro de los 3 meses siguientes a su inicio; la muerte súbita es menos frecuente. Los cambios electrocardiográficos significativos asociados con dolor torácico indican un riesgo más elevado de que el paciente presente infarto de miocardio o muerte.

Tratamiento: Los pacientes con angina inestable deben tener lo siguiente (menos que esté contraindicado) fármacos antiagregantes plaquetarios: aspirina, clopidogrel, o ambos (prasugrel o ticagrelor son alternativas al clopidogrel), anticoagulantes: una heparina (heparina no fraccionada o de bajo peso molecular) o bivalirudina.

Crisis hipertensiva tipo urgencia y emergencia.

Urgencia.

Se define urgencia hipertensiva a la elevación de la presión arterial en pacientes que son asintomáticos o con síntomas inespecíficos, sin afectación de los órganos diana. Requiere el descenso de las cifras de PA en las próximas 24-48 horas. Su tratamiento será oral y no suelen precisar asistencia hospitalaria. No es conveniente reducir las cifras de PA demasiado rápido, pues podría producir hipo perfusión en órganos diana. Las situaciones más habituales son la crisis asintomática idiopática, la HTA acelerada-maligna no complicada, HTA pre y postoperatorio y el abandono terapéutico.

Para diagnosticarla es necesario elaborar una historia clínica detallada preguntando por los síntomas más comunes: cefaleas, mareos, acufenos, etc, cabe mencionar que los pacientes pueden estar asintomáticos, es preciso tomar hacer toma la tensión arterial, en el interrogatorio se preguntará por los familiares cercanos (padres y hermanos) padecen de HTA, así mismo preguntará al paciente si anteriormente ha sido diagnosticado con hipertensión, toma algún tratamiento y desde que fecha o es reciente el diagnóstico inclusive si desconocía su estado de salud.

Una vez confirmada la situación de urgencia hipertensiva y descartada la presencia de una emergencia hipertensiva, el paciente debe permanecer en reposo, en un lugar tranquilo, al menos durante 30 minutos, y posteriormente se evaluarán de nuevo las cifras de tensión arterial. En caso de confirmación de la urgencia hipertensiva, se iniciará el tratamiento, habitualmente con medicación oral posterior a ello es esencial vigilar al paciente en las próximas 12 horas.

Es importante tener en mente dos situaciones: pacientes con tratamiento previo de HTA y los que no tienen (en dichos casos bastará con iniciar dicho tratamiento por vía oral, siguiendo las recomendaciones de las guías internacionales de manejo de la HTA). Aquellos que contaban con tratamiento previo: después de comprobar el grado de cumplimiento y que las dosis e intervalos de administración son los correctos, se ajustará la dosis o se asociará otro fármaco.

Tratamiento:

Es ambulatorio; se debe disminuir la presión arterial de manera gradual durante 24 a 48 h hasta alcanzar cifras normales mediante medicamentos suministrados por vía oral. El nifedipino es un fármaco ampliamente utilizado en los servicios de urgencias tanto por vía oral, como sublingual. Es un calcioantagonista dihidropiridínico de acción corta. El inicio de acción es de 5-10 minutos con un pico máximo a los 30-60 minutos y duración de 6 horas.

Captopril es el fármaco del que se dispone mayor experiencia publicada en el manejo de las CH, siendo considerado de elección en todas las guías revisadas, salvo contraindicaciones. Si bien algunas guías lo recomiendan por vía sublingual y el labetalol es un betabloqueante no cardioselectivo y bloqueante α_1 . Su efecto se inicia en 30-120 minutos y su duración de acción es de 5 horas.

Emergencia.

Se define como emergencia hipertensiva a la elevación brusca de la tensión arterial en la cual se ven involucrados, los órganos blancos, es por ello que el tratamiento de la misma debe ser rápido y de acorde al tipo de emergencia ya que como se mencionó anteriormente afecta a los órganos diana, de esta manera encontramos emergencias de tipo: neurológicas, cardiovasculares, renales, eclampsia (situación de emergencia en embarazadas).

La forma de diagnosticar el presente estadio clínico es a través de interrogatorio dirigido y exploración física, buscando síntomas neurológicos, náuseas y vómitos, mal estar o dolor torácico, dolor en región dorsal, disnea, sangrados oculares, exudados, en caso de que existe afección renal se puede encontrar en los estudios de laboratorio: microhematuria, proteinuria, lesión renal aguda.

El tratamiento se debe administrar en el menor tiempo posible, una vez hospitalizado se pueden tomar las siguientes exámenes de laboratorio: electrocardiograma, biometría hemática, examen general de orina, radiografía de torax, tomografía computada (si el caso clínico lo requiere), con los medicamentos suministrados se busca disminuir la presión arterial en menos de 2 horas.

Preferentemente se utilizará medicación intravenosa, requiriendo monitorización electrocardiográfica continua de la PA, de la saturación de oxígeno, y disponer de, al menos, un acceso venoso periférico. Su manejo es hospitalario. Labetalol: disminuye las resistencias periféricas y el gasto cardiaco sin que disminuya el flujo sanguíneo cerebral, renal o coronario, nitroglicerina: es un potente venodilatador que sólo a altas dosis tiene tal efecto a nivel del tono arterial. Reduce la PA por disminución de la precarga y del gasto cardiaco, por lo que clásicamente se ha utilizado en dos situaciones concretas: la isquemia miocárdica aguda y el edema agudo de pulmón.

Nitroprusiato sódico: La presión arterial disminuye siempre que se administra este fármaco, aunque en ocasiones la respuesta requiere mucho más que la dosis inicial habitual de 0,25 µg/kg/minuto. El efecto antihipertensivo desaparece en el término de minutos de suspendido el fármaco.

La magnitud del descenso tensional también dependerá de la situación clínica, aunque como norma general el objetivo debe ser una reducción del 20 al 25% del valor inicial de la presión arterial, en un periodo que puede oscilar entre unos minutos a 2 horas, no intentando conseguir descensos por debajo de 160 mmHg para la presión arterial sistólica o de los 100 mmHg de presión arterial diastólica.

Insuficiencia cardiaca descompensada.

La insuficiencia cardiaca es un síndrome de disfunción ventricular, cuando afecta al ventrículo izquierdo: causa disnea y fatiga, mientras que la afección al ventrículo derecha promueve la acumulación de líquido en los tejidos periféricos y el abdomen (ascitis), ingurgitación hepato - yugular signo de Kussmaul, etc. Los ventrículos pueden verse involucrados en forma conjunta o por separado, esta entidad cuando se manifiesta de manera aguda (descompensada) representa el 70% de las hospitalizaciones de pacientes que cursan con alguna cardiopatía asociada.

Existen signos, síntomas específicos y típicos que ayudan para hacer el diagnóstico un ejemplo breve de cada uno de ellos son: disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna (síntomas típicos) y presión venosa yugular aumentada, reflujo hepatoyugular, ritmo de galope (S3) (signos específicos).

Estos son algunos síntomas que el paciente puede referir, edema en miembros inferiores, aumento de peso 2 kilo gramos en una semana, sensación de cansancio, disminución de la micción, tos irritativa o persistente, aumento en el volumen abdominal, pérdida de conocimiento, la presencia de estos reflejan la sobrecarga de líquido, por tanto reducirán el gasto cardiaco causando hipoperfusión periférica generando los síntomas que se mencionaron previamente.

El tratamiento se basa en el empleo de diuréticos los cuales se encargaran de disminuir el volumen intravascular y la congestión extravascular, morfina esta actuara reduciendo los síntomas, venodilatador, disminuye la poscarga, así mismo se puede administrar nitratos y oxígeno.

Urgencias neurológicas

Meningitis.

Se refiere a la inflamación de las meninges y se acompaña de cambios característicos en el líquido cefalorraquídeo. El origen de esta inflamación de muchas veces es infeccioso por virus, bacterias, hongos o parásitos. Sin embargo, también hay meningitis causadas por medicamentos. Un ejemplo de los distintos agentes etiológicos como las bacterias (neumococo y meningococo) y las más comunes son: *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*, si nos referimos al tipo de meningitis aséptica el agente que se ve mayormente involucrado es enterovirus Coxsackie.

El cuadro clínico que presenta se puede resumir en cuatro signos cardinales: cefalea, fiebre, rigidez de nuca y alteración del estado neurológico, de los cuales el síntoma común es la fiebre, existen diversos factores de riesgo que predisponen a la aparición de esta entidad entre los cuales se encuentran: esplenectomía, intervenciones quirúrgicas craneales recientes.

Para el abordaje diagnóstico se deben buscar signos de irritación meníngea: signo de Kernig (al flexionar la cadera provoca dolor en la espalda), signo de Brudzinski y rigidez de nuca. Así mismo es primordial recurrir a los exámenes de laboratorio como lo es la punción lumbar (es posible que exista una complicación la cual es herniación cerebral) la cual está indicada en todos los pacientes en quienes se sospeche meningitis, otro tipo de estudio que puede realizarse son los de imagen en la tomografía de cráneo se evaluará la herniación cerebral (las indicaciones de realizarla es: pacientes mayores de 60 años, crisis convulsivas en los 7 días previos, antecedente de patología en el SNC).

El tratamiento empírico debe comenzar en cuanto se sospecha el diagnóstico de meningitis, usando agentes de amplio espectro, el tratamiento comienza justo después de los resultados de la punción lumbar, en la meningitis adquirida en la comunidad se debe incluir una cefalosporina de tercera generación (ceftriaxona), los corticoides para disminuir la inflamación cerebral sólo se utilizará en los siguientes casos: meningitis por *H. influenzae* (en niños). En resumen el tratamiento quedaría de la siguiente manera: Ceftriaxona 2 IV cada 12 horas, más vancomicina (45-60 mg/kg en 3-4 dosis/día).

Evento vascular cerebral (Isquémico y hemorrágico).

La OMS define al evento vascular cerebral o ictus como un síndrome clínico que se caracteriza por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos de afección neurológica focal o global de origen vascular. El EVC se origina por un problema arterial o venoso; el arterial es el más frecuente y se divide en isquémico y hemorrágico.

La isquemia cerebral transitoria consiste en episodios de déficit neurológico debidos a isquemia de algún territorio cerebral, los cuales tienen una duración <24 horas y no dejan secuelas. Los síntomas y signos dependen del territorio afectado; es frecuente la amaurosis fugaz por oclusión de la arteria central de la retina o estenosis carotídea. Estos eventos se asocian con un alto riesgo de presentar ictus por lo que se ha diseñado escalas para estratificar dicho riesgo, por ejemplo la escala ABCD2 (la cual nos permite identificar a los pacientes que se encuentran en riesgo y ayuda a decidir a quienes hospitalizar).

Evento isquémico:

Pueden tener origen trombotico o embolico dado a que cerca del 44% de los casos son de etiología aterotrombotica, 22% cardioembolica, las principales fuentes de cardioembolismo son fibrilación auricular, infarto agudo de miocardio y valvulopatias.

Las manifestaciones clínicas de dicha entidad se producen según la arteria afectada, a continuación se mencionaran algunos ejemplos; cerebral anterior: hemiplejia, abulia, incontinencia urinaria. Cerebral media: hemianestesia, afasia, apraxia. Cerebral posterior: síndrome talámico. Vertebral: diplopía, vértigo, ataxia. Basilar: coma, alteraciones pupilares, cuadriplejia. Cerebelar: nistagmo, ataxia, disimetría.

Evento hemorrágico:

La hemorragia intraparenquimatosa es la forma más común de EVC hemorrágico, tiene una tasa de mortalidad de 50%, las principales causas son tres; hipertensión, trauma craneoencefálico o angiopatía amiloide cerebral, esta hemorragia se presenta en el putamen, el cuadro clínico se presenta con cefalea y déficit focal súbito ya alteración en el estado de conciencia que empeora rápidamente.

Como en el evento isquémico la clínica del este ente se caracterizara según el área afectada: lobares: se asocian con crisis convulsivas, putamen: hemiplejia, déficit sensorial, talamo: hemiparesia, anisocoria, cerebelo: nausea, vomito, ataxia y coma, protuberancia: coma, cuadriplejia, por mencionar algunos, básicamente el diagnostico se dará a través de la exploración física y del uso de las escalas de este contexto; para empezar se realizara un examen neurológico (el cual debe incluir exploración de las funciones mentales, evaluación de la función, evaluación de la sensibilidad). La escala de coma de Glasgow ayudaran a la rápida evaluación del paciente.

Para hablar de tratamiento es indispensable la estabilización del paciente, obtener una via venosa para la administración de medicamentos, evitar la aparición de fiebre, la posición a la que se tiene que someter el paciente en decúbito supino con una declinación de 30 grados para mantener una PIC adecuada, hablando del evento isquémico es preciso la reperfusion esta se puede obtener mediante trombolisis (es muy importante que el paciente este estable y sin hemorragia de otras cavidades). Para el evento hemorrágico el tratamiento es sintomático y también se debe de monitorizar al paciente por si presenta deterioro neurologico y respiratorio, asi mismo si existe hipertensión se debe reducir gradualmente.

Traumatismo craneoencefálico.

Es definido como una lesión física al parénquima encefálico provocado por una fuerza externa, es un gran problema de salud publica y se presenta con mayor frecuencia en hombres jóvenes entre 15 y 30 años, de estos casos el que predomina es el accidente en motocicleta, esta patología se divide en de acuerdo a la lesión (primaria y secundaria).

Lesión primaria se refiere al daño cerebral y muerte neuronal que ocurren durante el evento traumático, mientras que la secundaria es posterior (esto quiere decir que son secuelas de las lesiones primarias), de esta misma manera se clasifica la acción del traumatismo (directo e indirecto).

Al momento de la atención de pacientes con esta entidad es preciso clasificarlos mediante la escala de Glasgow, esta escala permite clasificar al TCE de acuerdo con su gravedad (dependiendo la puntuación recogida al momento de evaluar al paciente); leve (13 a 15), moderado (9 a 12), severo (<8). La primera acción que debe llevarse en la evaluación CABD respetando las prioridades de manejo, dado a que se debe evitar eventos de lesión secundaria.

Los objetivos de la atención serán los siguientes: saturación de oxígeno >90%, normovolemia, identificar los signos de gravedad y deterioro neurológico, incluyendo el estado mental, es importante realizar las revisiones de manera seriada para la detección oportuna de condiciones potencialmente letales. Un ejemplo claro de cómo detectar cuando existe un aumento en la PIC es la triada de Cushing (hipertensión, bradicardia y alteraciones en el patrón ventilatorio).

Existen diferentes apoyos diagnósticos para un diagnóstico rápido y que oriente en que parte se encuentra la lesión es la tomografía computada simple en aquellos pacientes que tengan un TCE de moderado a severo, cabe destacar que la realización de la tomografía no debe retrasar el traslado o la atención al paciente, el tratamiento será de acuerdo a la severidad y clasificación clínica según la escala de Glasgow.

Bibliografía

- Bibiano, C. (2018). «Manual de urgencias». SANED; Madrid.
- Manuales MSD. (s. f.). Angina inestable. Manual MSD versión para profesionales. Recuperado 14 de octubre de 2020, de https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedad-coronaria/angina-inestable#v27852320_es
- Burguez, S. (s. f.). Insuficiencia cardíaca aguda. Scielo. Recuperado 16 de octubre de 2020, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202017000300370
- Vázquez, L & Casal, C. «Guía de actuación en urgencias». Hospital Bierzo ; México