



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA



MATERIA: URGENCIAS MÉDICAS

CATEDRÁTICO: DR. ROMEO SUÁREZ MATÍNEZ

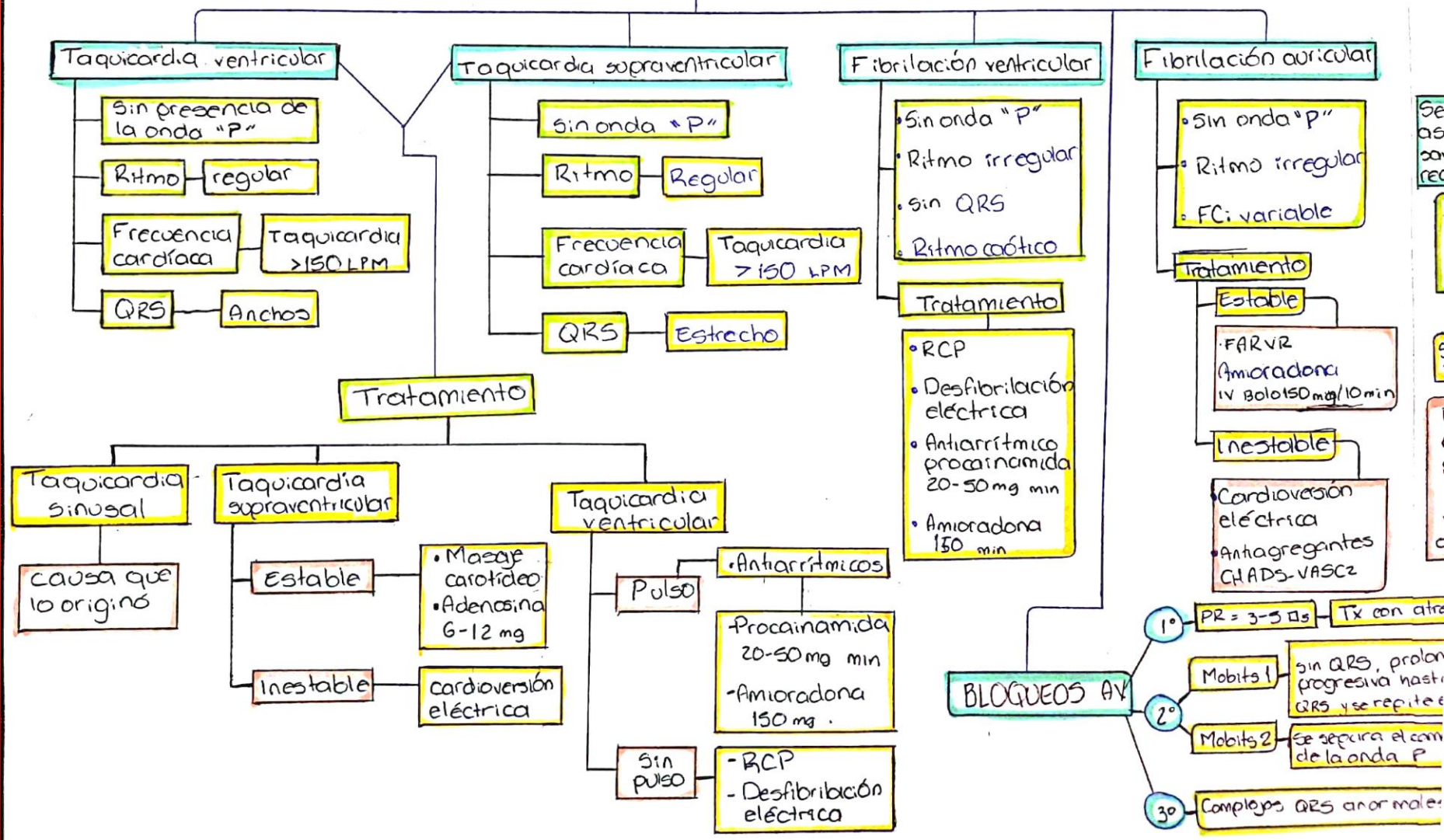
PRESENTA: AXEL DE JESÚS GARCÍA PÉREZ

TRABAJO: FLUJOGRAMA Y PRESENTACIONES

GRADO Y GRUPO: 8° B

LUGAR Y FECHA: COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS. 01 DE MAYO DEL 2023

TAQUIARRITMIAS Y BRADIARRITMIAS



HIPERTENSIVAS

SÍNDROME ISQUÉMICO CORONARIO AGUDO

Serie de afecciones asociadas con flujo sanguíneo súbito y reducido al corazón

IAMCESST
IAMSESST
Angina "estable"

Signos de infarto inminente

Dolor torácico, paraesternal, opresivo, se puede irradiar al cuello, mandíbula, intraescapular de 30 > min, no cede al reposo o a la administración de nitratos

con atropina 1mg bolo IV c/3-5 min

prolongación de PR
viva hasta que desaparece
repite el ciclo

para el complejo QRS
da P

normales

Marcapasos

con

EKG

- Identificar el segmento ST
- Identificar el punto > QRS y ST isoelectrico
- Elevación ST > 2mm en hombres y > 1.5mm en mujeres
- Derivaciones continuas

Dopamina infusión 8-20mg
c/g/Kg/min adrenalina

IAMCESST

Dx

EKG



Biomarcadores

+

IAMSESST

Dx

EKG



Biomarcadores

+

Angina

Dx

EKG

Normal

Biomarcadores

-

Tratamiento

- AAS - 150 - 300 mg
- Clopidogrel - 300 mg
- Enoxaparina - 30 mg Bolo



URGENCIAS Y CRISIS HIPERTENSIVAS

AXEL DE JESÚS GARCÍA PÉREZ

8°B

URGENCIAS MÉDICAS

La hipertensión arterial constituye una de las afecciones crónicas más frecuentes en la sociedad. La importancia de la HTA radica en su relación directa con la presencia de enfermedades cardíacas y cerebrovasculares.

Es un factor de riesgo cardiovascular con una prevalencia estimada en nuestra población de un 42,6%, en cuanto la prevalencia de las crisis hipertensivas hay pocos datos, pero al menos un estudio estima que constituyen un 1,45% de todas las visitas a urgencias, de las cuales un 27% representan emergencia hipertensiva.

DEFINICIÓN

Se define como una elevación aguda de la presión arterial, capaz de producir, al menos en teoría, alteraciones funcionales o estructurales en los órganos diana. TAS >180 mmHg y/o TAD>120 mmHg.

Es la ausencia de o presencia de daño a órgano diana la que nos permite clasificar la elevación de la PA en urgencia o emergencia hipertensiva.

CLASIFICACIÓN

Urgencia hipertensiva

Se define como una elevación grave de la presión arterial diastólica superior a 120 mmHg o de la presión sistólica por encima de 210 mmHg, sin que exista afectación aguda de un órgano diana.

Emergencia hipertensiva

Se incluyen a las personas que cumplen los criterios de crisis hipertensiva y, además, presentan alteraciones agudas en los órganos diana (corazón, cerebro, riñón), con riesgo para la vida del paciente o para la integridad de dicho órgano.

Tabla 27.1. Emergencia hipertensiva

Cerebrovasculares:

- Encefalopatía hipertensiva.
- Infarto cerebral aterotrombótico con HTA severa.
- Hemorragia intracraneal.
- Hemorragia subaracnoidea.
- Trauma craneal.

Cardíacas:

- Disección aórtica aguda.
- Fallo ventricular izquierdo agudo.
- Infarto agudo de miocardio.
- Postoperatorio de cirugía de revascularización.

Renales:

- Hipertensión arterial acelerada-maligna con papiledema.
- Glomerulonefritis aguda.
- Crisis renales de enfermedad del tejido conectivo.
- Postoperatorio de trasplante renal

Exceso catecolaminas circulantes:

- Crisis de feocromocitoma.
- Interacción de alimentos o drogas con IMAO.
- Uso de drogas simpático-miméticas.
- HTA de rebote tras suspender tratamiento hipotensor.
- Hiperreflexia autonómica tras traumatismo medular.

Eclampsia.

Quirúrgicas:

- HTA severa en paciente que requiere cirugía inmediata.
- Hipertensión en postoperatorio.
- Sangrado postoperatorio de sutura vascular.

Quemados severos.

Epistaxis severa.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas y los signos indicativos de afectación de órgano diana son:

- 1. Retinianos:** Visión borrosa, diplopía, exudados y hemorragia, edema de papila, constricción de arteriolas retinianas.
- 2. Cardiovasculares:** Dolor torácico o abdominal, palpitaciones, náuseas, vómitos, disnea, ortopnea, estertores y sibilancias, soplos cardiacos, arritmias, ritmo de galope y pulsos periféricos anormales.
- 3. Renales:** oliguria, hematuria, nicturia, micción frecuente, dolor y sensibilidad en flanco, edema periférico, fatiga y debilidad, agrandamiento de la silueta renal.
- 4. SNC:** cefalea, confusión, cambios visuales, debilidad/déficit neurológico focal o parestesias, debilidad generalizada, desorientación, crisis convulsivas, coma.

DIAGNÓSTICO

A. Historia clínica

B. Exploración física.

C. Pruebas complementarias:

- Biometría hemática
- Química sanguínea
- EGO
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Ecocardiograma
- Eco doppler renal

TRATAMIENTO

Se debe evitar actitudes agresivas a la hora de descender los valores de la PA, pues un descenso brusco de dichas cifras puede conllevar a una hipoperfusión de órganos vitales, por la hipotensión brusca, con el consiguiente riesgo de isquemia miocárdica o daño neurológico irreversible.

La elección del fármaco empleado debe ser individualizada y siempre, sobre la base características de cada paciente (enfermedades concomitantes, edad, tratamiento habitual).

URGENCIA HIPERTENSIVA

1. El objetivo es bajar la TA hasta 160/110 en 2-6 horas aproximadamente.

2. La vía de elección para la administración de la medicación es la vía oral.

3. Tranquilizar al paciente.

4. Fármacos

- **Captopril** 25 mg, si no hay respuesta a los 30 min repetir la dosis.
- **Nifedipino** 10 mg pudiendo repetir la dosis en 30 min.
- **Furosemida** 40 mg o 20 mg IV (si no hay hipovolemia).
- **Propranolol** 40 mg (si no hay contraindicación de betabloqueante).

5. **No hay control:** tratamiento IV

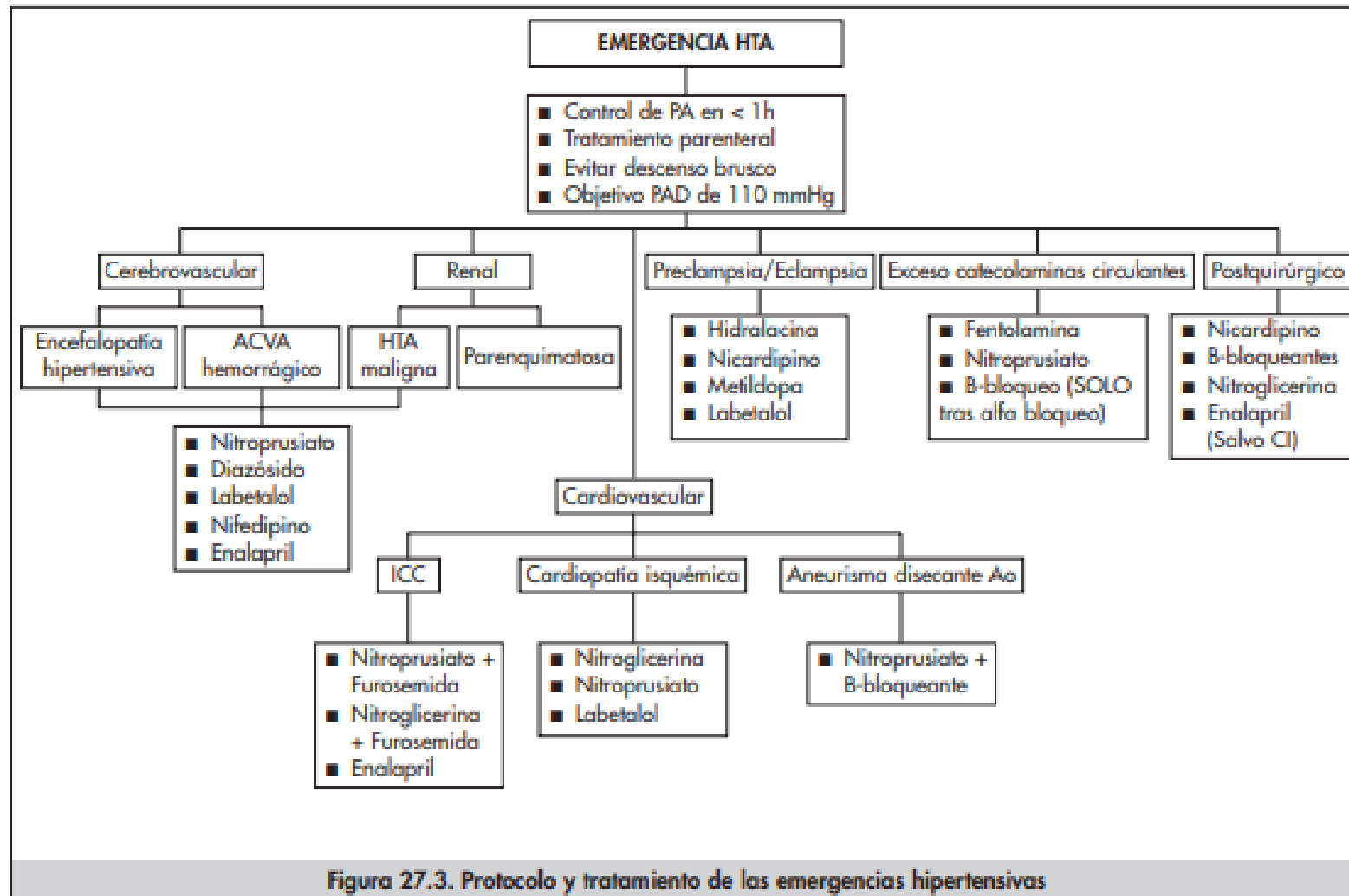
6. **Después de 6 horas sin respuesta ingreso al paciente**

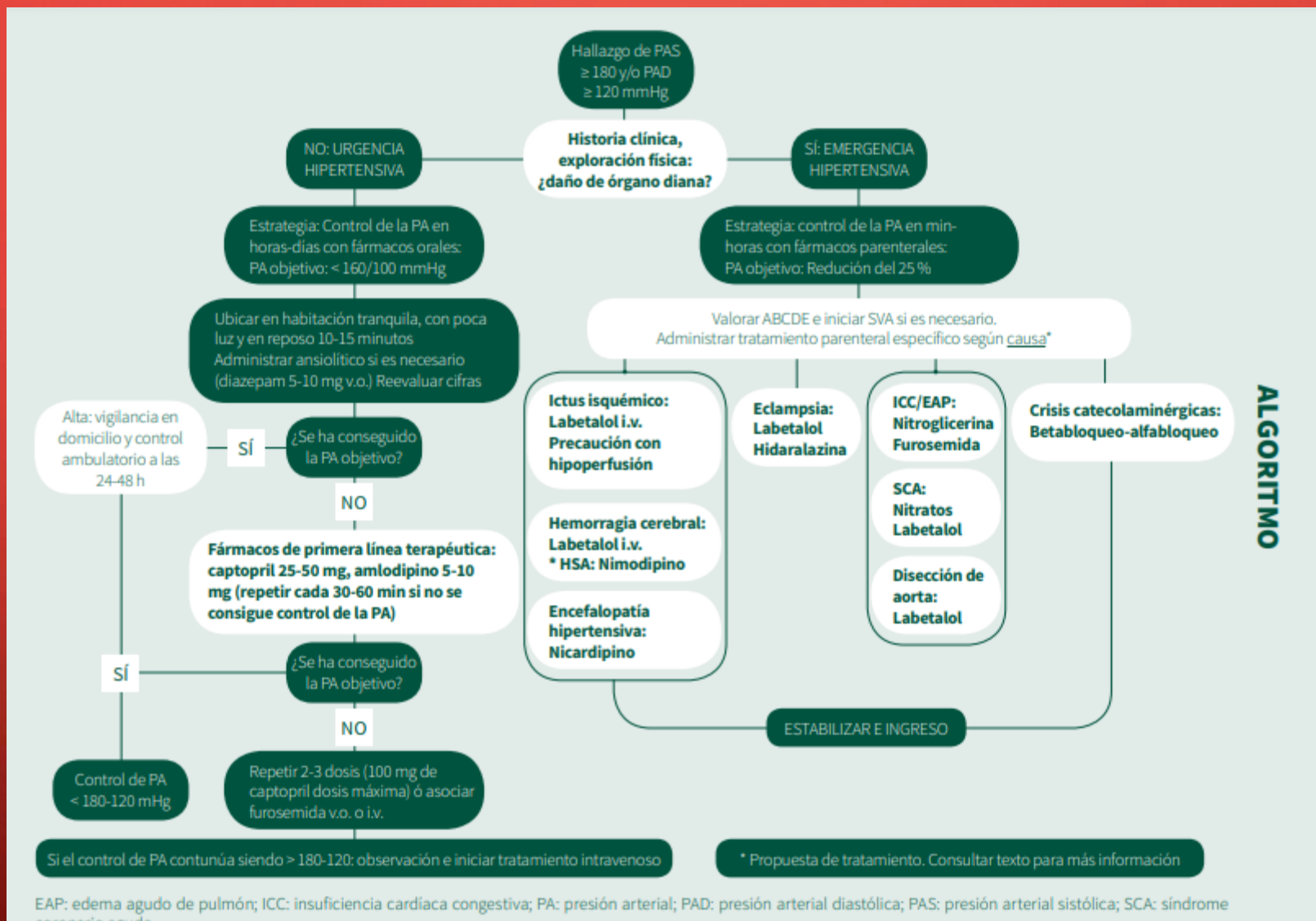
EMERGENCIA HIPERTENSIVA

1. El descenso de la TA es prioritario y debe obtenerse antes de 2 horas para evitar lesiones irreversibles en órganos diana.

2. El objetivo es el descenso de TAD hasta 100-110 mmHg.

- La vía de elección es la intravenosa.
- Fármacos:
 1. Nitroprusiato sódico: fármaco de primera elección
 2. Labetalol
 3. Nicardipino
 4. Fenoldopam







INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

AXEL DE JESÚS GARCÍA PÉREZ

8°B

URGENCIAS MÉDICAS

DEFINICIÓN

Insuficiencia Cardíaca Compensada o Descompensada: se refiere al grado de alteración del débito cardíaco o de la hipertensión venocapilar, que pueden determinar síntomas en condiciones basales, incluso en reposo.

Se ha definido el síndrome de insuficiencia cardíaca como un cambio gradual o rápido en los síntomas y signos de la IC que provocan la necesidad de una terapia urgente.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

1. Paciente que ingresa al departamento de emergencia por un empeoramiento de su cuadro crónico de IC.
2. Paciente que ingresa con cuadro de IC de reciente comienzo. Esta situación puede ocurrir después de un infarto agudo de miocardio (IAM), una crisis de elevación rápida de la presión arterial (HTA), y en general se presentan con un VI alterado.
3. Pacientes con severa y avanzada IC, en general con escasa o poca respuesta al tratamiento, habitualmente con muy baja fracción de eyección del VI (FEVI), y que suelen ser gatilladas por enfermedades asociadas transitorias o permanentes como algún episodio de infección bronco-pulmonar, descompensación de su diabetes, etc.

Causas comunes de descompensación en los pacientes con IC

- La no complacencia con la terapia médica y la trasgresión dietética.
- Arritmias o la presencia de isquemia
- Remodelación ventricular progresiva

Otras causas menores:

- Uso de drogas anti-inflamatorias no esteroideas
- Consumo excesivo de alcohol
- Anormalidades endocrinas (alteraciones de la función tiroidea)
- Metabólicas
- Patología pulmonar
- Subutilización de la medicación
- Enfermedades pericárdicas, etc.

Aspectos clínicos

- Puede presentarse después de un IAM
- Si hay hipotensión sintomática con síntomas de pobre perfusión tisular, puede haber shock cardiogénico
- La IC puede presentarse en forma precipitada
- Edema agudo de pulmón

DIAGNÓSTICO

No son suficientemente precisas para hacer un diagnóstico correcto y confiable:

- Laboratorios
- ECG
- Radiografía

- Determinación de BNP o NT-proBNP en el plasma
- Concentración de péptidos natriuréticos

Más confiables

DIAGNÓSTICO

Tabla 3. Criterios de Framingham para el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca

Mayores	Menores
Mayores	Menores
Disnea paroxística nocturna	Disnea de esfuerzo
Estertores crepitantes	Edemas miembros inferiores
Edema agudo de pulmón	Derrame pleural
Cardiomegalia (radiografía)	Hepatomegalia
Tercer ruido	Tos nocturna
Ingurgitación yugular	Taquicardia (> 120 lat/min.)
Aumento de la presión venosa	
Reflujo hepatoyugular	
Pérdida de peso (> 4,5 kg) tras tratamiento	

Manejo inicial del paciente

- **Inicialmente:** Contacto inicial en la guardia
- **Pasando 2 h:** Diagnóstico establecido
- **Pasando 4 h:** Iniciar terapia EV con Diuréticos (sobrecarga de volumen leve-moderado) - Diuréticos + vasodilatadores EV (sobrecarga de volumen leve-moderado) - Inotrópicos (en caso de bajo gasto cardíaco).
- **Pasando 6 h:** Evaluar respuesta a la terapia inicial.
- **Pasando 8 h:** Reevaluar respuesta al tratamiento. Agregar terapia si es necesario.
- **Pasando 12 h:** Determinar disposición del paciente: a) admitirlo en UC o pasar a piso en observación b) alta hospitalaria.
- **Pasando 24 h:** Transferencia fuera de la guardia u observación en UC

Después del diagnóstico de la ICAD, iniciar la terapia basada en los signos y síntomas presentes

(A) Signos y síntomas de Sobrecarga de Volumen

Ortopnea/DPN. Aumento distensión yugular.
Disnea con ejercicio. R3 ó R4.
Edema de MI. Rales.
Congestión pulmonar en Rx de tórax. Reflejo hépato-yugular/
Aumento de peso reciente. Reflejo abdomino yugular.
Aumento del BNP.

(B) Signos y síntomas de Bajo Gasto Cardíaco

Presión de pulso estrecha.
Estado mental alterado.
Aumento pre-renal de uremia
Extremidades frías
Disminución de la diuresis
Respuesta inadecuada a los diuréticos EV

(C) Sobrecarga de Volumen Leve

(E) Sobrecarga de Volumen Moderado-Severo

Inadecuada respuesta a diuréticos EV
Aumento pre-renal de uremia
Aumentado requerimiento de oxígeno
Requerimiento de CPAP ó Bi PAP
Agotamiento
Disposición no clara del paciente
Dosis diaria de furosemida previa al ingreso > 100 mg
PAS > 90mmHg

(G) Gasto Cardíaco bajo Leve a Moderado

PAS > 90 mm Hg

No

Si

¿Recibía Beta Bloqueantes crónicamente?

Si

No

(J) Muy bajo Gasto Cardíaco:

Colocación de catéter en arteria pulmonar.
Alta RVs
Alta PCP
Bajo IC
PAS > 90 mmHg.
Considerar los Vasodilatadores después de iniciar tratamiento con inotrópicos.

(D) Diuréticos EV
Furosemida EV
• ¿Recibía furosemida vía oral en domicilio? (administrar dosis total en bolo endovenoso máximo 180 mg)
• ¿No recibía furosemida vía oral en domicilio?
- Cr < 2,0: iniciar con bolo de 40 mg EV
- Cr > 2,0: iniciar con bolo de 80 mg EV

Respuesta inadecuada < 250-500 ml dentro de las 2 hs.

Considerar sobrecarga de volumen leve a moderado (E) o bajo GC (B).

(H) Milrinone.
• Infusión 0,375 μ g/Kg/min
• Ajustar dosis a función renal

(I) Dobutamina.
• Infusión 2,5 μ g/Kg/min
• Puede requerir vasopresores para mantener presión arterial media

Inadecuada respuesta, considerar

Considerar muy bajo Gasto Cardíaco (J).

(F) Diuréticos EV + Vasodilatadores EV
Furosemida EV
• Si recibía furosemida previamente, dosis doble previa endovenosa (máx. = 360 mg)
• Si no recibía furosemida previamente y hay signos y síntomas de sobrecarga de volumen, dar 40-180 mg EV (D)
+
Nesiritide
• 2 μ g/kg en bolo EV luego infusión de 0,01 μ g/kg/min
o
Nitroglicerina
• Infusión de 5 a 10 μ g/min
• Para lograr una reducción del 30-50% de la PCP, puede ser necesario dar una dosis de 140-160 μ g/min



MENINGITIS O NEUROINFECCIÓN

AXEL DE JESÚS GARCÍA PÉREZ

8°B

URGENCIAS MÉDICAS

DEFINICIÓN

Es una enfermedad que provoca la inflamación de las meninges. Que son las membranas que recubren el sistema nervioso central. Existen varios tipos de meningitis entre ellas la viral y la bacteriana.

CAUSAS

- El 80% de la meningitis esta causada por virus, entre el 15 y el 20% por bacterias, el resto está originada por intoxicaciones, hongos, medicamento y otras enfermedades.

- La meningitis es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona, independiente de su edad.
- El grupo de riesgo se genera en menores de 15 años prevaleciendo en los primeros 2 años de vida.

TIPOS DE MENINGITIS

- **Vírica:** Esta es leve y mucho más frecuente en comparación a la bacteriana.

Presentan síntomas muy similares por lo cual tiende a confundirse, por lo general es un proceso benigno que cursa sin complicaciones. Este cuadro suele desaparecer en pocos días.

Bacteriana: Esta es la forma más agresiva y severa. Todo depende de la edad y del estado del sistema inmune del paciente, algunas bacterias más frecuentes son:

1. Neumococo
2. Meningococo

SÍNTOMAS

1. Dolor de cabeza
2. Fiebre
3. Malestar general
4. Lesiones en la piel
5. Rigidez de la nuca
6. Intolerancia a la luz y los sonidos
7. Trastornos de conciencia

DIAGNOSTICO

Se diagnostica por medio de la punción lumbar, en la que se extrae una muestra de líquido cefalorraquídeo.

TRATAMIENTO

Grupo edad	Organismos comunes	Antibióticos empíricos
2 – 50 años	<i>S. pneumoniae, N. meningitidis</i>	Vancomicina + cefalosporina de 3ª generación
>50 años	<i>S. pneumoniae, N. meningitidis, Listeria</i>	Vancomicina + ampicilina + cefalosporina 3ª generación
Inmunocomprometidos	<i>S. pneumoniae, N. meningitidis, Listeria, BGN</i>	Vancomicina + ampicilina + cefepime
Trauma penetrante cráneo / neurocirugía	BGN, MRSA, Staph coagulasa negativo	Vancomicina + cefepime

Cefalosporinas de 3ª: ceftriaxona o cefotaxima

Alternativas a cefepime: ceftazidima, meropenem

Alternativas a ampicilina: TMP-SMX

COMPLICACIONES

- Sordera
- Epilepsias
- Hidrocefalia
- Déficit cognitivo



EVENTO VASCULAR CEREBRAL

AXEL DE JESÚS GARCÍA PÉREZ

8°B

URGENCIAS MÉDICAS

DEFINICIÓN

La enfermedad cerebrovascular o ictus, se define como un trastorno circulatorio cerebral que altera de forma transitoria o definitiva el funcionamiento del encéfalo.

DEFINICIÓN

Nombre	Descripción
Trombosis	Un coágulo originado en los vasos cerebrales detiene el flujo de la sangre hacia o desde el cerebro. Su causa principal es el endurecimiento de las arterias o aterosclerosis. Ocurre más en noche o temprano en la mañana. Frecuentemente es precedido de un ataque de isquemia cerebral transitoria.
Embolismo	El coágulo se forma en cualquier parte del cuerpo y viaja hasta el cerebro y produce daño como en la trombosis.
Hemorragia subaracnoidea	Los vasos se rompen en el tejido que rodea al cerebro y pueden ser secundarios a aneurismas.
Hemorragia intracerebral	En este tipo de EVC los vasos que se rompen están dentro del parénquima cerebral.

FACTORES DE RIESGO

- La obesidad y malos hábitos alimenticios
- La dieta rica en sodio y grasas
- Antecedente de ataque isquémico transitorio y padecer migraña
- No se deben utilizar anticonceptivos orales con altas dosis de estrógenos, y en todo caso, evitar su uso en mujeres de más de 35 años que sean migrañosas, fumadoras o que tengan algún factor de riesgo cardiovascular.

Anexo 2. Índice de Barthel: Autonomía para las actividades de la vida diaria

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc. pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la regadera o tina o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc.) sin ayuda
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	Necesita ayuda por otra persona

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Defecación

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Incontinente o necesita ayuda con enemas o supositorios menos de una vez por semana
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Máximo uno en 24 horas
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y bajar la palanca del WC. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinica (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón/cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y acuesta y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

DIAGNÓSTICO

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para caminar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente / silla de ruedas	En 50 metros, debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fuente: Mahoney et al, 1958

Puntuación Total

Puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación:

- 0-20 Dependencia total
- 21-60 Dependencia severa
- 61-90 Dependencia moderada
- 91-99 Dependencia escasa
- 100 Independencia

INSTRUCCIONES El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías –las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos– resultando un rango global entre 0 y 20.

Índice de Barthel

JACQUELINE BERNAL VELÁZQUEZ



El índice de Barthel es un instrumento que mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Dependiente, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Dependiente	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15

DIAGNÓSTICO

Subir y bajar escaleras	1. dependiente	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Si el puntaje es igual a 100 el paciente podrá hacer sus actividades diarias de autocuidado sin un asistente de salud, sin que esto signifique que pueda vivir solo. Cuanto más cerca esté a 0, mayor será su dependencia.

PUNTAJE

CLASIFICACIÓN

<20	Dependencia total
21-60	Dependencia severa
61-90	Dependencia moderada
91-99	Dependencia leve
100	Interdependencia

Descargado por Axel García Pérez (axel.scamander@gmail.com) <http://SCIELO.ISCIII.ES/SCIELO.PHP?>

Encuentra más documentos en www.udcaz.com

DIAGNÓSTICO

- historia clínica y anamnesis dirigida a la identificación del grado y tipo de discapacidad (sensorial, neuromotora, visceral y/ó conductual)
- Diagnosticar y evaluar la depresión y limitaciones en actividades de la vida diaria para integración a grupos de apoyo, terapia familiar, grupos participativos

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Biometría hemática completa
- Perfil de lípidos
- Glucosa
- Examen general de orina
- Urea
- Creatinina
- Pruebas de funcionamiento hepático

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Dar inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina

- Enalapril
- Captopril
- Enalapril

Bloqueadores de receptores de angiotensina

- Azilsartán
- Candesartán
- Irbesartán
- Losartán

Diuréticos

- Bumetanida
- Furosemida
- Torseמידا

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Educación al paciente y a su familia en:

- Historia natural de la enfermedad (concomitante, secuelas y otro probable evento de EVC)
- Cuidados personales (aseo e higiene)
- Ejercicios de rehabilitación en casa
- Vida sexual
- Adecuación del inmueble para seguridad del paciente
- Integración al núcleo familiar para que lo comprendan y acepten
- Valorar la reintegración al trabajo

Se recomienda iniciar o completar cuadro de inmunizaciones:

- Influenza
- Neumococo
- Toxide tetánico



TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

AXEL DE JESÚS GARCÍA PÉREZ

8°B

URGENCIAS MÉDICAS

DEFINICIÓN

Los daños se producen de la siguiente manera: Un movimiento repentino de la cabeza y el cerebro puede hacer que el cerebro rebote o se retuerza en el cráneo, lesionando las células cerebrales, rompiendo los vasos sanguíneos y creando cambios químicos. Este daño se denomina un traumatismo craneoencefálico (TCE).

EPIDEMIOLOGÍA

- Incidencia de 200 personas por cada 100,000 a nivel mundial.
- Por cada 250-300 TCE leves hay 15-20 moderados y 10-15 graves.
- La relación es 2:3 afectando más a los hombres.
- Entre los 15 y los 30 años → Problema de salud pública.

LESIONES ESPECÍFICAS

Hematoma epidural

Se observa a través del TAC como una lesión hiperdensa en forma biconvexa o en forma de lente. La causa más frecuente es la ruptura arterial (85%),

Hematoma subdural



Se observa en la TAC como una lesión hiperdensa, isodensa o hipodensa en forma de semiluna. Corresponde al 5,6% del TCE en general y 30% de todos los TCE Severos.

Contusión

Se evidencian en la TAC como una lesión redondeada o elíptica, con edema perilesional y efecto de masa. Su comportamiento es amenazante entre el día 4 y 7 debido al efecto de masa por la contusión y el edema con picos.

LESIONES ESPECÍFICAS

HEMATOMAS INTRACRANEALES

	SUBDURAL	EPIDURAL
ORIGEN	Venoso rotura venas corticales	Arterial rotura arteria meníngica media
LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE	Región frontotemporal entre la dura madre y la aracnoides	Porción escamosa del temporal entre el cráneo y capa endotelial externa de la dura madre
CLÍNICA	- Clínica de herniación uncal progresiva de rápida evolución - Desde la lesión: somnolientos o comatosos	- Conmoción cerebral - Intervalo lúcido - Herniación uncal cerebral : coma de rápida evolución
LESIÓN PARÉNQUIMA	Mayor y desde el principio (sangre en contacto con parénquima)	Menor y más tardía (por compresión)
MORTALIDAD	>50%	15-30%
TRATAMIENTO	Craneotomía de urgencia	
IMAGEN	 <p>Semiluna hiperdensa subdural</p>	 <p>Lente biconvexa hiperdensa epidural</p>

DIAGNÓSTICO

- Evaluación inicial de traumatismo
- Examen neurológico
- Escala de Glasgow
- Tomografía compuesta
- Resonancia magnética

TRATAMIENTO

Lesiones leves

Si los pacientes con lesión leve no pierden la conciencia o lo hacen solo durante un breve período y tienen signos vitales estables, una TC de cráneo normal y una función neurológica y mental normales, pueden recibir el alta para su domicilio siempre que sus familiares o amigos puedan vigilarlos de forma estrecha durante 24 h más.

TRATAMIENTO

Lesiones moderadas y graves

- Los pacientes con lesión moderada a menudo no necesitan intubación ni ventilación mecánica (salvo que existan otras lesiones) ni monitorización de la presión intracraneal. Sin embargo, como pueden deteriorarse, estos enfermos deben ser internados y observados aunque la TC de cráneo sea normal.
- Los pacientes con lesiones graves se internan en la unidad de cuidados críticos. Como en general presentan alteraciones de los reflejos protectores de las vías aéreas y aumento de la presión intracraneal, se debe realizar una intubación endotraqueal mientras se adoptan medidas para evitar el aumento de la presión intracraneal.