

Crisis hipertensiva

Universidad del Sureste

Materia: Urgencias medicas

Nombre del alumno: Emanuel de Jesús Andrade Morales

Docente: Dr. Romeo Suarez Martínez

Semestre: 8° Grupo: A Unidad: 2

Comitán de Domínguez, Chiapas a 27 de abril del 2023

Elevación aguda de la presión arterial sistólica **>210 mmHg** y presión arterial diastólica **>120 mmHg** capaz de llegar a producir alteraciones estructurales o funcionales en diferentes órganos.

- × **Urgencia hipertensiva**
- × **Emergencia hipertensiva**

Epidemiología

- × Alrededor del 3% de todos los pacientes con hipertensión arterial, tendrán al menos una vez en su vida una exacerbación hipertensiva.
- × Se estima que 3 de cada 1,000 acudirán al servicio de urgencias cada año por este padecimiento, y dentro de estos episodios las emergencias hipertensivas estarán presentes en un 25%.

Etiología

Es provocada por cualquier enfermedad, o evento estresante que sea capaz de modificar alguno de los siguientes mecanismos reguladores de la presión arterial:

- × Control del sistema nervioso autónomo
- × Eje renina-angiotensina-aldosterona
- × Producción de óxido nítrico endotelial
- × Producción de sustancias vasoconstrictoras/vasodilatadoras
- × Resistencias vasculares sistémicas.

Entre las patologías más comunes asociadas a estas alteraciones se encuentran las causas:

- × **Neurológicas:** Enfermedad cerebral vascular (ya sea isquémica o hemorrágica), hemorragias intracraneana, encefalopatía hipertensiva.
- × **Cardiovasculares:** Aneurismas disecante aórtico, ICA y síndrome coronario agudo, HTA maligna, bypass aortocoronario o historia de enfermedad cardiovascular.
- × **Renales:** IRA, trasplantes renales, feocromocitoma.
- × **Otras:** Preeclampsia, eclampsia, traumatismo craneoencefálico, quemaduras prolongadas, suspensión de tratamientos antihipertensivos, etc.

Clasificación

× **Urgencia hipertensiva**

Elevación brusca de la presión arterial , sin que exista disfunción de los órganos diana.

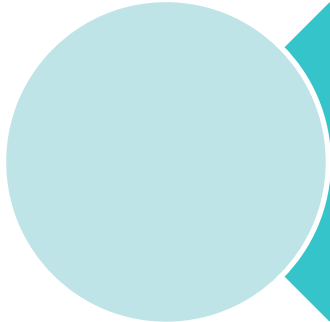
× **Emergencia hipertensiva**

Elevación brusca de la presión arterial , que produce alteración de los órganos diana del proceso hipertensivo (cerebro, riñón, retina, corazón y vasos sanguíneos).

Diagnóstico



Confirmar la elevación aguda de la PA.



Descartar o confirmar la existencia de lesión de órgano diana.

Urgencia hipertensiva

A todos los pacientes con urgencia hipertensiva, las siguientes exploraciones.

- × ECG
- × Radiografía posteroanterior y lateral de lateral de tórax.

Con estas exploraciones pueden detectarse alteraciones que detonen una HTA de larga evolución, como crecimiento ventricular izquierdo (onda S en V1 más onda R en V5 > 35 mm) en el ECG o cardiomegalia en la radiografía de tórax.

Tratamiento de Urgencia hipertensiva

Uso de IECA como el captopril (comprimidos de 25 y 50 mg), en dosis de 25 mg, que puede repetirse a los 30 minutos si es necesario. Inicia su acción a los 15-30 minutos y alcanza su máximo efecto en 1-2 horas.

Labetalol (comprimidos de 100 y 200 mg), en dosis de 100 mg, que puede repetirse a las 2 horas si es necesario.

Emergencia hipertensiva

- × Identificar HTA elevada
- × Pruebas para identificar el compromiso de los órganos blanco: ECG, análisis de orina, nitrógeno ureico en sangre (BUN), creatininemia; con signos neurológicos, TC del cerebro
- × La evaluación típica requiere ECG, análisis de orina, nitrógeno ureico en sangre y creatininemia.
- × Los pacientes con signos neurológicos requieren TAC del cerebro para diagnosticar hemorragia intracraneal, edema o infarto cerebral.

- × Los pacientes con dolor torácico o disnea requieren ECG y radiografía de tórax.
- × Las alteraciones del ECG que sugieren daño agudo de órganos diana incluyen isquemia aguda.
- × En el análisis de orina característico del compromiso renal, se identifican eritrocitos, cilindros eritrocitarios y proteinuria.
- × El diagnóstico se basa en el hallazgo de hipertensión arterial grave con compromiso de órganos blanco.

Tratamiento de Emergencia hipertensiva

- × Ingreso hospitalario urgente (frecuentemente UCI)
- × Vigilancia del nivel de conciencia.
- × Monitorización de PA. FC
- × Disminución de la PA hasta valores seguros, sin descensos bruscos.

Fármaco	Indicación	Contraindicación	Dosis
Nitroprusiato	Todas	Embarazo	I: 0,5-10 mcg/kg/min (50 mg/500 ml 10-30 ml/h)
Labetalol	Todas	IC, bradicardia, BAV, intoxicación por cocaína	B: 20-80 mg I: 1-2 mg/min (100 mg/100 ml en 1-2min)
Urapidilo	Todas	Estenosis aórtica	B: 25 mg en 5-10 min (250 mg/250 ml 10-30 ml/h)

Bibliografías

- × Carlos, P. A. (2021). Cardiología en el área de urgencias. ELSEVIER.



Insuficiencia Cardíaca (IC)

Universidad del Sureste

Materia: Urgencias médicas

Nombre del alumno: Emanuel de Jesús Andrade
Morales

Docente: Dr. Romeo Suarez Martínez

Semestre: 8° Grupo: A Unidad: 2

Comitán de Domínguez, Chiapas a 27 de abril del
2023



Definición

Síndrome clínico en el que los pacientes presentan signos y síntomas como consecuencia de que el corazón no aporta un gasto cardíaco adecuado a las necesidades de los órganos y tejidos.

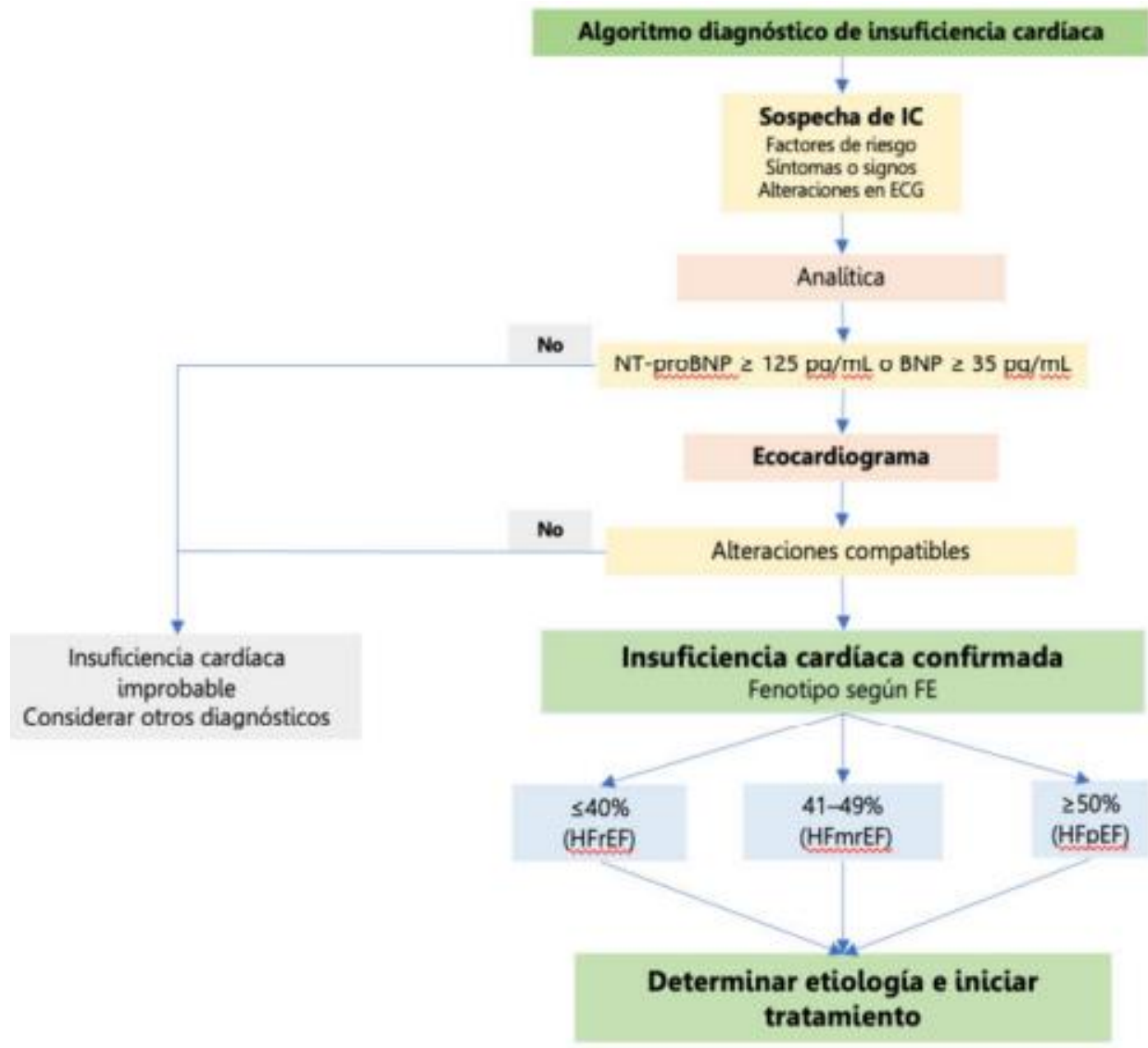


Epidemiología

- © En México hay 750,000 pacientes que viven con insuficiencia cardíaca y el problema va en aumento. Se calcula que 75,000 pacientes adicionales tendrán insuficiencia cardíaca cada año.

Clasificación

ACC/ AHA		NYHA	
Estadio A	Pacientes asintomáticos con alto riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca, sin anomalía estructural o funcional identificada.	Clase I	Pacientes sin limitación de la actividad física normal.
Estadio B	Pacientes asintomáticos con enfermedad cardiaca estructural claramente relacionada con insuficiencia cardiaca.	Clase II	Pacientes con ligera limitación de la actividad física.
Estadio C	Pacientes con insuficiencia cardiaca sintomática asociada a enfermedad estructural subyacente.	Clase III	Pacientes con acusada limitación de la actividad física; cualquier actividad física provoca la aparición de los síntomas.
Estadio D	Pacientes con enfermedad cardiaca estructural avanzada y síntomas acusados de insuficiencia cardiaca en reposo a pesar de tratamiento médico máximo.	Clase IV	Pacientes con síntomas de insuficiencia cardiaca en reposo.





Tratamiento en IC FEVI disminuida

IECA/ ARA II
Betabloqueante
Antagonista de los receptores de la aldosterona
Dapaglifozina / Empaglifocina
Diuréticos de asa

FEVI ≤ 35% y
QRS < 130 ms

FEVI > 35% o no indicación de implante de dispositivos

Ritmo sinusal y FEVI ≤ 35%
and QRS ≥ 130 ms

Valorar DAI

Dispositivo de resincronización

Si persisten síntomas, considerar otras terapias con recomendación de grado II (*)

RECOMENDACIONES	CLASE	NIVEL
Los IECAs están recomendados para pacientes con FEVI reducida porque reducen el riesgo de hospitalización por fallo cardíaco y muerte.	I	A
Los betabloqueantes están recomendados en pacientes estables con FEVI reducida porque reducen el riesgo de hospitalización por fallo cardíaco y muerte.	I	A
Los Antagonistas del receptor de la aldosterona están indicados en pacientes con FEVI reducida porque reducen el riesgo de hospitalización por fallo cardíaco y muerte.	I	A
Dapagliflozina y Empagliflozina están indicadas en pacientes con FEVI reducida porque disminuyen el riesgo de hospitalización por fallo cardíaco y muerte.	I	A
Sacubitril/Valsartán está recomendado como sustituto de IECAs en pacientes con FE reducida con mal control con los fármacos previos porque disminuye el riesgo de hospitalización por fallo cardíaco y muerte.	I	B



Bibliografías

- © Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica en Adultos en los tres niveles de atención. (n.d.). Cenetec-difusion.com. Retrieved May 2, 2023, from <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/ISSSTE-722-15/ER.pdf>
- © Muñoz, A. V. (2022, April 25). Guías ACC/AHA/HFSA 2022 para el manejo de la IC - Sociedad Española de Cardiología. Secardiologia.es. <https://secardiologia.es/blog/13451-guias-acc-aha-hfsa-2022-para-el-manejo-de-la-ic>



MENINGITIS

Universidad del Sureste

Materia: Urgencias Médicas

Nombre del alumno: Emanuel de Jesús Andrade Morales

Docente: Romeos Suarez Martínez

Semestre: 8° Grupo: A Unidad: II

Comitán de Domínguez, Chiapas a 21 de abril de 2023

✖ Definición

- *Infección supurativa aguda localizada dentro del espacio subaracnoideo.*
- Reacción inflamatoria del sistema nervioso central (SNC) que puede producir disminución del nivel de conciencia, convulsiones, aumento de la presión intracraneal.
- Afecta meninges, SAS y parénquima cerebral.

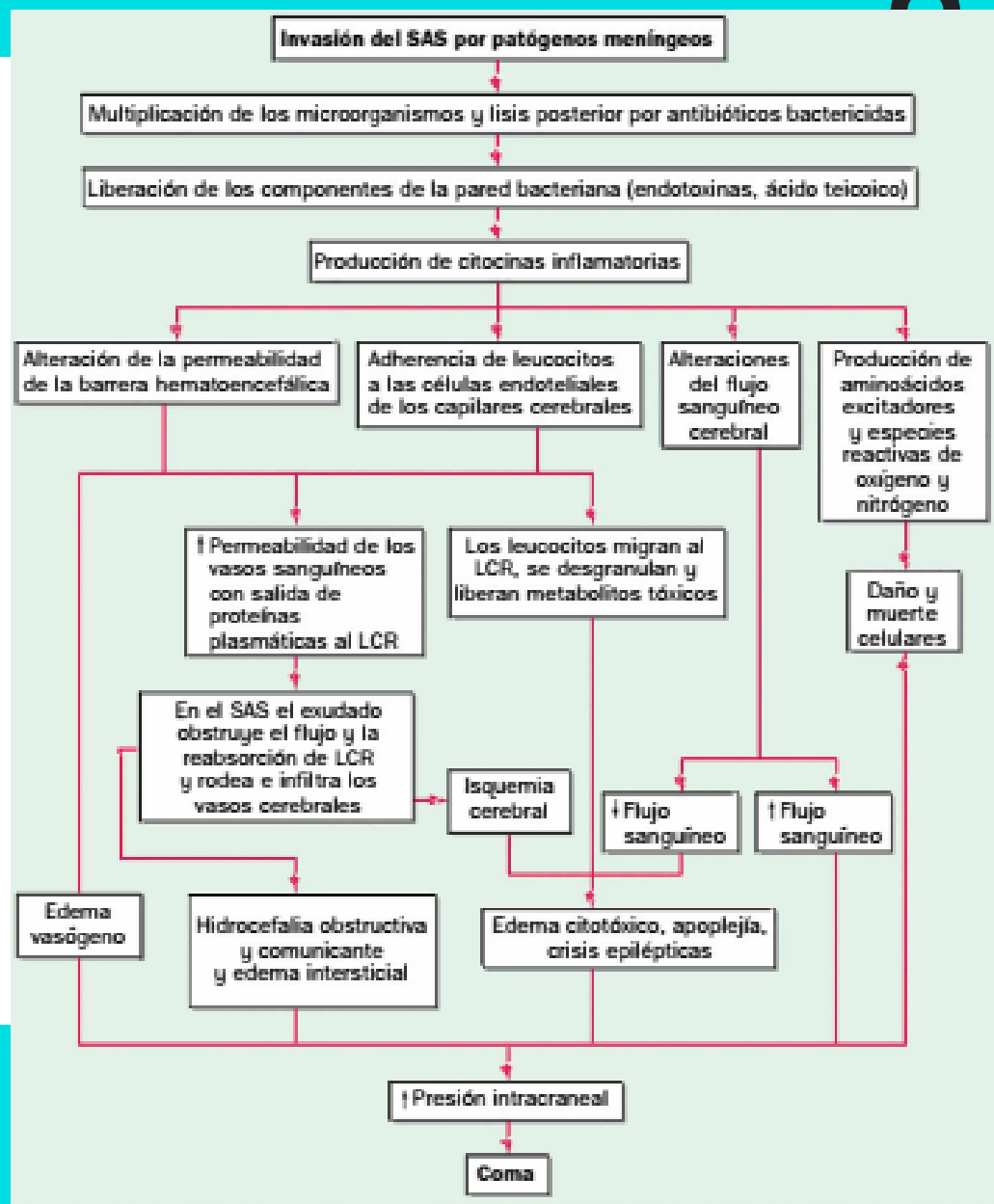
✕ Epidemiología

- Variante más frecuente de infección intracraneal purulenta, con incidencia anual de >2.5 casos por 100 000 habitantes.

✕ Etiología

- Los patógenos que más a menudo causan meningitis bacterianas de origen comunitario son:
- *Streptococcus pneumoniae* (50%),
- *Neisseria meningitidis* (25%)
- Estreptococos del grupo B (15%)
- *Listeria monocytogenes* (10%).
- *Haemophilus influenzae* de tipo b provoca <10% .
- *N. meningitidis* causa epidemias recurrentes de meningitis cada 8-12 años.

✕ Fisiopatología



✖ Signos

- Signo de Kerning



Elevamos la pierna extendida y el paciente flexiona la rodilla de forma refleja

Se evidencia en caso de meningitis o una radiculopatía, hay dolor en la parte posterior del muslo y no se puede realizar la maniobra.

- Signo de Brudzinsky



Elevamos la cabeza, el paciente flexiona las rodillas de forma refleja

Con el paciente en decúbito supino se procede a flexionar el cuello. Si hay irritación el paciente flexionara de forma inconsciente ambas rodillas.

✖ Diagnóstico

Estudio de LCR obtenida por punción lumbar (PL).

Presión de abertura	>180 mm H ₂ O
Número de leucocitos	10-10 000/μL; predominio de neutrófilos
Número de eritrocitos	Ausente en punción no traumática
Concentración de glucosa	<2.2 mmol/L (<40 mg/100 mL)
LCR/glucosa sérica	<0.4
Concentración de proteína	>0.45 g/L (>45 mg/100 mL)
Tinción de Gram	Positiva en >60%
Cultivo	Positivo en >80%
PCR	Detecta DNA bacteriano
Aglutinación de látex	El estudio puede ser positivo en individuos con meningitis por <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> de tipo b, <i>Escherichia coli</i> y estreptococos del grupo B
Lisado de Limulus	Resultado positivo en caso de meningitis por gramnegativos

✕ Tratamiento

INDICACIÓN	ANTIBIÓTICOS	
Recién nacidos pretérmino o <1 mes de vida	Ampicilina + cefotaxima	
Lactantes de 1-3 meses	Ampicilina + cefotaxima o ceftriaxona	
Niños inmunocompetentes >3 meses de vida y adultos <55 años	Cefotaxima o ceftriaxona o cefepima + vancomicina	
Adultos >55 años y adultos de cualquier edad con alcoholismo u otras enfermedades debilitantes	Ampicilina + cefotaxima, ceftriaxona o cefepima + vancomicina	
Meningitis de origen nosocomial, meningitis post-traumática o después de cirugía neurológica, pacientes neutropénicos o sujetos con deterioro de la inmunidad de tipo celular	Ampicilina + ceftazidima o meropenem + vancomicina	
	DOSIS DIARIA TOTAL E INTERVALO ENTRE UNA Y OTRA DOSIS	
ANTIMICROBIANO	NIÑOS (>1 MES DE VIDA)	ADULTOS
Ampicilina	300 (mg/kg)/día, c/6 h	12 g/día, c/4 h
Cefepima	150 (mg/kg)/día, c/8 h	6 g/día, c/8 h
Cefotaxima	225-300 (mg/kg)/día, c/6 h	12 g/día, c/4 h
Ceftriaxona	100 (mg/kg)/día, c/12 h	4 g/día, c/12 h
Ceftazidima	150 (mg/kg)/día, c/8 h	6 g/día, c/8 h
Gentamicina	7.5 (mg/kg)/día, c/8 h ^b	7.5 (mg/kg)/día, c/8 h
Meropenem	120 (mg/kg)/día, c/8 h	6 g/día, c/8 h
Metronidazol	30 (mg/kg)/día, c/6 h	1 500-2 000 mg/día, c/6 h
Nafcilina	100-200 (mg/kg)/día, c/6 h	9-12 g/día, c/4 h
Penicilina G	400 000 (U/kg)/día, c/4 h	20-24 millones U/día, c/4 h
Vancomicina	45-60 (mg/kg)/día, c/6 h	45-60 (mg/kg) día, c/6-12 h ^b

✕ Tratamiento específico

MICROORGANISMOS	ANTIBIÓTICOS
<i>Neisseria meningitidis</i>	
Sensible a penicilina	Penicilina G o ampicilina
Resistente a penicilina	Ceftriaxona o cefotaxima
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	
Sensible a penicilina	Penicilina G
Sensibilidad intermedia a penicilina	Ceftriaxona o cefotaxima o cefepima
Resistente a penicilina	Ceftriaxona (o cefotaxima o cefepima) + vancomicina
Bacilos gramnegativos (excepto especies de <i>Pseudomonas</i>)	Ceftriaxona o cefotaxima
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ceftazidima o meropenem
Especies de <i>Staphylococcus</i>	
Sensibles a meticilina	Nafcilina
Resistentes a meticilina	Vancomicina
<i>Listeria monocytogenes</i>	Ampicilina + gentamicina
<i>Haemophilus influenzae</i>	Ceftriaxona o cefotaxima o cefepima
<i>Streptococcus agalactiae</i>	Penicilina G o ampicilina
<i>Bacteroides fragilis</i>	Metronidazol
Especies de <i>Fusobacterium</i>	Metronidazol

✖ Tratamiento complementario

- Dexametasona ejerce su efecto beneficioso inhibiendo la síntesis de IL-1Beta y de TNF-Alfa, disminuyendo la resistencia a la reabsorción del LCR, y estabilizando la barrera hematoencefálica.
- Se administraron 10 mg de dexametasona IV 15-20 min antes de la primera dosis de un antimicrobiano y se repitió la misma dosis c/6 h durante cuatro días.

✕ Bibliografías

- Sgarbi, N. (2015). Infecciones del sistema nervioso: nuevas herramientas diagnósticas. *Revista Argentina de Radiología / Argentinian Journal of Radiology*, 79(1), 12–31. <https://doi.org/10.1016/j.rard.2014.11.005>
- Téllez González, C., Reyes Domínguez, S., Cárdenas, S. S., & Collado Caparrós, J. F. (n.d.). *PROTOCOLO DE MENINGITIS BACTERIANA AGUDA*. Secip.Info. Retrieved April 21, 2023, from <https://secip.info/images/uploads/2020/07/Meningitis-bacteriana-aguda.pdf>

EVENTO CEREBROVASCULAR (ECV)

Universidad del Sureste

Materia: Urgencias medicas

Nombre del alumno: Emanuel de Jesús Andrade
Morales

Docente: Dr. Romeo Suarez Martínez

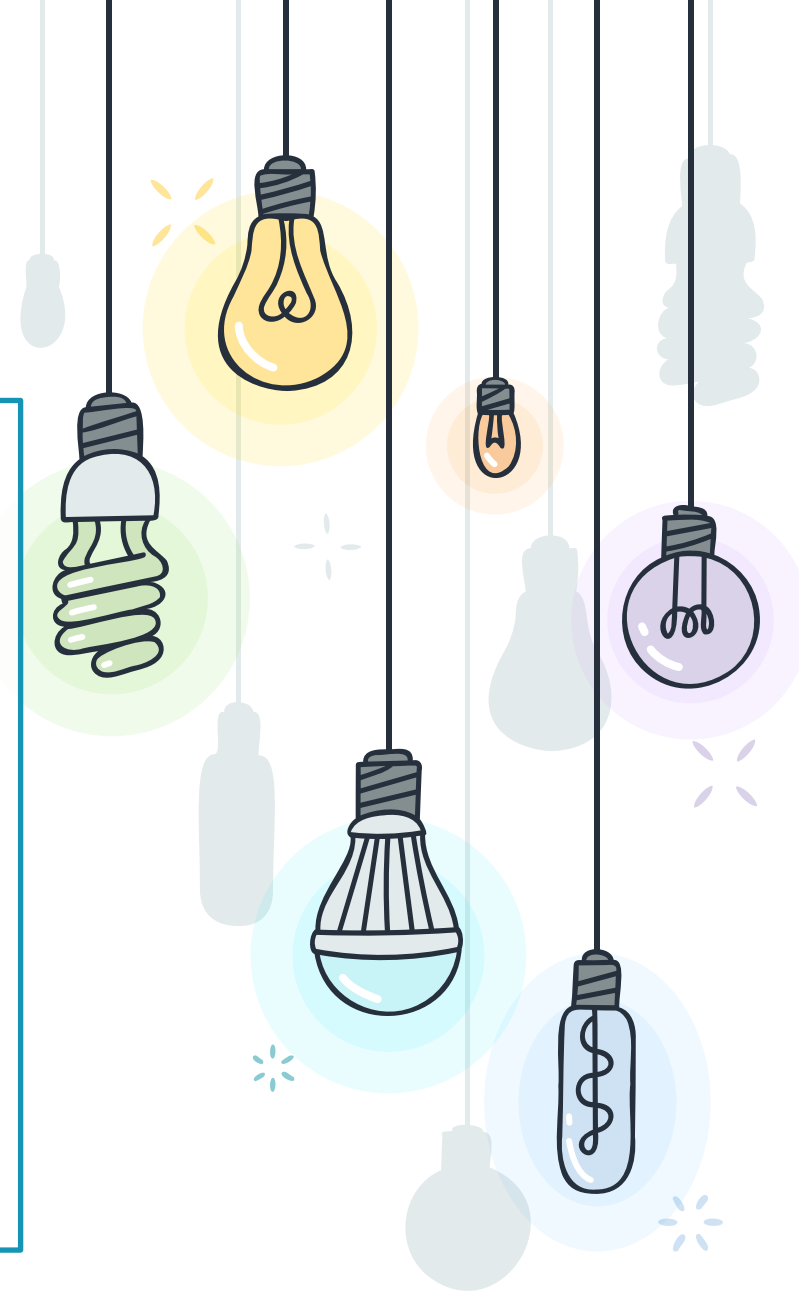
Semestre: 8° Grupo: A Unidad: 2

Comitán de Domínguez, Chiapas a 23 de agosto del
2022



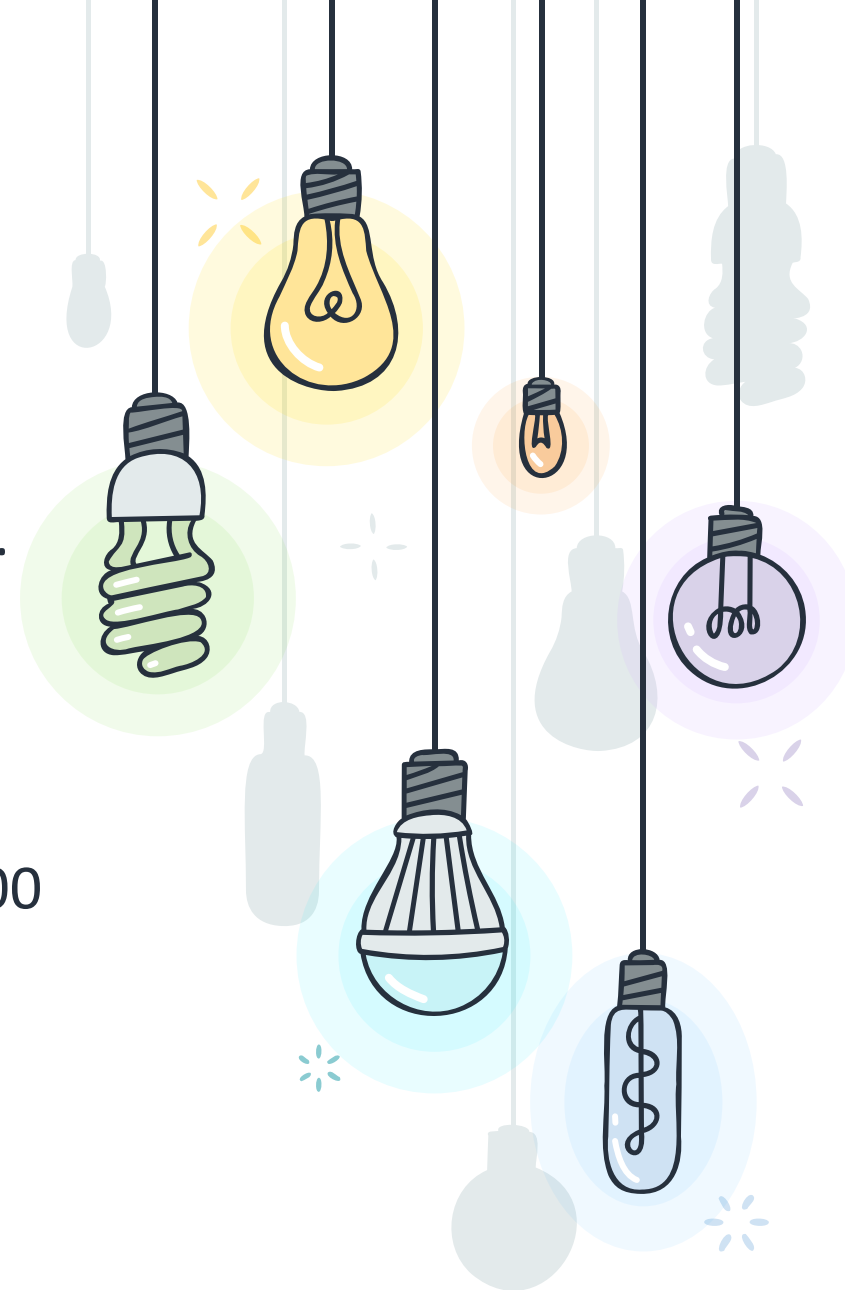
* DEFINICIÓN

Grupo heterogéneo de condiciones patológicas cuya característica común es la disfunción focal del tejido cerebral por un desequilibrio entre el aporte y los requerimientos de oxígeno y otros substratos.



* EPIDEMIOLOGÍA

- + Casi 50% de las admisiones neurológicas en los hospitales generales se deben a alguna forma de ECV.
- + La incidencia y la prevalencia de ECV con índices más confiables son difíciles de determinar debido a la valoración inadecuada de los casos.
- + La mortalidad ajustada por edad en USA es de 50 a 100 x 100,000 por año.



* FACTORES DE RIESGO

No modificables

Edad

Raza

AHF

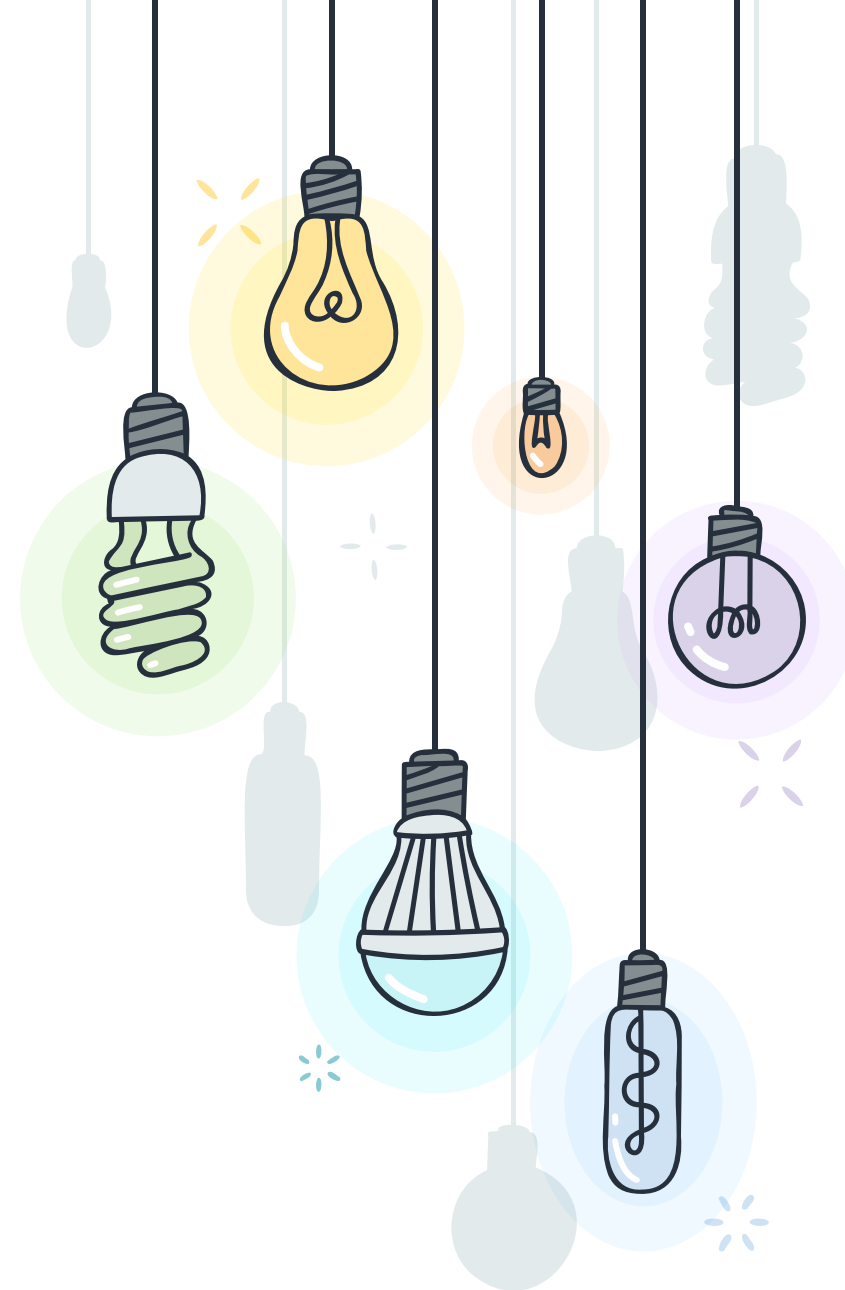
Modificables

HTA

Tabaquismo

DM

Dislipidemias



* CLASIFICACIÓN

Ictus isquémico

Consecuencia de una alteración circulatoria en una zona del parénquima encefálico.

Ictus hemorrágico

Extravasación de sangre fuera del torrente vascular.



ESCALA DE GLASGOW

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

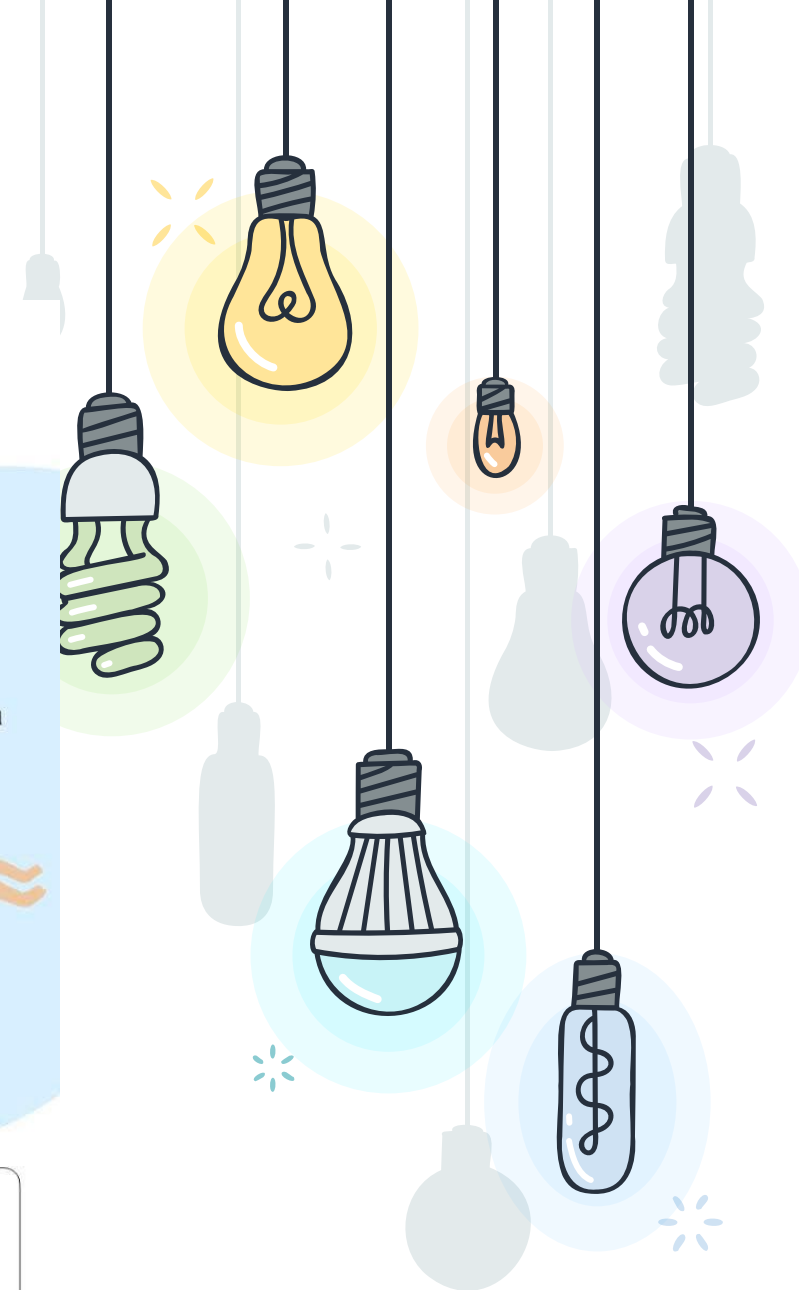
SPOTLIGHTMed

- 
- Respuesta ocular**
- 1 No responde
 - 2 Responde al dolor
 - 3 Orden verbal
 - 4 Espontánea

- 
- Respuesta verbal**
- 1 Ninguna respuesta
 - 2 Sonidos incomprensibles
 - 3 Palabras inapropiadas
 - 4 Desorientado y hablando
 - 5 Orientado y conversando

- 
- Respuesta motora**
- 1 Ninguna respuesta
 - 2 Extensión
 - 3 Flexión anormal
 - 4 Retirada y flexión
 - 5 Localiza el dolor
 - 6 Obedece órdenes

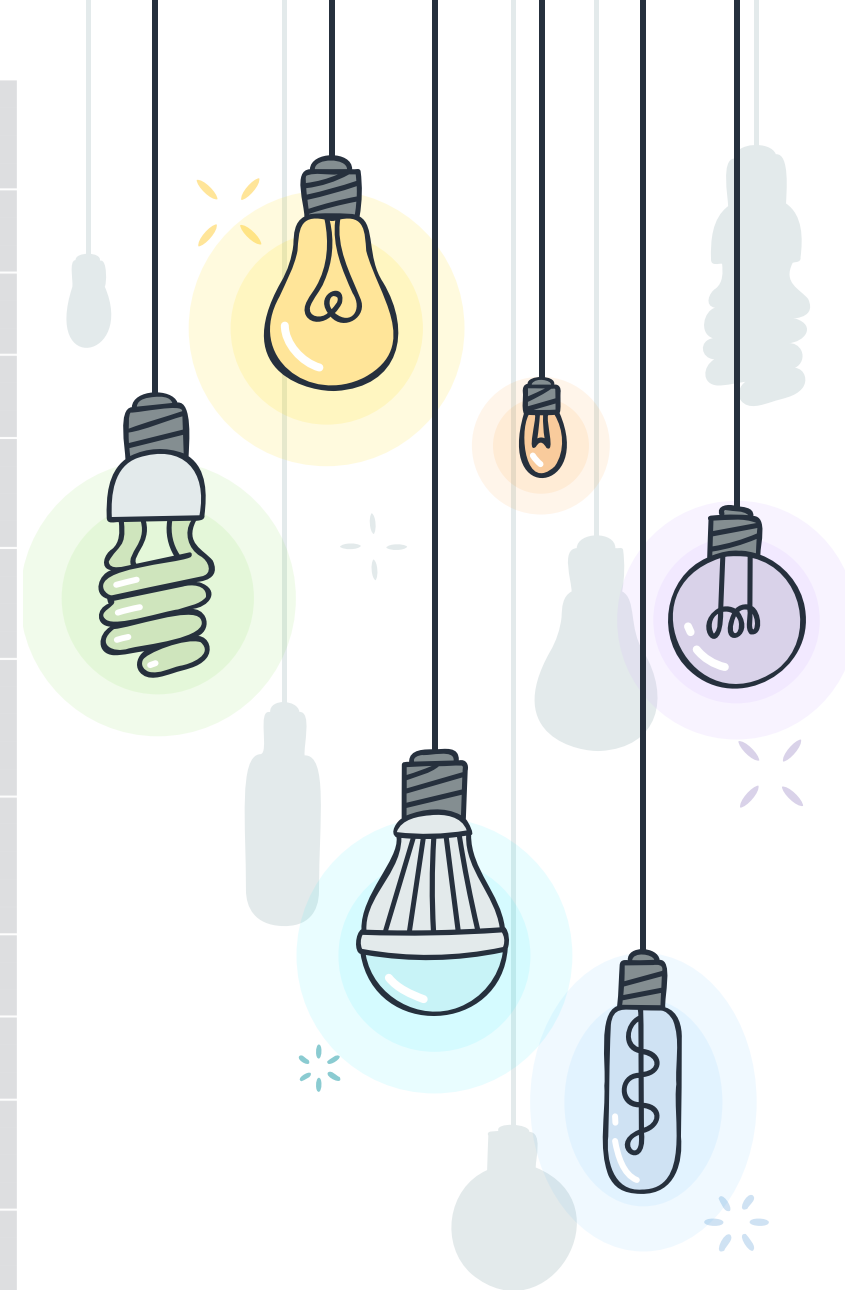
LEVE	13-15
MODERADO	9-12
GRAVE	≤ 8



ESCALA DE NIHSS

Escala de Ictus del National Institute of Health (NIHSS)

1.a. Nivel de conciencia	Alerta	0
	No alerta (mínimos estímulos verbales)	1
	No alerta (estímulos repetidos o dolorosos)	2
	Respuestas reflejas	3
1.b. Preguntas ¿En qué mes estamos? ¿Qué edad tiene?	Ambas respuestas correctas	0
	Una respuesta correcta (o disartria)	1
	Ninguna respuesta correcta (o afasia)	2
1.b. Órdenes motoras 1. Cierre los ojos 2. Abra y cierre la mano	Ambas órdenes correctas	0
	Una orden correcta	1
	Ninguna orden correcta	2
2. Mirada conjugada (horizontal)	Normal	0
	Parálisis parcial de la mirada	1
	Desviación forzada de la mirada	2
3. Campo visual	Normal	0
	Hemianopsia Parcial	1
	Hemianopsia Completa	2
	Ceguera	3
4. Paresia facial	Movilidad Normal	0
	Paresia menor	1
	Paresia parcial	2
	Parálisis completa de la hemicara	3
5. Miembro superior derecho / miembro superior izquierdo	No caída del miembro	0/0
	Caída en menos de 10 segundos	1/1
	Esfuerzo contra la gravedad	2/2
	Movimiento en el Plano horizontal	3/3
	No movimiento	4/4
6. Miembro inferior derecho / miembro inferior izquierdo	No caída del miembro	0/0
	Caída en menos de 5 segundos	1/1
	Esfuerzo contra la gravedad	2/2
	Movimiento en el Plano horizontal	3/3
	No movimiento	4/4
7. Ataxia de Miembros	Ausente	0
	Presente en 1 extremidad	1
	En 2 o más extremidades	2
8. Exploración Sensitiva	Normal	0
	Perdida entre ligera a moderada	1
	Perdida entre grave y total	2
9. Lenguaje	Normal	0
	Afasia ligera a moderada	1
	Afasia grave	2
	Afasia global	3
10. Disartria	Normal	0
	Ligera a moderada	1
	Grave a anartria	2
11. Extinción e Inatención (negligencia)	Normal	0
	Extinción parcial	1
	Extinción completa	2
Total (máximo 42)		



✨ ESCALA DE CINCINNATI

SEÑALES DE ALERTA



Si la persona tiene problemas para ejecutar cualquiera de estas órdenes, acuda de inmediato al centro de urgencia más cercano.

4,5 horas desde el infarto cerebral es el plazo para aplicar una trombólisis.

1
Sonría. La sonrisa debe ser simétrica.



2
Alce los brazos juntos con los ojos cerrados. Ambos deben subir.



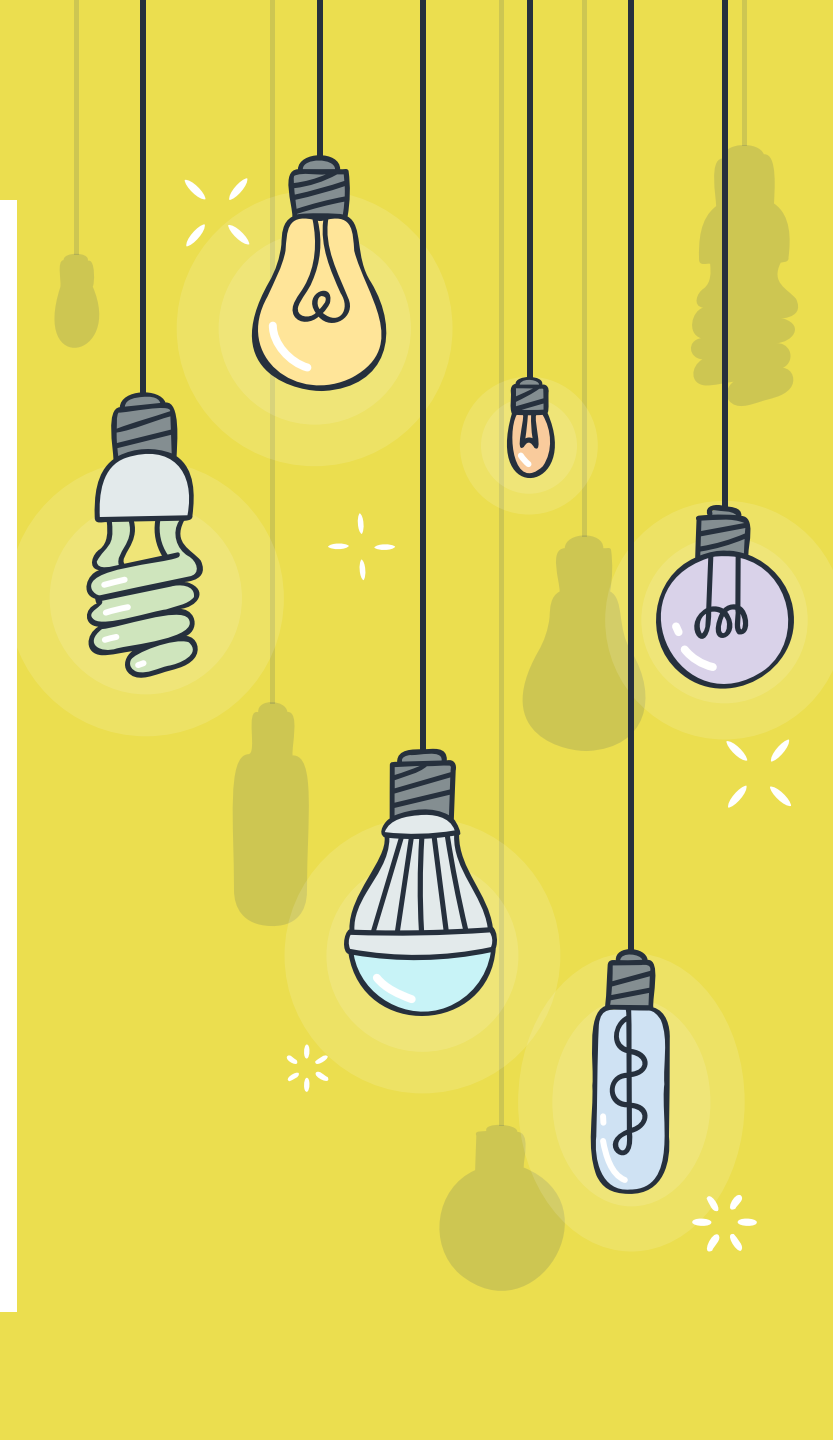
3
Diga su nombre o pronuncie una frase simple, pero coherente.





VI. CUADRO CLINICO

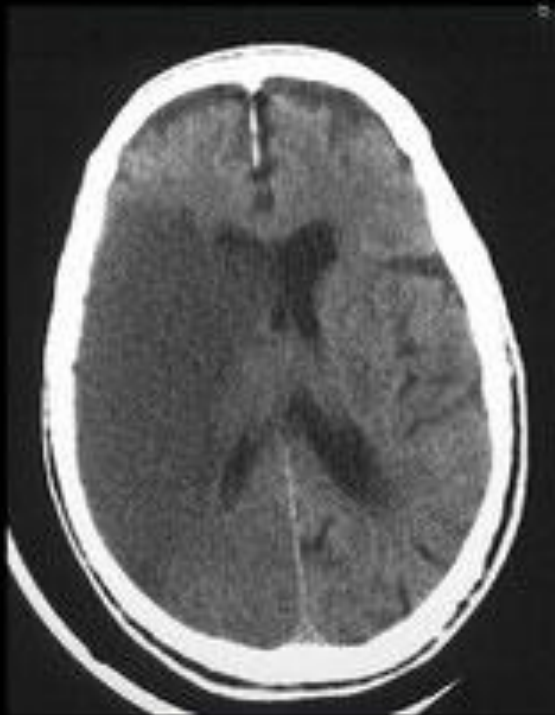
Características clínicas	Ictus isquémico	Hemorragia intracerebral*	Hemorragia subaracnoidea
Forma de inicio	Brusco	Brusco	Brusco
Cefalea	Poco frecuente (17%)	Moderada a intensa (40%)	Intensa, acompañada de náuseas y/o vómitos (100%)
Déficit motor y/o sensitivo	En al menos dos de las tres áreas siguientes: cara, extremidad superior, extremidad inferior		Usualmente no focalización
Nervios craneales	Afectación contralateral al déficit motor		III nervio alterado: aneurisma de la comunicante posterior
Lenguaje	Disartria, afasia		
Nivel de conciencia	Alterada en infartos extensos	Alterada (50%) según el volumen y localización de la hemorragia	Pérdida de conciencia (45%)
Inestabilidad	Depende de la localización		
Crisis convulsivas	Excepcionalmente	Poco frecuente	Más frecuente que en HIC
Signos menígeos	No	No	Presentes
Escalas para monitoreo neurológico	National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) Rankin modificada Barthel	Glasgow Escala Unificada de la Hemorragia Intracerebral Barthel Rankin modificada	Hunt y Hess Fisher (mediante Tomografía Cerebral)



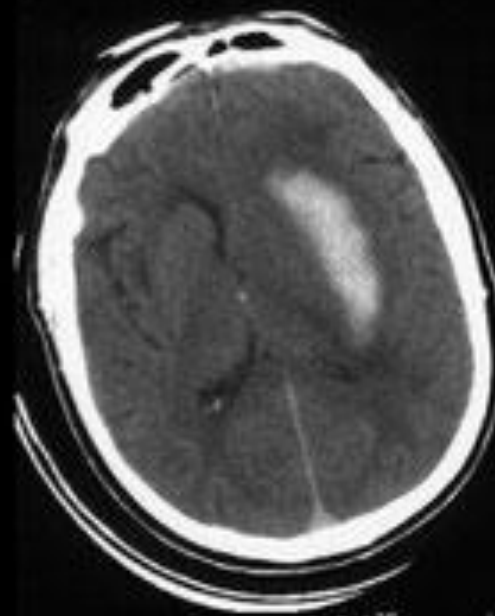
Exámenes auxiliares	Ictus isquémico	Hemorragia intracerebral*	Hemorragia subaracnoidea
TAC cerebral (NE I, grado A)	Hipodensidad intra-parenquimal	Hiperdensidad intraparenquimal, con/sin invasión ventricular y/o espacio subaracnoideo (raro) Permite ver el tamaño, localización, anomalías estructurales, tumores y complicaciones (herniación, invasión ventricular, hidrocefalia).	Hiperdensidad en el espacio subaracnoideo
IMR de encéfalo	Difusión perfusión	Ecogradiente	
Angiografía digital cerebral		En hemorragias lobares o en pacientes jóvenes.	Localizar el aneurisma Presencia de vasoespasmos
Doppler transcraneal	Permite visualizar placas ateromatosas, velocidad de flujo de arterias intracraneales.		Monitoreo del vasoespasmos
Exámenes de laboratorio	Hemograma, hemoglobina, perfil lipídico, glucosa, úrea, creatinina, electrolitos, AGA, osmolaridad plasmática, perfil hepático, perfil de coagulación, Radiografía de tórax, examen de orina. Electrocardiograma. Ecocardiograma, sobre todo en ictus isquémico		



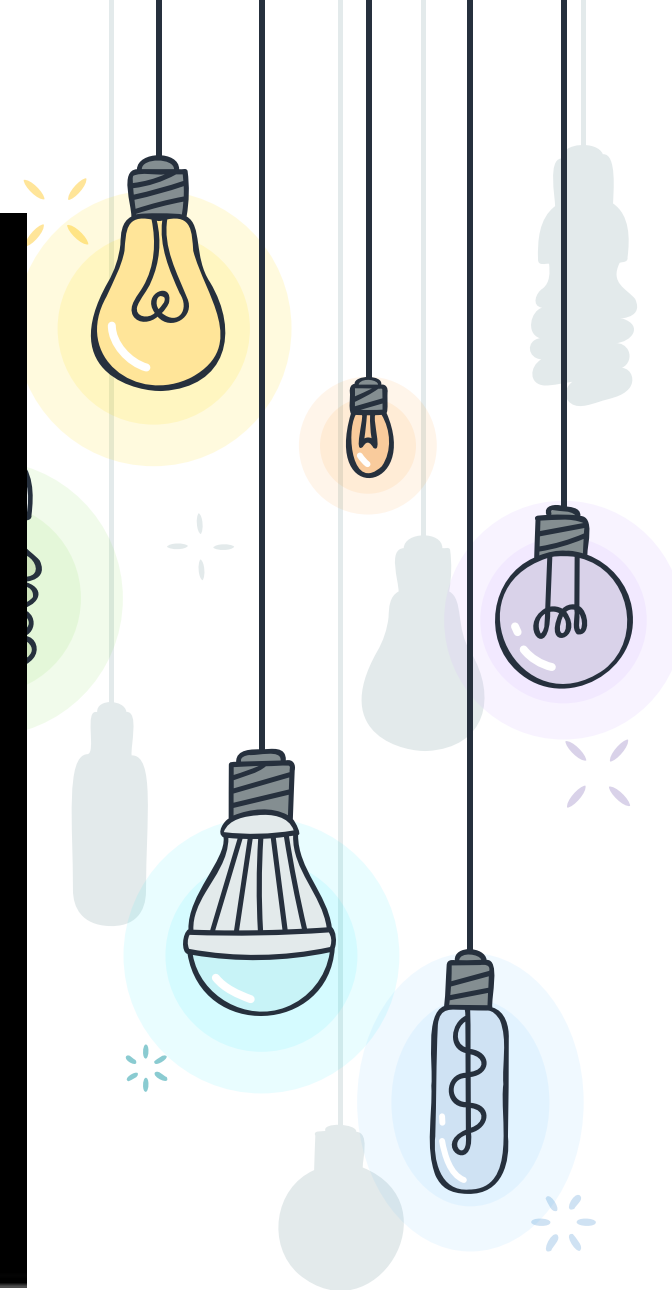
NEUROIMAGEN: TC CRANEAL



ISQUÉMICO



HEMORRÁGICO





Hematoma epidural

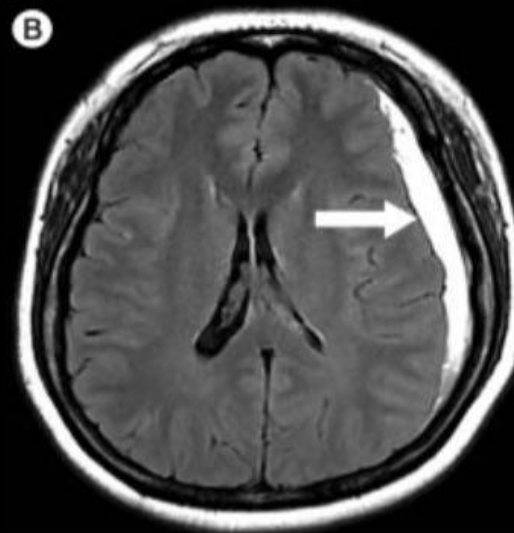


- Sangre arterial (art. menígea media)
- Por lo general es agudo por trauma
- Periodo de lucidez seguido de pérdida de la conciencia
- El hematoma toma forma de lente biconvexo en TAC

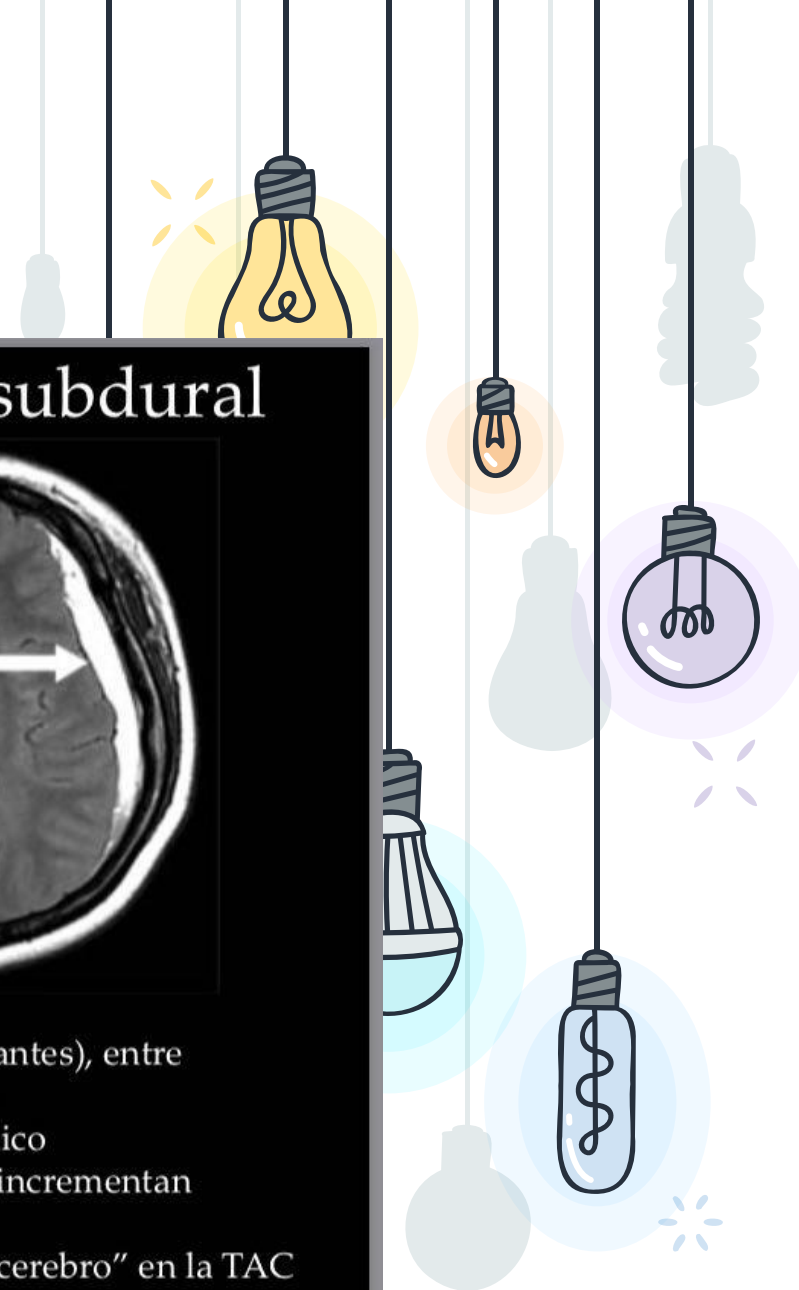
@domina_el_enarm



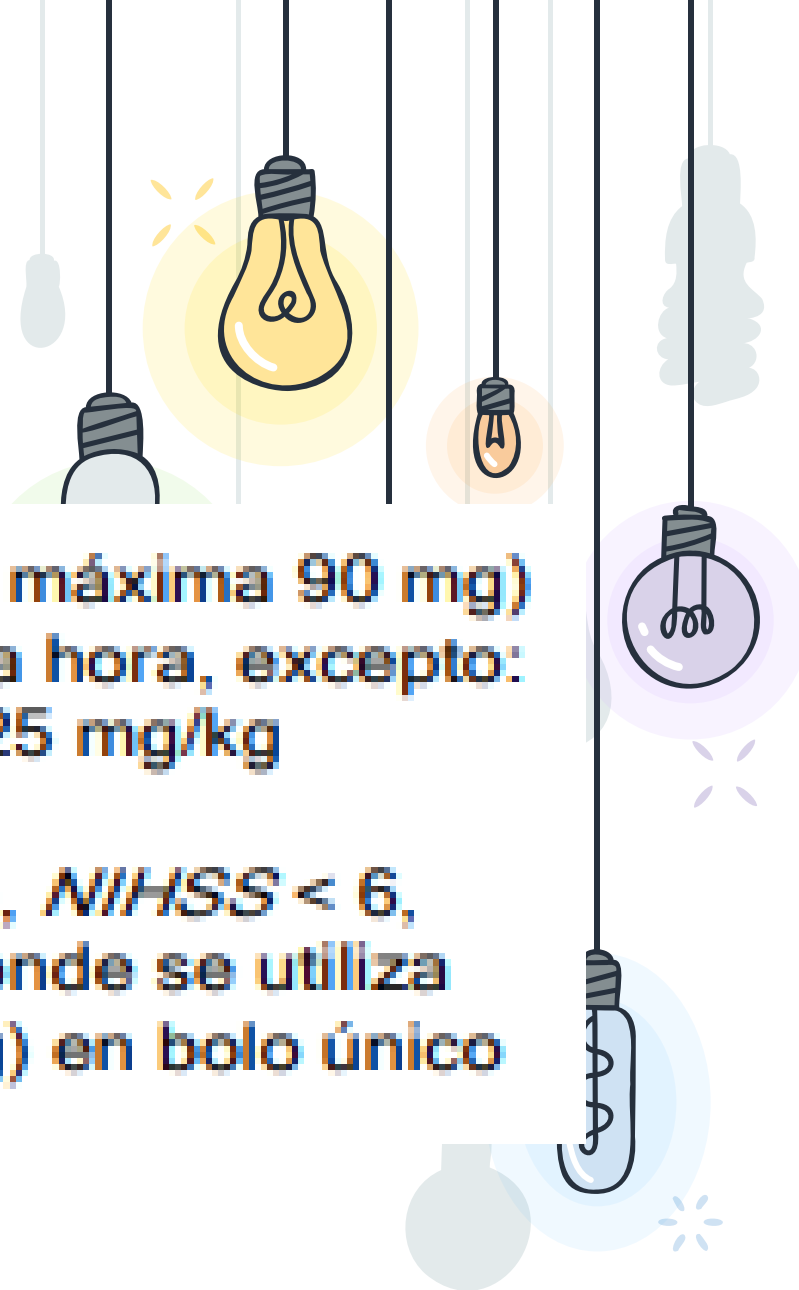
Hematoma subdural



- Sangre venosa (comunicantes), entre duramadre y aracnoides
- Agudo, subagudo o crónico
- Cefalea y confusión que incrementan gradualmente
- El hematoma "abraza al cerebro" en la TAC



* TRATAMIENTO DE EVC ISQUÉMICO



- Iniciar rt-PA (alteplasa) 0.9 mg/kg IV (dosis máxima 90 mg) 10% en bolo, y el resto en infusión para una hora, excepto:
- En OVP, donde se utiliza tenecteplasa 0.25 mg/kg (max. 25 mg) IV en bolo único.
 - En pacientes con EVCisag discapacitante, $N/HSS < 6$, sin otras contraindicaciones y sin OVP, donde se utiliza tenecteplasa 0.4 mg/kg IV (máximo 40 mg) en bolo único

* TRATAMIENTO DE EVC HEMORRÁGICO

tenecteplasa 0.4 mg/kg IV (máximo 40 mg) en bolo único

- + Hemicraniectomía
- + Embolectomía
mecánica
- + Embolización de
aneurisma



BIBLIOGRAFÍAS

- + Codigo, I. N. Y. (n.d.). GUIA PRACTICA CLINICA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. Gob.Pe. Retrieved May 1, 2023, from http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%AAdnica%20Minsa/Propuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20NeuroCirug%C3%ADa/guia.NQ.%20Hemorragia%20Cerebral.pdf
- + De, G., Clínica, P., & El, E. N. (n.d.). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guiasalud.Es. Retrieved May 1, 2023, from https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf
- + Diagnóstico y Tratamiento inicial de la ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICA AGUDA del adulto en el segundo y tercer nivel de atención. (n.d.). Cenetec-difusion.com. Retrieved May 1, 2023, from <https://cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-S-102-22/RR.pdf>
- + Muñoz -Collazos, M. (n.d.). Acnweb.org. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.acnweb.org/guia/g1c12i.pdf>
- + (N.d.). Medigraphic.com. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2019/mim191h.pdf>

Traumatismo craneoencefálico (TCE)

Universidad del Sureste

Materia: Urgencias Medicas

Nombre del alumno: Emanuel de Jesús Andrade Morales

Docente: Dr. Romeo Suarez Martínez

Semestre: 8° Grupo: A Unidad: 2

Comitán de Domínguez, Chiapas a 27 de abril del 2023

Definición

Cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía.



Epidemiología

- En México, el TCE es la cuarta causa de mortalidad, que corresponde a muertes violentas y accidentes, con mortalidad de 38.8 por 100 mil habitantes.
- En relación con hombres y mujeres, es mayor en el varón en 3:1, afecta principalmente a la población de 15 a 45 años.
- Las causas más comunes de este problema son los accidentes de tráfico con un 75% aproximadamente, afectando más a los jóvenes menores de 25 años.

Signos de alarma

- Amnesia anterógrada de más de 30 minutos.
- Pérdida del alerta o amnesia con un traumatismo peligroso.
- Cefalea persistente generalizada.
- Náuseas y vómito en dos o más episodios.
- Irritabilidad o alteraciones del comportamiento.
- Cambios en el tamaño de las pupilas.
- Déficit neurológico focal.
- Sospecha de herida craneal penetrante.

Escala de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

SPOTLIGHT Med

Respuesta ocular

- 1 No responde
- 2 Responde al dolor
- 3 Orden verbal
- 4 Espontánea

Respuesta motora

- 1 Ninguna respuesta
- 2 Extensión
- 3 Flexión anormal
- 4 Retirada y flexión
- 5 Localiza el dolor
- 6 Obedece órdenes

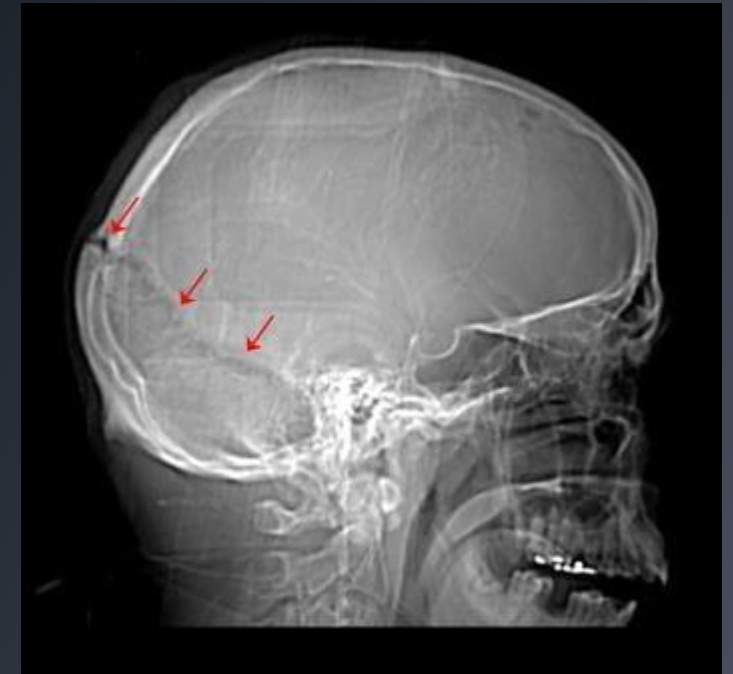
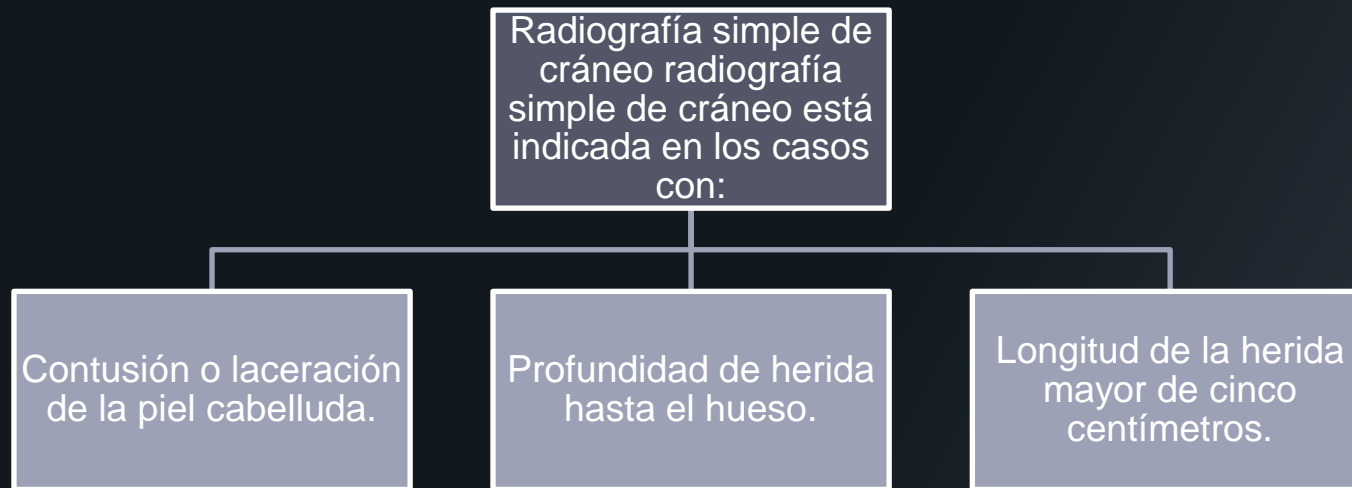
Respuesta verbal

- 1 Ninguna respuesta
- 2 Sonidos incomprensibles
- 3 Palabras inapropiadas
- 4 Desorientado y hablando
- 5 Orientado y conversando

LEVE	13-15
MODERADO	9-12
GRAVE	≤ 8

Lo que presentamos fue únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar a un profesional de la salud si tienes alguna inquietud médica.

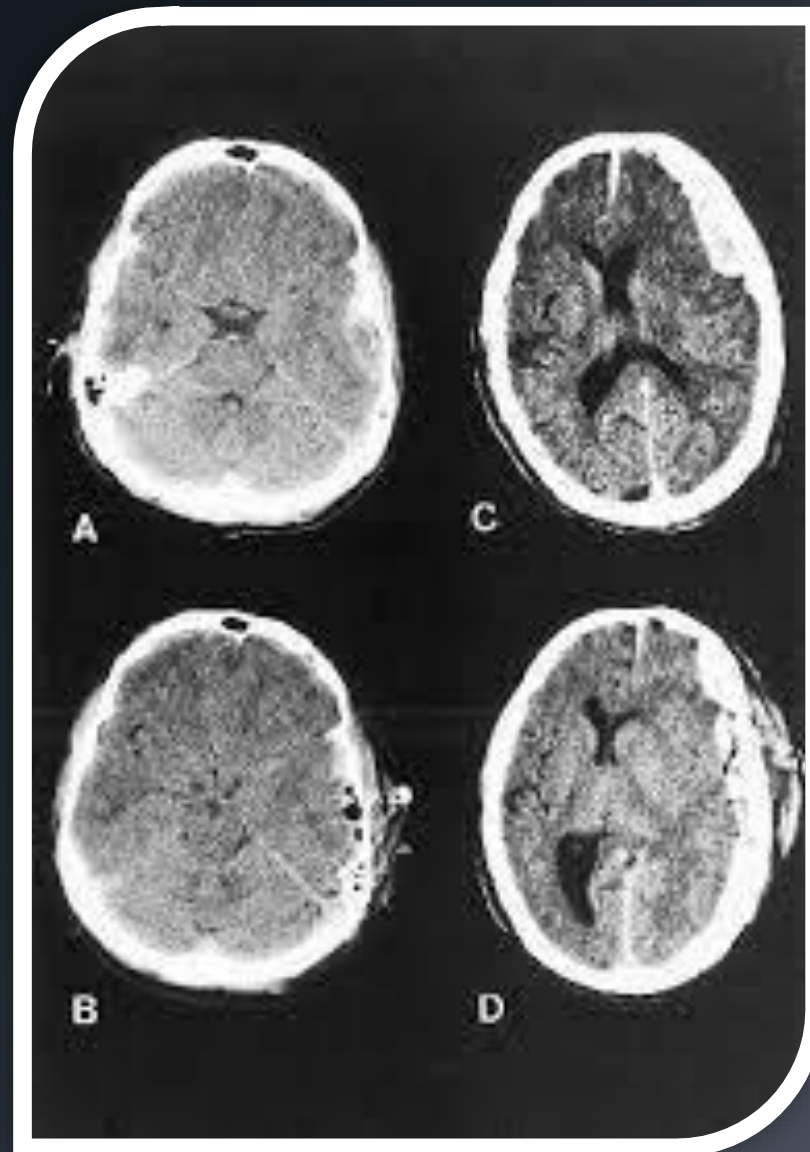
Estudios de gabinete y laboratorio



La medición de la concentración sérica de concentración sérica de glucosa se debe realizar obligadamente en glucosa todo paciente con alteración del alerta (determinada por la escala de coma de Glasgow).

La TAC de cráneo debe realizarse en todo paciente con presencia de factores de riesgo, por ejemplo:

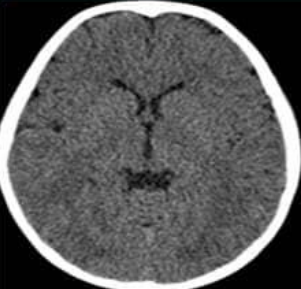
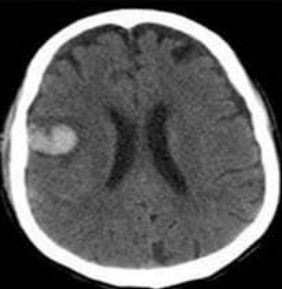
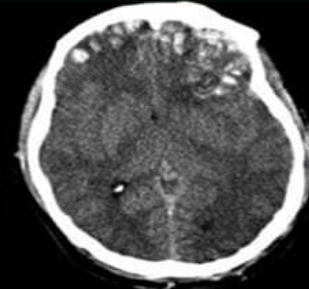
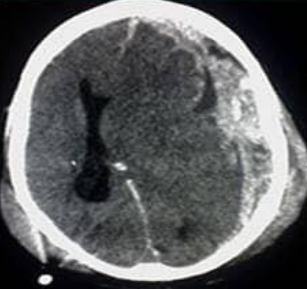
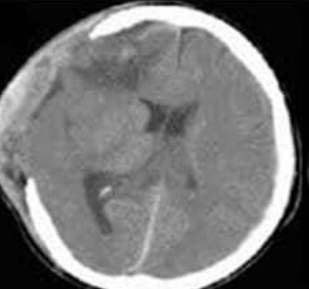
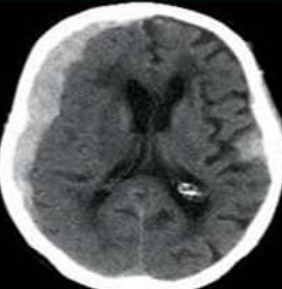
- Edad mayor de 65 años.
- Coagulopatía: historia de hemorragia
- Alteraciones de la coagulación.
- Tratamiento actual con anticoagulantes.





Escala Tomográfica de Marshall

Clasificación Tomográfica de 1991 para agrupar a pacientes con trauma craneoencefálico

Tipo 1 No visible	Tipo 2 Difusa	Tipo 3 Difusa y Edema	Tipo IV desviación	Tipo V Masa Evacuada	Tipo VI Masa No Evacuada
No hay lesión intracraneal visible en la TC	Cisternas presentes, desviación de LM de 0 – 5 mm y/o: lesión < 25 cc, Incluye fragmentos óseos o cuerpos extraños.	Cisternas comprimidas o ausentes desviación de LM de 0 – 5 mm lesión > 25cc	Desviación de la LM > 5mm, Lesiones >25cc ó con indicación quirúrgica	Cualquier lesión quirúrgicamente evacuada	Lesión > 25 cc, que no ha sido evacuada quirúrgicamente
					

Ad Sanitatem Gradus Est Novisse Morbum
Medicina de Urgencias Hospital General Pachuca

Manejo

Posición del paciente:

- El paciente debe presentar una correcta alineación corporal y permanecer siempre con la cabeza en posición neutra, evitando la rotación de la misma, la hiperflexión o hiperextensión de la columna cervical,

Estabilidad hemodinámica:

- Deben utilizarse soluciones isotónicas. Como cristaloides se empleará suero fisiológico al 0.9% y como coloides puede emplearse seroalbúmina al 5%.

Normoglucemia:

- El suero glucosado puede favorecer el edema cerebral al arrastrar agua al interior de la célula.
- Por ello la glucemia debería oscilar entre 80-140 mg/dl y se tratará por encima de 140 mg/dl.

Tratamiento respiratorio:

Conectado al respirador, con respiración asistida hasta que mejore su estado de conciencia.

La saturación de oxígeno que reciba el paciente será mayor a 95%.

Tratamiento quirúrgico:

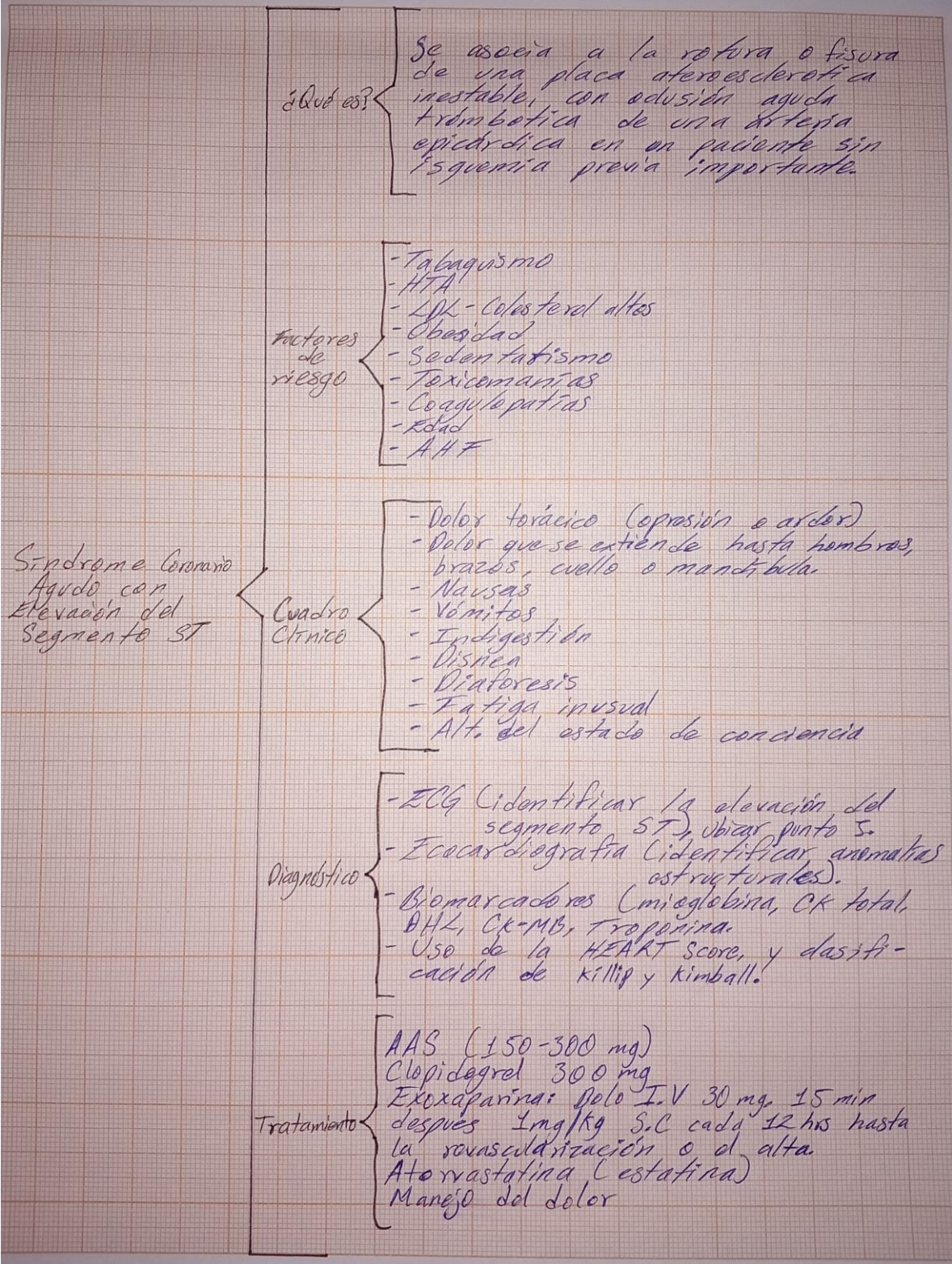
Dependiendo la complicación, ya sea:

- Hematoma subdural o epidural.
- Hematoma intraparenquimatoso.

Bibliografías:

De, G., & Clínica Gpc, P. (n.d.). INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA. Gob.Mx. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/604GER.pdf>

(N.d.). Gob.Mx. Retrieved May 1, 2023, from <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/grr/SS-016-08.pdf>



Taquiarritmias y Bradiarritmias 30/03/23

*T.V y T.SV (Sin onda P)
QRS anchos QRS Angosto
Ritmicos
>150 LPM

Estable (normotenso)
- Masaje carotideo
- Adenosina 6-12 mg

Inestable:
- Cardioversión electrica

Pulso
- Antiarritmicos:
• Procainamida 20-50 mg/min
• Amiodarona 150 mg

Sin pulso:
- RCP
- Destibrilación electrica

*F.V: "Ritmo caótico"
① RCP
② Destibrilación
③ Antiarritmico procainamida 20-50 mg/min
Amiodarona 150 mg

*F.A: Sin onda P
Aritmico
FC variable

- Alta respuesta ventricular (>100 lpm).
- Moderada respuesta ventricular (60-100 lpm).
- Baja respuesta ventricular (<60 lpm).

Estable:

TA normal y Taquicardia

Antiarrítmicos

- FARVR Amiodarona IV bolo 150 mg / 20 min

① 10-15 mg/kg para 24 hrs

② 1 mg/min 6 horas, despues 0.5 mg/min 18 hrs

Inestable:

- Cardioversión eléctrica

FARVR

FARVM

FARVL

CHARTZ-BATEZ

* Bloqueo AV:

1er Grado: Prolongación del segmento PR (0.2 seg / 25 cuadrantes) sin pérdida del QRS.

2do Grado:

- Mobitz I (Wenckebach): Retraso en el nodo AV ocasiona prolongación del intervalo PR hasta que se pierde QRS.

- Mobitz II: Pérdida repentina de la conducción AV, (QRS al azar).

3er Grado: Falla completa de la conducción entre aurícula y ventrículo (P y QRS), bradicardia marcada.

- 1er grado: Sintomático

Atropina: 1mg/bolo IV q/3-5min
maximo 3 mg.

- 2do y 3er grados: Dopamina infusión 5-20 mcg/kg/min
Adrenalina

MARCAPASO

